

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ
(ТФОМС Костромской области)

Ленина ул., д.20, Кострома г., 156013
Тел/факс (4942) 31 59 09
E-mail: info@tfomsko.ru
www.tfomsko.ru
ОКПО 29741409 ОГРН 1024400519330
ИНН/КПП 4401017094/440101001

от «10» февраля 2016 г. № 465

На № ____ от «__» февраля 2016 г.

Руководителям медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в 2016 году

Руководителям страховых медицинских организаций, включенных в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в 2016 году

О заполнении реестров счетов по оказанным комплексным медицинским услугам по заместительной почечной терапии (процедурам диализа, включающего различные методы)

Информационное письмо!

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области в связи с обращениями медицинских организаций и страховых медицинских организаций Костромской области доводит до Вашего сведения дополнительные разъяснения по заполнению вложенных элементов (тегов/полей) реестров счетов по оказанным комплексным медицинским услугам по заместительной почечной терапии (процедурам диализа, включающего различные методы) в соответствии с Тарифным соглашением о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области на 2016 год (далее – Тарифное соглашение).

Оплата процедур диализа, включающего различные методы, и заполнение вложенных элементов (тегов/полей) реестров счетов при реализации персонализированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным комплексным медицинским услугам по заместительной почечной терапии (процедурам диализа, включающего различные методы) с 01 января 2016 года осуществляется:

1. В случае пребывания пациента в условиях **реанимационного отделения (койки) круглосуточного стационара** оплата за оказанное лечение острого почечного повреждения в экстренной и неотложной форме производится за фактически выполненное количество услуг диализа (Таблица №1) в течение всего периода лечения дополнительно к тарифу КСГ основного заболевания в рамках одного случая лечения. При этом оплата за проведенные процедуры диализа сторонней медицинской организацией осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов по тарифам в соответствии с Приложением № 13 к Тарифному соглашению.

Таблица №1

№ п/п	Код услуги (USL.CODE_USL)	Комплексная услуга	PROF IL (V002)	USL_O K (V006)	PRVS (V015)		VIDP OM (V008)
					Взросл.	Детс.	
1	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продолленная	56	1	9	9	31
					(Анестезиология и реаниматология)		
2	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	56	1	9	9	31
3	A18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	56	1	9	9	31
4	A18.05.003.001	Ультрафильтрация продолленная	56	1	9	9	31

Примечание:

- Оказывается одна услуга в один день.

- Реестры счетов со случаями оказанной медицинской помощи по КСГ и медицинскими услугами с проведенными процедурами диализа, осуществленными в рамках межучрежденческих расчетов, в ТФОМС Костромской области и страховые медицинские организации Костромской области формируются в медицинской организации, в которой оказаны данные услуги, в соответствии с **1 случаем заполнения вложенных элементов при формировании реестра счета в круглосуточном стационаре**. При этом оплата сторонней медицинской организации за проведенные процедуры диализа осуществляется далее в рамках межучрежденческих расчетов по тарифам в соответствии с Приложением № 13 к Тарифному соглашению.

2. В случае пребывания пациента **в условиях круглосуточного стационара** оказанное консервативное лечение хронических болезней почек и их осложнений предъявляется к оплате:

- медицинской организацией, оказывающей специализированную медицинскую помощь с проведением диализных услуг (Таблица №2) **в своем структурном подразделении**, за фактически выполненное количество услуг диализа в течение всего периода лечения **дополнительно к тарифу КСГ основного заболевания** в рамках одного случая лечения (1 случай заполнения вложенных элементов при формировании реестра счета в круглосуточном стационаре, пункт 2.1 настоящего письма);

- медицинской организацией, оказывающей диализные услуги (Таблица №2) пациенту, находящемуся на лечении в круглосуточном стационаре **в другой медицинской организации** без учета пересечения сроков лечения по тарифам за медицинскую услугу **в рамках амбулаторно-поликлинической помощи** за каждую услугу в отдельности. При этом медицинская организация, оказавшая пациенту специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара предъявляет к оплате данный случай лечения по тарифу КСГ основного заболевания (2 случай заполнения вложенных элементов при формировании реестра счета в круглосуточном стационаре, пункт 2.2 настоящего письма).

