

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 23 января 2019 г. № 47

г. Кострома

О внесении изменений в приказ
ТФОМС Костромской области
от 07.11.2018 № 1039

В целях обеспечения учета оказанной медицинской помощи застрахованным гражданам в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07 апреля 2011г. № 79 (ред. Приказа ФОМС от 13 декабря 2018г. № 285) «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» и тарифным соглашением о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области на 2019 год от 27 декабря 2018 года

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести следующие изменения в Регламент информационного взаимодействия между ТФОМС Костромской области, медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования Костромской области, утвержденного приказом ТФОМС Костромской области от 07.11.2018 года № 1039 (в редакции приказа № 1230 от 27.12.2018 года) (далее - Регламент):

- изложить пункт 2 раздела 3.6 Регламента в новой редакции, как пункт 2.1. (Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше)), согласно Приложению № 1 к настоящему приказу;

- дополнить раздел 3.6 Регламента пунктом 2.2. (Медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей), согласно Приложению № 2 к настоящему приказу;

- дополнить Таблицу 3.5.3. (Формирование реестров счетов по виду проведенных диспансеризаций и медицинских осмотров населения по 1 и 2 этапу.) раздела 3.5 и справочник V016 (Классификатор типов диспансеризации)

после строки «Профилактические медицинские осмотры взрослого населения» новой строкой кода типа диспансеризации/ медицинского осмотра «МОГ»:

| Код типа диспансеризации (DISP) | Региональный код типа диспансеризации (T_USL_OK) | Наименование типа диспансеризации | Единица объема оказанной мед. помощи по проведению диспансеризации и мед. осмотра |
|---------------------------------|--|---|---|
| МОГ | 67 | Медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей | Комплексное посещение («IDSP» = «29») |

- дополнить Регламент новым разделом 3.7 (Заполнение вложенных элементов/тегов реестров счетов оказанной медицинской помощи при посещении застрахованными гражданами медицинских организаций Костромской области при постановке впервые застрахованного гражданина на диспансерное наблюдение) согласно Приложению № 3 к настоящему приказу;

- дополнить Регламент новым разделом 10 (Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи при осуществлении информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML) согласно Приложению № 4 к настоящему приказу;

- изложить содержимое поля «Наименование» вложенного элемента/тега «KSG_KPG.T_VOZR» (Возрастная категория пациента) сегмента «Z_SL.SL.KSG_KPG» (Сведения о КСГ/КПГ) таблиц 1 и 4 разделов 1 и 4 Регламента в новой редакции:

«Возрастная категория пациента. Поле обязательно к заполнению (становится тип «O») при наличии указанной возрастной категории в графе «Возраст» закладки «Группировщик» файлов «Расшифровка групп ДС.xlsx» и «Расшифровка групп КС.xlsx», находящихся на официальном сайте ТФОМС в подразделе «Справочники» раздела «Инф. взаимодействие.»;

- изложить содержимое поля «Дополнительная информация» вложенного элемента/тега «Z_SL.SL.USL.SUMV_USL» (Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)) сегмента «Z_SL.SL.USL» (Сведения о, услуге) таблицы 3 раздела 3 Регламента в новой редакции:

«При проведении осмотра/консультации врачом-специалистом = «0» или «0.00». Примечание: Кроме диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения и медицинского освидетельствования граждан!!! При проведении осмотра/консультации врачом-специалистом и лабораторных, функциональных и иных исследованиях стоимость мед. услуги указывается согласно соответствующего приложения к Тарифному соглашению. При отказе гражданина от проведения отдельных видов медицинских вмешательств значение = «0» или «0.00»»;

- изложить содержимое поля «Дополнительная информация» вложенного элемента/тега «Z_SL.SL.ONK_SL.ONK_USL.LEK_PR.CODE_SH» (Код схемы лекарственной терапии) сегмента «Z_SL.SL.ONK_SL.ONK_USL.LEK_PR» (Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате) в таблицах 2 и 4 разделов 2 и 4 Регламента в новой редакции:

«Заполняется:

- при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше - кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024;

- при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет, и злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей - значением «нет».

2. Медицинским организациям и страховым медицинским организациям Костромской области в срок до 21 января 2019 года внести изменения в программное обеспечение по формированию, предоставлению и проведению медико-экономического контроля реестров счетов в соответствии с пунктом 1 настоящего приказа.

3. Приказ вступает в силу с даты подписания и распространяется на случаи оказания медицинской помощи, завершённые с 01 января 2019 года.

