

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 31 октября 2016 г. № 772

г. Кострома

О внесении изменений в приказ
ТФОМС Костромской области
от 26 декабря 2014 года № 659

В целях обеспечения учета оказанной медицинской помощи застрахованным гражданам в соответствии с приказом ФФОМС от 09.09.2016 года № 169 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79» и с Тарифным соглашением о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области на 2016 год от 14 января 2016 года (далее – Тарифное соглашение)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML (версии 2.1.4) , утвержденное приказом ТФОМС Костромской области от 26.12.2014 г. № 659 ((в редакции приказов ТФОМС Костромской области от 02.02.2015 № 39, от 24.02.2015 № 72, от 31.03.2015 № 137, от 10.04.2015 № 162, от 21.05.2015 № 250, от 02.09.2015 № 446, от 9.09.2015 № 457, от 10.03.2016 № 147, от 25.04.2016 № 272, от 26.04.2016 № 284, от 10.05.2016 № 320, от 12.05.2016 № 325, от 08.06.2016 № 407, от 29.07.2016 № 522, от 30.09.2016 № 678, от 21.10.2016 № 743) (далее - Информационное взаимодействие):

1) заменить версию Информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML с «2.1.4» на «2.1.5» с соответствующей заменой далее по тексту и в таблицах Информационного взаимодействия (кроме раздела 3 Информационного взаимодействия по межтерриториальным расчетам);

2) пункт б) подраздела 1.3 раздела 1 Информационного взаимодействия изложить в новой редакции:

«Таблица соответствий кодов специальностей (вложенный элемент «PRVS») из классификатора (V015) значениям кодов во вложенных элементах «T_KSG» и «PROFIL»:

Код КСГ (Т_KSG) по стоматологии	Код профиля (PROFIL) по V002	Код специальности (PRVS) по V015
44.064.601	85	208
	89	176
	171	171
44.064.602	85	208
	89	176
	171	171
44.064.603	85	208
	89	176
	171	171
44.064.604	85	208
	90	177
	171	171
44.064.605	85	208
	90	177
	171	171
44.064.606	85	208
	89	176
	171	171
44.064.607	90	177
	171	171
44.064.608	90	177
	171	171
44.064.801	85	208
	86	174
	171	171
44.064.802	85	208
	86	174
	171	171
44.064.803	85	208
	86	174
	171	171
44.064.804	85	208
	90	177
	171	171
44.064.805	85	208
	90	177
	171	171
44.064.806	85	208
	86	174
	171	171
44.064.807	90	177
	171	171
44.064.808	90	177
	171	171

».

3) двадцать шестой (Терапия) таблицы «Номенклатура медицинских услуг, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях» Приложения № 7 к Информационному взаимодействию изложить в новой редакции:

26	Терапия	97	V04.047.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
			V04.047.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
			V01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
			V01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный
			V04.047.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового
			V04.047.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового
			V01.047.005	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового первичный
			V01.047.006	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового повторный
			V04.047.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-терапевта подросткового
			V04.047.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта подросткового
			V01.047.003	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта подросткового первичный
			V01.047.004	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта подросткового повторный
			V04.015.001	Школа для больных с артериальной гипертензией
			V04.012.001	Школа для пациентов с сахарным диабетом
			V04.015.002	Школа для больных с сердечной недостаточностью
			V04.025.001	Школа для пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе
			V04.037.003	Школа для больных с бронхиальной астмой
			V04.040.001	Школа для больных с заболеваниями суставов и позвоночника
			V04.057.003	Школа для пациентов с трансплантированным органом
			V04.058.001	Школа для эндокринологических пациентов с нарушениями роста

4) тридцать второй пункт (Стоматология) таблицы «Номенклатура медицинских услуг, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях» Приложения № 7 к Информационному взаимодействию изложить в новой редакции:

32	Стоматология	63	V04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта
			V04.063.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта
		86	V01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный
			V01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный
			V04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского
			V04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского
		171	V01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный
			V01.064.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный
			V04.064.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога

			V04.064.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога
	89		V01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный
			V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный
			V04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта
			V04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта
	85		V01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный
			V01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный
			V04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача
			V04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача
	87		V01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный
			V01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный
			V04.064.010	Профилактический прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического
	90		V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный
			V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный
			V01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный
			V01.064.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный

5) заменить содержимое поле «Дополнительная информация» вложенных элементов «SLUCH.DET» (Признак детского профиля) и «USL.DET» (Признак детского профиля) сегментов «SLUCH» (Сведения о случае) и «USL» (Сведения об услуге) Таблицы 1 (Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи) раздела 1 к информационному взаимодействию новым содержанием:

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
SLUCH USL	DET	О	N(1)	Признак детского профиля	«0» - нет, «1» - да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. (ПОЛЕ «DET» = «1» ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПРОФИЛЯХ (СПРАВОЧНИК V002): 17 - детской кардиологии, 18 - детской онкологии, 19 - детской урологии-андрологии, 20 - детской хирургии, 21 - детской эндокринологии, 55 – неонатологии, 68 – педиатрии, 86 - стоматологии детской) при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте до 18 лет.

б) пункт 2) подраздела 1.4 раздела 1 Информационного взаимодействия изложить в новой редакции:

«2) Заполнение вложенных элементов при реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным комплексным медицинским услугам по заместительной почечной терапии.»

Оплата процедур диализа, включающего различные методы, и заполнение вложенных элементов (тегов/полей) реестров счетов при реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным комплексным медицинским услугам по заместительной почечной терапии (процедурам диализа, включающего различные методы) 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 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия) 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 П (V002)	USL_O К (V006)	PRVS (V015)		VIDP OM (V008)
					Взросл.	Детс.	
1	A18.05.011.001	Гемодиализация продленная	56	1	9	9	31
					(Анестезиология и реаниматология)		
2	A18.05.011.002	Гемодиализация 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 продленная	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:

- медицинская организация, выполнившая процедуры диализа при оказании специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, который является **структурным подразделением данной медицинской организации**, предъявляет к оплате **дополнительно к тарифу КСГ основного заболевания** стоимость диализных процедур (Таблица №2 к пункту 2) подраздела 1.4 информационного взаимодействия) с учетом их фактического выполненного количества в течение всего периода лечения в рамках одного случая лечения в круглосуточном стационаре (**1 случай заполнения** вложенных элементов при формировании реестра счета в круглосуточном стационаре, пункт 2.1);

- если медицинская организация выполнила процедуры диализа (Таблица №2 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия) пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара **в другой медицинской организации**, то стоимость диализных процедур с учетом их фактического выполненного количества предъявляется к оплате **как обращение по поводу заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях**. При этом медицинская организация, оказавшая пациенту специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара предъявляет к оплате **данный случай лечения по тарифу КСГ основного заболевания с указанием сопутствующего диагноза хронической почечной недостаточности (2 случай заполнения** вложенных элементов при формировании реестра счета в круглосуточном стационаре, пункт 2.2), что не является пересечением случая с проведением диализных процедур, предъявленных к оплате другой медицинской организацией в амбулаторно-поликлинических условиях.

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

№ п/п	Код услуги (USL.CODE_USL)	Комплексная услуга	PROFIL (V002)	USL_OK (V006)	PRVS (V015)		VIDPO M (V008)
					Взросл.	Детс.	
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, гемодиализа и ультрафильтрации крови и т.д. (Таблица № 2 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия) **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 пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия), 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 «USL.DATE_IN» и «USL.DATE_OUT» сегмента(ов) «USL» (Сведения об услуге) оказанных медицинских услуг должны входить в диапазон дат «SLUCH.DATE_1» и

«SLUCH.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.KOEF.S.VALUE» и понижающего (повышающего) коэффициента «SLUCH.T_KLOW» осуществляется согласно Приложений № 2 и № 26 к тарифному соглашению 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» (до 01.04.2016 года) или «SLUCH.KOEFS.VALUE» (с **01.04.2016 года**) 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.) на коэффициент сложности лечения пациента «SLUCH.KOEFS.VALUE» или на результат суммирования КСЛП (Примечание 2 к пункту 2.1.11.) 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.