Таблица №2

№ п/п	Код услуги (USL.CODE_USL)	Комплексная услуга	PROFIL (V002)	USL_OK (V006)	PRVS (V015)		VIDPO M (V008)
					Взросл.	Детс.	
1	A18.05.002	Гемодиализ	56	1	123	89	31
2	A18.05.002.002	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	56	1	123	89	31
				Нефрология			
3	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	56	1	123	89	31
4	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	56	1	123	89	31
5	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	56	1	123	89	31
6	A18.05.011	Гемодиафильтрация	56	1	123	89	31
7	A18.05.003	Гемофильтрация крови	56	1	123	89	31
8	A18.05.004	Ультрафильтрация крови	56	1	123	89	31
9	A18.30.001	Перитонеальный диализ	56	1	123	89	31
10	A18.30.001.001	Перитонеальный диализ проточный	56	1	123	89	31
11	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	56	1	123	89	31
12	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	56	1	123	89	31

Примечание: Оказывается одна услуга в один день.

1 случай заполнения вложенных элементов при формировании реестра счета в круглосуточном стационаре.

Медицинской организацией, оказывающей специализированную медицинскую помощь с проведением диализных услуг в своем структурном подразделении, за фактически выполненное количество услуг диализа в течение всего периода лечения дополнительно к тарифу КСГ основного заболевания в рамках одного случая лечения.

2.1. Заполнение вложенных элементов в сегменте «SLUCH» и в сегменте (сегментах) «USL» при реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным комплексным медицинским услугам по заместительной почечной терапии методом: гемодиализа, перитонеального диализа, гемодиафильтрации и ультрафильтрации крови и т.д. (Таблица № 2 к настоящему письму) **в составе законченного случая** оказанной медицинской помощи застрахованному гражданину в круглосуточном стационаре:

2.1.1. В записи «ZAP» на застрахованного гражданина «PACIENT» при формировании реестра счета в сегменте «SLUCH» дополнительно к медицинским услугам (сегментам «USL»), оказанным по КСГ, указывается необходимое количество сегментов «USL» в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг по заместительной почечной терапии (Таблица № 2 к настоящему письму), которые фактически выполнены в условиях круглосуточного стационара в рамках одного случая лечения.

2.1.2. Во вложенном элементе «**SLUCH.IDSP**» указывается значение «**33**» (Законченный случай в круглосуточном стационаре) из классификатора способов оплаты медицинской помощи (V010). При этом в сегменте «**SLUCH**» («Сведения о случае») во вложенном элементе «**SLUCH.T_KSG**» (Код клинико-статистической группы заболеваний) значение указывается в соответствии с Приложением № 16 к тарифному соглашению.

2.1.3. Значения дат во вложенных элементах «**DATE_IN**» и «**DATE_OUT**» сегмента(ов) «**USL**» (Сведения об услуге) оказанных медицинских услуг должны входить в диапазон дат «**DATE_1**» и «**DATE_2**» сегмента «**SLUCH**» (Сведения о случае) и должны соответствовать дате одного дня, в который оказана данная медицинская услуга по заместительной почечной терапии.

2.1.4. Во вложенных элементах «**SLUCH.USL_OK**», «**SLUCH.PROFIL**», «**USL.PROFIL**», «**SLUCH.PRVS**» и «**USL.PRVS**» выставляются значения согласно Таблицы № 2 с указанием во вложенном элементе «**SLUCH.DET**» и «**USL.DET**» (Признак детского профиля) кода «0».