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

Директор



В.Е. Николаев

Первый заместитель директора
«___» ___ 2019 года



А.Н. Чичерин

Заместитель директора
«___» ___ 2019 года

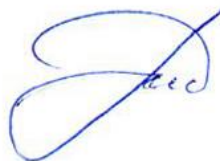
В.С. Троицкая

Начальник финансово-экономического
управления
«23» 01 2019 года



Л.В. Геннадьева

Начальник юридического отдела
«23» 01 2019 года



А.С. Тимошкин

Начальник отдела тарифного
регулирувания
«23» 01 2019 года



М.Е. Брыченкова

Начальник отдела
межтерриториальных расчетов
«23» 01 2019 года



Е.А. Наянова

Исполнитель:

Начальник отдела информационно-
аналитического обеспечения
«23» 01 2019 года



И.В. Суясов

2.1. Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше)

Таблица 2.1. Справочник кодов выполненных медицинских услуг осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных в профилактический медицинский осмотр взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше)

| № п/п | Наименование медицинской услуги | Код услуги |
|-------|--|------------------------|
| 1 | <i>Опрос (анкетирование) в целях выявления хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача</i> | |
| | Опрос (анкетирование) на выявление неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития | A01.30.026 |
| 2 | <i>Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела</i> | |
| | Антропометрическое исследование | A02.07.004 |
| 3 | <i>Измерение артериального давления</i> | |
| | Измерение артериального давления на периферических артериях | A02.12.002 |
| 4 | <i>Определение уровня общего холестерина в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод)</i> | |
| | Исследование уровня холестерина в крови | A09.05.026 |
| 5 | <i>Исследование уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод)</i> | |
| | Исследование уровня глюкозы в крови | A09.05.023 |
| 6 | <i>Определение суммарного сердечно-сосудистого риска</i> | |
| | Определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска | B03.047.002.001 |
| 7 | <i>Флюорография легких</i> | |
| | Флюорография легких | A06.09.006 |
| | Примечание: Флюорография легких – одна из двух A06.09.006 или A06.09.006.001 | |
| | Флюорография легких | A06.09.006 |
| | Флюорография легких цифровая | A06.09.006.001 |
| 8 | <i>Маммография</i> | |
| | Маммография | A06.20.004 |
| | Примечание: Маммография – одно из трех значений: A06.20.004 , A06.20.004.001 или A06.20.004.002 | |
| | Маммография | A06.20.004 |
| | Обзорная рентгенография молочной железы в одной проекции | A06.20.004.001 |
| | Прицельная рентгенография молочной железы | A06.20.004.002 |

| № п/п | Наименование медицинской услуги | Код услуги | |
|----------|--|--|--------------------|
| 9 | <i>Клинический анализ крови (минимальный объем исследования включает: определение концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов)</i> | | |
| | Общий (клинический) анализ крови | В03.016.003 | |
| 10 | <i>Исследование кала на скрытую кровь</i> | | |
| | Исследование кала на скрытую кровь | А09.19.001 | |
| 11 | <i>Прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения</i> | | |
| | | врача-терапевта участкового | В04.047.004 |
| | | врача-терапевта | В04.047.002 |
| | Профилактический прием (осмотр, консультация) | врача общей практики (семейного врача) | В04.026.002 |
| | фельдшера с возложением на него отдельных функций лечащего врача | В04.047.009 | |
| 12 | <i>Краткое профилактическое консультирование</i> | | |
| | Индивидуальное краткое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний | В04.070.002 | |

2.2. Медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

Таблица 2.2. Справочник кодов выполненных медицинских услуг осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных в медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

| № п/п | Код услуги | Наименование услуги |
|-------|------------------------|---|
| 1 | | Осмотр врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером): ¹ |
| | V04.047.002 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта |
| | V04.047.004 | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового профилактический |
| | V04.047.004.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта цехового врачебного участка профилактический |
| | V04.026.002 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) |
| | V04.047.009 | Профилактический прием (осмотр, консультация) фельдшера |
| 2 | A26.06.082.001 | Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) в сыворотке крови |
| 3 | A26.05.020 | Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (<i>Hepatitis B virus</i>) |
| 4 | A26.05.019 | Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (<i>Hepatitis C virus</i>) |
| 5 | A26.06.048 | Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (<i>Human immunodeficiency virus HIV 1</i>) в крови |
| 6 | A26.06.049 | Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (<i>Human immunodeficiency virus HIV 2</i>) в крови |
| 7 | A06.09.006 | Флюорография легких ² |
| | A06.09.007 | Рентгенография легких ² |
| 8 | V04.014.003 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста |

1 - для оплаты профилактического приема применяется тариф в размере, указанного в Приложении № 13 к Тарифному соглашению в независимости от специальности медицинского работника, проводившего осмотр/консультацию в рамках медицинского освидетельствования.

2 - проводится одно исследование: либо флюорография легких, либо рентгенографическое исследование легких.