Если медицинская организация выполнила процедуры диализа (Таблица №2 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия) пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара **в другой медицинской организации**, то стоимость диализных процедур с учетом их фактического выполненного количества предъявляется к оплате **как обращение по поводу заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях.**

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 с **указанием сопутствующего диагноза хронической почечной недостаточности в поле/вложенном элементе «DS2» (Диагноз сопутствующего 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 пункту 2) раздела 1.4

информационного взаимодействия) в рамках **обращения по поводу заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях**:

2.2.1. 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 пункту 2) подраздела 1.4 информационного взаимодействия), которые фактически выполнены в условиях круглосуточного стационара другой медицинской организации в рамках одного случая лечения.

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

2.2.2. Во вложенном элементе «SLUCH.IDSP» указывается значение **«30» (Законченный случай обращения в поликлинике)** из классификатора способов оплаты медицинской помощи (V010).

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

2.2.4. Во вложенных элементах «SLUCH.USL_OK», «USL.PROFIL», «USL.PRVS» выставляются значения согласно Таблицы № 4 к пункту 2) подраздела 1.4 информационного взаимодействия 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 **«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»).

2.2.6. 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).

2.2.7. Во вложенном элементе «USL.CODE_USL» указывается код медицинской услуги согласно Таблицы № 4 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия.

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) складывается из суммирования всех значений «USL.SUMV_USL» всех сегментов «USL» по оказанным медицинским услугам по заместительной почечной терапии. Округление применяется к окончательному результату суммирования.

2.2.11. 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».

2.2.12. Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) «SLUCH.KOEFS.VALUE» 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 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия) 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 персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным комплексным медицинским услугам по заместительной почечной терапии методом: гемодиализа, гемодиафильтрации и перитониального диализа и т.д. (Таблица № 3 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия) **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 пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия) 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 «USL.DATE_IN» и «USL.DATE_OUT» сегмента(ов) «USL» (Сведения об услуге) оказанных медицинских услуг должны входить в диапазон дат «SLUCH.DATE_1» и «SLUCH.DATE_2» сегмента «SLUCH» (Сведения о случае).

Примечание:

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

2. Правила формирования одного случая лечения, предусмотренные настоящим пунктом 3 и пунктом 12.3.1.1 Приложения № 2 к Тарифному соглашению, распространяются также на случаи закрытия случая в условиях дневного стационара **при госпитализации пациента в круглосуточный стационар**, а также случаи оказания медицинской помощи с летальным исходом (в «SLUCH.IDSP» указывается значение «43»). При этом, дата закрытия случая (выписки) «SLUCH.DATE_2» по данным медицинской документации в условиях дневного стационара должна соответствовать дате окончания оказания **последней услуги (USL.DATE_OUT)** в календарном месяце сегмента «Сведения об услуге» реестра оказанной медицинской помощи.

3.4. Во вложенных элементах «SLUCH.USL_OK», «USL.PROFIL», «USL.PRVS» выставляются значения согласно Таблицы № 3 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия 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).

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 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия.