Примечание: Код «1» (при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте до 18 лет) указывается в случае выставления оказанной медицинской помощи по детскому профилю, например: педиатрии (PROFIL=«68»), детской хирургии (PROFIL=«20»), детской кардиологии (PROFIL=«17») и т.д.

2.1.5. Во вложенном элементе «**SLUCH.VIDPOM**» указывается значение «31» (специализированная медицинская помощь) (В соответствии с информационным письмом ТФОМС Костромской области от 27 мая 2015 г. № 2336 «О соответствии кодов V006 и V008 при выставлении реестров счетов»).

2.1.6. Значение вложенных элементов «**USL.KOL_USL**» (Количество услуг) равно «1» в каждом сегменте «**USL**» и «**SLUCH.ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) равно «1» (один законченный случай лечения).

2.1.7. Во вложенном элементе «**USL.CODE_USL**» дополнительных сегментов «**USL**» указывается код медицинской услуги согласно Таблицы № 2.

2.1.8. Во вложенных элементах «**USL.TARIF**» (Тариф услуги) и «**USL.SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение тарифа оказанной медицинской услуги по заместительной почечной терапии согласно Приложения № 13 к тарифному соглашению.

2.1.9. Во вложенном элементе «**SLUCH.TARIF**» (Тариф) указывается значение согласно кода КСГ в «**SLUCH.T_KSG**» (Приложение №16 (Тарифы КСГ круглосуточный стационар) к тарифному соглашению) по уровням оказания медицинской помощи с учетом коэффициентов управления.

2.1.10. Во вложенном элементе «**SLUCH.DS1**» указывается код МКБ10 по основному заболеванию, т.е. коды МКБ10, входящие в диапазон кодов согласно КСГ по Приложению № 28.1 к тарифному соглашению (во вложенных элементах «**USL.DS**» (Диагноз) в сегментах «**USL**», относящихся к КСГ, указывается коды МКБ10, также входящие в диапазон кодов согласно КСГ по Приложению № 28.1 к тарифному соглашению), а во вложенных элементах «**USL.DS**» в дополнительных сегментах «**USL**» указываются коды МКБ10 острой или хронической почечной недостаточности, т.е. коды МКБ10, входящие в диапазон кодов N17, N19 (т.е. включая подрубрики) или отдельный код - N18.0.

2.1.11. Применение коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) «SLUCH.T_KUR_K» и понижающего (повышающего) коэффициента «SLUCH.T_KLOW» осуществляется согласно Приложений № 2 и № 26 к тарифному соглашению и письма ТФОМС Костромской области от 22 января 2016 г. № 208 «О внесении изменений в классификатор «T_STATUS» и заполнении реестров счетов при применении коэффициента сложности лечения пациента в круглосуточном и дневном стационаре» к значению тарифа во вложенном элементе «SLUCH.TARIF».

Примечание: 1) При результате перемножения нескольких значений «SLUCH.T_KUR_K» равным значению более «1,8», например: «1,91», «2,1» или «1,81», применяется значение равное «1,8» согласно пункта 2.2. Приложения № 2 к тарифному соглашению, при этом значения «SLUCH.T_KUR_K» не меняются. Перемножение нескольких КСЛП действует до **01.02.2016 года**.

2) С **01.02.2016 года** значения в нескольких КСЛП «SLUCH.T_KUR_K» в случае «SLUCH» не перемножаются, а суммируются согласно следующей формулы:

$КСЛП_{сумм} = КСЛП_1 + (КСЛП_2 - 1) + (КСЛП_n - 1)$, где суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать «**1,8**».

Пример из трех коэффициентов КСЛП: $1,81 + (1,91 - 1) + (1,85 - 1) = 1,81 + 0,91 + 0,85 = 3,57$ (Превышает значение «1,8»). Значит $КСЛП_{сумм} = 1,8$.

2.1.12. Значение вложенного элемента «SLUCH.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) складывается из суммирования всех значений «USL.SUMV_USL» всех сегментов «USL» по оказанным медицинским услугам по заместительной почечной терапии и результата умножения значения «SLUCH.TARIF» **при необходимости согласно тарифного соглашения** (пункт 2.1.11. настоящего письма) на коэффициент сложности лечения пациента «SLUCH.T_KUR_K» (или результат перемножения КСЛП (Примечание 1 к пункту 2.1.11. настоящего письма) или результат суммирования КСЛП (Примечание 2 к пункту 2.1.11. настоящего письма)) и/или на понижающий (повышающий) коэффициент «SLUCH.T_KLOW» и на значение «SLUCH.ED_COL» (равное «1»). Округление применяется к окончательному результату суммирования.

2.1.13. Во вложенном элементе «SLUCH.RSLT» (Результат обращения/госпитализации) указываются значения согласно классификатора результатов обращения за медицинской помощью (V009). Для стационара применяются коды 101-110.

2.1.14 Во вложенном элементе «SLUCH.ISHOD» (Исход заболевания) указываются значения согласно классификатора исходов заболевания (V012). Для стационара применяются коды 101-104.

2 случай заполнения вложенных элементов при формировании реестра счета в круглосуточном стационаре.

Медицинской организацией, оказывающей диализные услуги пациенту, находящемуся на лечении **в круглосуточном стационаре в другой медицинской организации** без учета пересечения сроков лечения по тарифам за медицинскую услугу **в рамках амбулаторно-поликлинической помощи** за каждую услугу в отдельности.

Примечание: При этом медицинская организация, оказавшая пациенту специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара предъявляет к оплате данный случай лечения по тарифу КСГ основного заболевания.

2.2. Заполнение вложенных элементов в сегменте «SLUCH» и в сегменте «USL» при реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным комплексным медицинским услугам по заместительной почечной терапии методом (Таблица № 4 к настоящему письму) **в рамках амбулаторно-поликлинической помощи за каждую услугу в отдельности:**

2.2.1. В записи «ZAP» на застрахованного гражданина «РАСИЕНТ» при формировании реестра счета **в одном сегменте «SLUCH»** указывается **один сегмент «USL»** в соответствии с оказанной медицинской услугой по заместительной почечной терапии (Таблица № 4 к настоящему письму).

Примечание: При этом в сегменте «SLUCH» («Сведения о случае») во вложенном элементе «SLUCH.T_KSG» (Код клинико-статистической группы заболеваний) значение КСГ не указывается и сами теги не прописываются.

2.2.2. Во вложенном элементе «**SLUCH.IDSP**» указывается значение «**28**» ((За медицинскую услугу в поликлинике) при оказании комплексной услуги застрахованному гражданину) из классификатора способов оплаты медицинской помощи (V010).

2.2.3. Значения дат во вложенных элементах «DATE_IN» и «DATE_OUT» сегмента «USL» (Сведения об услуге) оказанной медицинской услуги и значения дат во вложенных элементах «DATE_1» и «DATE_2» сегмента «SLUCH» (Сведения о случае) соответствуют дате одного дня, в который оказана данная медицинская услуга (ставится одно значение дня в отчетном месяце).

2.2.4. Во вложенных элементах «SLUCH.USL_OK», «USL.PROFIL», «USL.PRVS» выставляются значения согласно Таблицы № 4 с указанием во вложенном элементе «SLUCH.DET» и «USL.DET» (Признак детского профиля) кода «0».

2.2.5. Во вложенном элементе «SLUCH.VIDPOM» указывается значение «31» (специализированная медицинская помощь) (В соответствии с информационным письмом ТФОМС Костромской области от 27 мая 2015 г. № 2336 «О соответствии кодов V006 и V008 при выставлении реестров счетов»).

2.2.6. Значение вложенных элементов «USL.KOL_USL» (Количество услуг) и «SLUCH.ED_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) равно «1».