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)) 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.KOEFS.VALUE» 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 (КСЛП) 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 значением 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» (до 01.04.2016 года) или «SLUCH.KOEFS.VALUE» (с **01.04.2016** года) в случае «SLUCH» не перемножаются, а суммируются согласно следующей формулы:

$КСЛП_{сумм} = КСЛП1 + (КСЛП2 - 1) + (КСЛПn - 1)$, 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.) на коэффициент сложности лечения пациента «SLUCH.KOEFS.VALUE» или результат суммирования КСЛП (Примечание 2 к пункту 3.11.) 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), стоимость которого формируется из стоимости обращения к врачу-нефрологу (Приложения №14, 23 к Тарифному соглашению) и стоимости фактически выполненных процедур диализа 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	Гемодиофльтрация	56	3	9	9	13
5	A18.30.001	Перитонеальный диализ	56	3	123	89	13
6	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с	56	3	123	89	13

№ п/п	Код услуги	Комплексная услуга	PROFIL (V002)	USL_OK (V006)	PRVS (V015)		VIDPOM (V008)
					Взросл.	Детс.	
		использованием автоматизированных технологий					
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, перитониального диализа, гемодиализа и т.д. (Таблица № 4 к пункту 2) подраздела 1.4 информационного взаимодействия) 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 пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия), 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). Значениями дат «DATE_1» и «DATE_2» сегмента «SLUCH» (Сведения о случае) являются даты первичного посещения и последнего посещения врача-нефролога. В сегментах «USL» посещения врача-нефролога не отображаются.

4.4. Во вложенных элементах «SLUCH.USL_OK», «SLUCH.PROFIL», «USL.PROFIL», «SLUCH.PRVS» и «USL.PRVS» выставляются значения согласно Таблицы № 4 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия 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).

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 к пункту 2) раздела 1.4 информационного взаимодействия.

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 значение тарифа обращения амбулаторно-поликлинической помощи (Таблица 2 Приложения 14 к Тарифному соглашению по профилю «Терапия» или «Педиатрия» в зависимости от возраста пациента (Приложение № 23 к Тарифному соглашению)).

4.10. 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 по основному заболеванию.

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 и значения вложенного элемента «**SLUCH.TARIF**» (Тариф). 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.

Примечание: При оказании нескольких комплексных услуг с одним кодом медицинской услуги (например, «**A18.30.001**» (перитониальный диализ)) в один день значение в каждом вложенном элементе «**USL.KOL_USL**» (Количество услуг) каждого сегмента «**USL**» равно «**1**» и значение во вложенном элементе «**SLUCH.SUMV**» (Сумма, выставленная к оплате) в случае оказанных комплексных услуг (сегменты «**USL**») указывается в соответствии со значениями во вложенных элементах «**SLUCH.TARIF**» и «**USL.TARIF**» (Значения дат во вложенных элементах «**DATE_IN**», «**DATE_OUT**» должны входить в диапазон дат «**DATE_1**» и «**DATE_2**»).

».

2. Приказ вступает в силу с даты подписания и распространяется на случаи оказания медицинской помощи, завершённые:

- по подпунктам 1) и 3) пункта 1 настоящего приказа с **01 ноября 2016 года**;

- по подпункту 2) и 4) пункта 1 настоящего приказа с **01 сентября 2016 года**;

- по подпунктам 5) и 6) пункта 1 настоящего приказа с **01 октября 2016 года**.

3. Руководителям:

- медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Костромской области в 2016 году, принять меры по доработке программного обеспечения согласно требованиям настоящего приказа;

- страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Костромской области в 2016 году, принять меры по доработке программного обеспечения согласно требованиям настоящего приказа и осуществлять прием реестров повторных счетов (исправленных счетов) в формате XML «2.1.4» и/или «2.1.5» со случаями оказания медицинской помощи, завершёнными до 01 ноября 2016 года.

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя директора Троицкую В.С.

Директор



В.Е. Николаев

Заместитель директора
«31» октября 2016 г.



В.С. Троицкая

Начальник юридического отдела
«31» октября 2016 г.



А.С. Тимошкин

Начальник отдела тарифного
регулирования
«31» октября 2016 г.



М.Е. Брыченкова

Начальник отдела
межтерриториальных расчетов
«31» октября 2016 г.



Е.А. Наянова

Начальник отдела информационно-
аналитического обеспечения
«31» октября 2016 г.



И.В. Суясов