2.2.7. Во вложенном элементе «USL.CODE_USL» указывается код медицинской услуги согласно Таблицы № 4.

2.2.8. Во вложенных элементах «USL.TARIF» (Тариф услуги) и «USL.SUMV_USL» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение тарифа оказанной медицинской услуги по заместительной почечной терапии согласно Приложения №13 к тарифному соглашению.

2.2.9. Во вложенном элементе «SLUCH.TARIF» (Тариф) указывается «0» или «0.00».

2.2.10. Значение вложенного элемента «SLUCH.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) равно значению «USL.SUMV_USL» сегмента «USL» по оказанной медицинской услуге по заместительной почечной терапии.

2.2.11. Во вложенных элементах «USL.DS» и «SLUCH.DS1» (Диагноз основной) указываются коды МКБ10 острой или хронической почечной недостаточности, т.е. коды МКБ10, входящие в диапазон кодов N17, N19 (т.е. включая подрубрики) или отдельный код - N18.0.

2.2.12. Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) «SLUCH.T_KUR_K» и понижающие (повышающие) коэффициенты «SLUCH.T_KLOW» к данным случаям оказания медицинских комплексных услуг не применяются.

2.2.13. Во вложенном элементе «SLUCH.RSLT» (Результат обращения/госпитализации) указываются значения согласно классификатора результатов обращения за медицинской помощью (V009). Для поликлиники коды 301-315.

2.2.14 Во вложенном элементе «SLUCH.ISHOD» (Исход заболевания) указываются значения согласно классификатора исходов заболевания (V012). Для поликлиники коды 301-306.

3. В условиях **дневного стационара** оплата процедур диализа, включающего различные методы, производится в составе **случаев лечения по КСГ:**

- **КСГ № 41** «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ»,
- **КСГ № 42** «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа».

Стоимость случаев оказания медицинской помощи по КСГ № 41 и КСГ № 42 формируется из тарифа одной из указанных в данном пункте КСГ и суммы за фактически выполненные диализные услуги (Таблица № 3) в течение месяца лечения как один случай лечения в условиях дневного стационара.

Таблица №3

№ п/п	Код услуги	Комплексная услуга	PROFIL (V002)	USL_OK (V006)	PRVS (V015)		VIDPOM (V008)
					Взросл.	Детс.	
1	A18.05.002	Гемодиализ	56	2	123	89	13
2	A18.05.002.002	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	56	2	123	89	13
3	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	56	2	123	89	13
4	A18.05.011	Гемодиафильтрация	56	2	9	9	13
5	A18.30.001	Перитонеальный диализ	56	2	123	89	13

Примечание: Оказывается одна услуга в один день.

Заполнение вложенных элементов в сегменте «SLUCH» и сегменте (сегментах) «USL» при реализации персонафицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным комплексным медицинским услугам по заместительной почечной терапии методом: гемодиализа, гемодиафильтрации и перитонеального диализа и т.д. (Таблица № 3 к настоящему письму) **в составе случая** оказанной медицинской помощи застрахованному гражданину в дневном стационаре **по КСГ «41»** или **«42»:**

3.1. В записи «ZAP» на застрахованного гражданина «PACIENT» при формировании реестра счета в сегменте «SLUCH» указывается необходимое количество сегментов «USL» в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг по заместительной почечной терапии (Таблица № 3 к настоящему письму) к тем сегментам «USL», которые могут быть выставлены в составе случая по КСГ («T_KSG» равно «41» или «42»).

Примечание: В сегментах «USL», которые могут быть выставлены в составе случая по КСГ («T_KSG» равно «41» или «42»):

- Во вложенном элементе «USL.TARIF» (Тариф) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- Во вложенном элементе «USL.SUMV_USL» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается «0» или «0.00»;

- Во вложенном элементе «USL.CODE_USL» указывается код медицинской услуги согласно Приложения № 28.2 к тарифному соглашению в соответствии с КСГ («T_KSG» равно «41» или «42»).

3.2. Во вложенном элементе «SLUCH.IDSP» указывается значение «43» (За законченный случай лечения заболевания в дневном стационаре) из классификатора способов оплаты медицинской помощи (V010).

3.3. Значения дат во вложенных элементах «DATE_IN» и «DATE_OUT» сегмента(ов) «USL» (Сведения об услуге) оказанных медицинских услуг должны входить в диапазон дат «DATE_1» и «DATE_2» сегмента «SLUCH» (Сведения о случае).

Примечание: Значения дат во вложенных элементах «DATE_IN» и «DATE_OUT» сегмента «USL» (Сведения об услуге) оказанной медицинской услуги по заместительной почечной терапии соответствуют дате одного дня, в который оказана данная медицинская услуга.

3.4. Во вложенных элементах «SLUCH.USL_OK», «USL.PROFIL», «USL.PRVS» выставляются значения согласно Таблицы № 3 с указанием во вложенном элементе «SLUCH.DET» и «USL.DET» (Признак детского профиля) кода «0».

3.5. Во вложенном элементе «SLUCH.VIDPOM» указывается значение «13» (первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами) (В соответствии с информационным письмом ТФОМС Костромской области от 27 мая 2015 г. № 2336 «О соответствии кодов V006 и V008 при выставлении реестров счетов»).

3.6. Значение вложенных элементов «USL.KOL_USL» (Количество услуг) и «SLUCH.ED_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) равно «1».

3.7. Во вложенном элементе «USL.CODE_USL» указывается код медицинской услуги согласно Таблицы № 3.

3.8. Во вложенных элементах «USL.TARIF» (Тариф услуги) и «USL.SUMV_USL» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение тарифа оказанной медицинской услуги по заместительной почечной терапии согласно Приложения № 13 к тарифному соглашению в соответствии со значением кода медицинской услуги в «USL.CODE_USL».

3.9. Во вложенных элементах «SLUCH.TARIF» (Тариф) указывается значение тарифа оказанной в случае медицинской помощи согласно кода КСГ в «SLUCH.T_KSG» (Приложение №18 (Тарифы КСГ для дневного стационара) к тарифному соглашению).

3.10. Во вложенном элементе «SLUCH.DS1» (Диагноз основной) указывается код МКБ10 по основному заболеванию, т.е. коды МКБ10, входящие в диапазон кодов согласно КСГ «41» или «42» по Приложению № 28.2 к тарифному соглашению, а во вложенных элементах «USL.DS» (Диагноз):

- в сегментах «USL» к случаям с КСГ «41» или «42» указываются коды МКБ10, входящие в диапазон кодов согласно КСГ «41» или «42» Приложения № 28.2 к тарифному соглашению;

- в сегментах «USL» (в соответствии с количеством **дополнительно оказанных медицинских услуг** по заместительной почечной терапии (Таблица № 3 к настоящему письму)) указываются коды МКБ10 острой или хронической почечной недостаточности, т.е. коды МКБ10, входящие в диапазон кодов N17, N19 (т.е. включая подрубрики) или отдельный код - N18.0.

3.11. Применение коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) «SLUCH.T_KUR_K» и понижающего (повышающего) коэффициента «SLUCH.T_KLOW» осуществляется согласно Приложений № 2 и № 26 к тарифному соглашению и письма ТФОМС Костромской области от 22 января 2016 г. № 208 «О внесении изменений в классификатор «T_STATUS» и заполнении реестров счетов при применении коэффициента сложности лечения пациента в круглосуточном и дневном стационаре» к значению тарифа во вложенном элементе «SLUCH.TARIF».

Примечание: 1) При результате перемножения нескольких значений «SLUCH.T_KUR_K» равным значению более «1,8», например: «1,91», «2,1» или «1,81», применяется значение равное «1,8» согласно пункта 2.2. Приложения № 2 к тарифному соглашению, при этом значения «SLUCH.T_KUR_K» не меняются. Перемножение нескольких КСЛП действует **до 01.02.2016 года**.

2) **С 01.02.2016 года** значения в нескольких КСЛП «SLUCH.T_KUR_K» в случае «SLUCH» не перемножаются, а суммируются согласно следующей формулы:

$КСЛП_{сумм} = КСЛП_1 + (КСЛП_2 - 1) + (КСЛП_n - 1)$, где суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать «**1,8**».

Пример из трех коэффициентов КСЛП: $1,81 + (1,91 - 1) + (1,85 - 1) = 1,81 + 0,91 + 0,85 = 3,57$ (Превышает значение «1,8»). Значит $КСЛП_{сумм} = 1,8$.

3.12. Значение вложенного элемента «SLUCH.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) складывается из суммирования всех значений «USL.SUMV_USL» всех сегментов «USL» по оказанным медицинским услугам по заместительной почечной терапии и результата умножения значения «SLUCH.TARIF» **при необходимости согласно тарифного соглашения** (пункт 3.11. настоящего письма) на коэффициент сложности лечения пациента «SLUCH.T_KUR_K» (или результат перемножения КСЛП (Примечание 1 к пункту 3.11. настоящего письма) или результат суммирования КСЛП (Примечание 2 к пункту 3.11. настоящего письма)) и/или на понижающий (повышающий) коэффициент «SLUCH.T_KLOW» и

на значение «SLUCH.ED_COL» (равное «1»). Округление применяется к окончательному результату суммирования.

3.13. Во вложенном элементе «SLUCH.RSLT» (Результат обращения/ госпитализации) указываются значения согласно классификатора результатов обращения за медицинской помощью (V009). Для дневного стационара коды 201-208.

3.14. Во вложенном элементе «SLUCH.ISHOD» (Исход заболевания) указываются значения согласно классификатора исходов заболевания (V012). Для дневного стационара коды 201-204.

4. В амбулаторно-поликлинических условиях оплата производится за законченный случай лечения (обращение) в течение месяца, стоимость которого формируется из фактически выполненных процедур по тарифам за медицинскую услугу в соответствии с Приложением № 13 к Тарифному соглашению.

Таблица №4

№ п/п	Код услуги	Комплексная услуга	PROFIL (V002)	USL_OK (V006)	PRVS (V015)		VIDPOM (V008)
					Взросл.	Детс.	
1	A18.05.002	Гемодиализ	56	3	123	89	13
2	A18.05.002.002	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	56	3	123	89	13
3	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	56	3	123	89	13
4	A18.05.011	Гемодиафильтрация	56	3	9	9	13
5	A18.30.001	Перитонеальный диализ	56	3	123	89	13
6	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	56	3	123	89	13
7	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	56	3	123	89	13

Примечание: 1. Случай лечения с проведением диализных услуг в амбулаторно-поликлинических условиях, предъявленный одной медицинской организацией подлежит оплате без учета пересечения сроков лечения, предъявленным другой медицинской организацией по тарифам КСГ для дневного стационара.

2. Примечание: Оказывается одна услуга в один день.

Заполнение вложенных элементов в сегменте «SLUCH» и сегменте (сегментах) «USL» при реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным комплексным медицинским услугам по заместительной почечной терапии методом: гемодиализа, перитонеального диализа, гемодиафильтрации и т.д. (Таблица № 4 к настоящему письму) в составе законченного случая (обращения) оказанной медицинской помощи застрахованному гражданину в амбулаторно-поликлинических условиях:

4.1. В записи «ZAP» на застрахованного гражданина «PACIENT» при формировании реестра счета в сегменте «SLUCH» указывается необходимое количество сегментов «USL» в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг по заместительной почечной терапии (Таблица № 4 к настоящему письму),

которые фактически выполнены в амбулаторно-поликлинических условиях за законченный случай лечения (обращение) в течение месяца.

4.2. Во вложенном элементе «**SLUCH.IDSP**» указывается значение «**30**» (Законченный случай обращения в поликлинике) из классификатора способов оплаты медицинской помощи (V010). При этом в сегменте «**SLUCH**» («Сведения о случае») во вложенном элементе «**SLUCH.T_KSG**» (Код клинико-статистической группы заболеваний) значение не указывается и сами теги не прописываются.

4.3. Значения дат во вложенных элементах «**DATE_IN**» и «**DATE_OUT**» сегмента(ов) «**USL**» (Сведения об услуге) оказанных медицинских услуг должны входить в диапазон дат «**DATE_1**» и «**DATE_2**» сегмента «**SLUCH**» (Сведения о случае). Диапазоном дат «**DATE_1**» и «**DATE_2**» сегмента «**SLUCH**» (Сведения о случае) является отчетный период – месяц, где значение «**DATE_1**» равно «1», значение «**DATE_2**» равно «31» или «30» или «29» в зависимости от количества дней в месяце.

4.4. Во вложенных элементах «**SLUCH.USL_OK**», «**SLUCH.PROFIL**», «**USL.PROFIL**», «**SLUCH.PRVS**» и «**USL.PRVS**» выставляются значения согласно Таблицы № 4 с указанием во вложенном элементе «**SLUCH.DET**» и «**USL.DET**» (Признак детского профиля) кода «0».

4.5. Во вложенном элементе «**SLUCH.VIDPOM**» указывается значение «13» (первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами) (В соответствии с информационным письмом ТФОМС Костромской области от 27 мая 2015 г. № 2336 «О соответствии кодов V006 и V008 при выставлении реестров счетов»).

4.6. Значение вложенных элементов «**USL.KOL_USL**» (Количество услуг) равно «1» в каждом сегменте «**USL**» и «**SLUCH.ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) равно «1» (как один законченный случай лечения в течение месяца).

4.7. Во вложенном элементе «**USL.CODE_USL**» указывается код медицинской услуги согласно Таблицы № 4.

4.8. Во вложенных элементах «**USL.TARIF**» (Тариф услуги) и «**USL.SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение тарифа оказанной медицинской услуги по заместительной почечной терапии согласно Приложения №13 к тарифному соглашению.

4.9. Во вложенном элементе «**SLUCH.TARIF**» (Тариф) указывается «0» или «0.00».

3.10. Во вложенных элементах «**USL.DS**» указываются коды МКБ10 острой или хронической почечной недостаточности, т.е. коды МКБ10, входящие в диапазон кодов N17, N19 (т.е. включая подрубрики) или отдельный код - N18.0. При этом во вложенном элементе «**SLUCH.DS1**» (Диагноз основной) (поле обязательно к заполнению) указывается код МКБ10 из «**USL.DS**» первого сегмента «**USL**» случая «**SLUCH**».

4.11. Значение вложенного элемента «**SLUCH.SUMV**» (Сумма, выставленная к оплате) складывается из суммирования всех значений «**USL.SUMV_USL**» всех сегментов «**USL**» по оказанным медицинским услугам по заместительной

почечной терапии. При необходимости округление применяется к окончательному результату суммирования.

4.12. Во вложенном элементе «SLUCH.RSLT» (Результат обращения/ госпитализации) указываются значения согласно классификатора результатов обращения за медицинской помощью (V009). Для поликлиники коды 301-315.

4.13 Во вложенном элементе «SLUCH.ISHOD» (Исход заболевания) указываются значения согласно классификатора исходов заболевания (V012). Для поликлиники коды 301-306.

Просим провести доработку Вашего программного обеспечения по формированию и проведению МЭК реестров счетов на оплату медицинских помощи, оказанной застрахованным гражданам, в соответствии с настоящим письмом.

Директор



В.Е. Николаев

И.В. Суясов
(4942) 31-52-86