3.7. Заполнение вложенных элементов/тегов реестров счетов оказанной медицинской помощи при посещении застрахованными гражданами медицинских организаций Костромской области при постановке впервые выявленного застрахованного гражданина на диспансерное наблюдение:

1. При постановке **впервые выявленного** застрахованного гражданина на диспансерное наблюдение по результатам прохождения застрахованным гражданином профилактического медицинского осмотра или диспансеризации определенных групп взрослого населения 1 раз в 3 года (1 раз в 2 года):

- при формировании реестров счетов по результатам прохождения застрахованным гражданином профилактического медицинского осмотра или диспансеризации определенных групп взрослого населения 1 раз в 3 года (1 раз в 2 года) согласно разделу 3 Регламента:

1) во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.P_CEL» (Цель посещения) в соответствии с классификатором целей посещения (V025) указываются значения: «2.1» (Медицинский осмотр) или «2.2» (Диспансеризация):

а) во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.DS1_PR» (Установлен впервые (основной)) указывается значение: «1» (согласно графе «дополнительная информация» - если **основной диагноз выявлен впервые** в результате проведенной диспансеризации / профилактического медицинского осмотра). В ином случае вложенные элементы/теги «Z_SL.SL.DS1_PR» не заполняются и не выставляются;

б) во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.PR_D_N» (Диспансерное наблюдение) указывается значение: «2» (взят),

а также необходимо учитывать сегмент «Z_SL.SL.DS2_N» (Сопутствующие заболевания), в котором при постановке **впервые выявленного** застрахованного гражданина на диспансерное наблюдение:

а) во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.DS2_N.DS2_PR» (Установлен впервые (сопутствующий)) указывается значение: «1» (согласно графе «дополнительная информация» - если данный сопутствующий диагноз **выявлен впервые** в результате проведенной диспансеризации / профилактического медицинского осмотра). В ином случае вложенные элементы/теги «Z_SL.SL.DS2_N.DS2_PR» не заполняются и не выставляются;

б) во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.DS2_N.PR_DS2_N» (Диспансерное наблюдение) указывается значение: «2» (взят).

2. При формировании реестров счетов по оказанной медицинской помощи в амбулаторных условиях после постановки впервые выявленного застрахованного гражданина на диспансерное наблюдение по результатам прохождения данным застрахованным гражданином профилактического медицинского осмотра или диспансеризации определенных групп взрослого

населения 1 раз в 3 года (1 раз в 2 года) и при посещении медицинской организации застрахованным гражданином с профилактической и иной целью (код IDSP=29):

а) согласно разделам 1 и 4 Регламента оплата **первого посещения** по поводу диспансерного наблюдения осуществляется по тарифу за посещение с профилактической и иными целями (Приложение № 8, таблица 1 Тарифного соглашения). При этом:

- во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.USL_OK» (Условия оказания медицинской помощи) в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (V006) указывается значение «3» (Амбулаторно);

- во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.P_CEL» (Цель посещения) в соответствии с классификатором целей посещения (V025) указываются значения: «1.3» (Диспансерное наблюдение);

- во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.DN» (Диспансерное наблюдение (по поводу основного заболевания (состояния))) указывается значение: «2» (взят) (Обязательны для заполнения, если P_CEL=1.3);

б) при формировании реестров счетов по оказанной медицинской помощи в амбулаторных условиях согласно разделам 1 и 4 Регламента оплата **второго посещения** и далее по поводу диспансерного наблюдения включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение). При этом:

- во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.USL_OK» (Условия оказания медицинской помощи) в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (V006) указывается значение «3» (Амбулаторно);

- во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.P_CEL» (Цель посещения) в соответствии с классификатором целей посещения (V025) указывается значение: «1.3» (Диспансерное наблюдение);

- во вложенных элементах/тегах «Z_SL.SL.DN» (Диспансерное наблюдение (по поводу основного заболевания (состояния))) указывается значение: «1» (состоит) или иное по результатам диспансерного наблюдения (Обязательны для заполнения, если P_CEL=1.3).

Раздел 10. Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи при осуществлении информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML

10.1. При реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи во вложенном элементе «IDSP» (Код способа оплаты медицинской помощи) согласно классификатору способов оплаты медицинской помощи (V010) указывается:

| Наименование способа оплаты медицинской помощи | IDSP |
|--|-----------|
| При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях: | |
| По подушевому финансированию * (исходя из численности прикрепленных застрахованных лиц) - за посещение (один календарный день); - за обращение (два и более посещения). | 25 |
| * При подушевом финансировании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях во вложенных элементах «TARIF», «SUM_M», «SUMV» (для МО и СМО обязательно) и «SUMP» (только для СМО обязательно) указываются значения «0» или «0.00» на все случаи. | |
| Посещение с профилактической и иными целями (Для МО без прикрепленного населения и для межтерриториальных расчетов). | 29 |
| За обращение по поводу заболевания (Для МО без прикрепленного населения и для межтерриториальных расчетов). | 30 |
| За посещение при оказании неотложной медицинской помощи. (Код «2» (Неотложная) по V014, Код «160» (неотложной медицинской помощи) по V002). | 29 |
| Комплексное посещение (законченный случай) | 29 |
| Медицинская помощь в «Центрах здоровья» | |
| - за комплекс исследований в центре здоровья для оценки наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей. | 29 |
| - за повторное посещение специалистов центра для динамического наблюдения. (Отличие от первого посещения - согласно тарифу и наличию первого посещения Центра здоровья). | 29 |
| Профилактические медицинские осмотры взрослого населения | |
| За посещение (За комплексное посещение). Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (Тарифицируется по услугам). | 29 |
| I и II этапы диспансеризации определенных групп взрослого населения. | |
| За посещение (За комплексное посещение). I этап диспансеризации определенных групп взрослого населения (проводимый с периодичностью 1 раз в 3 года и с периодичностью 1 раз в 2 года). | 29 |

| Наименование способа оплаты медицинской помощи | IDSP |
|---|-------------|
| За посещение (За комплексное посещение). II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения (проводимый с периодичностью 1 раз в 3 года). | 29 |
| I и II этапы диспансеризации детей-сирот. | |
| За посещение (За комплексное посещение). I этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей , находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. | 29 |
| За посещение (За комплексное посещение). II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей , находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. (Тарифицируется по услугам). | 29 |
| Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних | |
| За посещение (За комплексное посещение). Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних, I этап. | 29 |
| За посещение (За комплексное посещение). Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних, II этап. (Тарифицируется по услугам). | 29 |
| Медицинское освидетельствование граждан | |
| За посещение (За комплексное посещение). Медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить) взять под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей. (Тарифицируется по услугам). | 29 |
| За посещение | |
| За посещение с профилактической и иными целями осуществляется оплата первого посещения по поводу диспансерного наблюдения (Для МО без прикрепленного населения и для межтерриториальных расчетов). | 29 |
| Отнесение случаев оказания стоматологической медицинской помощи к единицам объема осуществляется в следующем порядке: | |
| За посещение с профилактическими и иными целями. Случаи обращения в медицинскую организацию, по результатам которых установлен диагноз по МКБ-10 Z01.2, при оказании медицинской помощи за один календарный день . | 29 |
| За обращение по заболеванию – случаи обращения в медицинскую организацию, по результатам которых установлен диагноз, отличный от Z01.2 , в том числе при оказании медицинской помощи за один календарный день . | 30 |
| При оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара | |
| За законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу . | 33 |
| Прерванные случаи оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах | |
| За прерванные случаи оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах. | 33 |

| Наименование способа оплаты медицинской помощи | IDSP |
|--|-----------------------------------|
| (Согласно определения прерванного случая в Тарифном соглашении) | |
| Высокотехнологичная медицинская помощь | |
| При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях. | 32 |
| Лечение острого почечного повреждения в условиях круглосуточного стационара (за исключением оказания высокотехнологичной медицинской помощи) | |
| <p>Лечение острого почечного повреждения производится за фактически выполненное количество услуг диализа. Таких как: A18.05.004 «Ультрафильтрация крови»; A18.05.002.003 «Гемодиализ интермиттирующий продленный»; A18.05.003 «Гемофильтрация крови»; A18.05.004.001 «Ультрафильтрация продленная»; A18.05.011.001 «Гемодиофильтрация продленная»; A18.05.002.005 «Гемодиализ продолжительный»; A18.05.003.002 «Гемофильтрация крови продолжительная»; A18.05.011.002 «Гемодиофильтрация продолжительная»; A18.30.001.001 «Перитонеальный диализ проточный») в течение всего периода лечения дополнительно к тарифу КСГ основного заболевания в рамках одного случая лечения. При этом оплата за оказанные услуги диализа сторонней медицинской организацией осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов.</p> | 33 |
| Услуги диализа (за исключением услуг, указанных в пункте 4.1.1 Приложения № 2 к Тарифному соглашению) пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара в другой медицинской организации: | |
| При оказании одной услуги диализа – как разовое посещение по поводу заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях, стоимость которого формируется из стоимости посещения врача-нефролога и стоимости услуги диализа | 29 |
| При оказании двух и более услуг диализа – за законченный случай лечения (обращение по поводу заболевания) в амбулаторно-поликлинических условиях, стоимость которого формируется из стоимости обращения к врачу-нефрологу и стоимости фактически оказанных услуг диализа по тарифам за медицинскую услугу согласно | 30 |
| При оказании медицинской помощи пациентам, включенным в региональный регистр больных, получающих заместительную почечную терапию методами программного гемодиализа или перитонеального диализа пожизненно, применяется сочетание способов оплаты: <u>в амбулаторных условиях</u> за услугу диализа и за законченный случай по КСГ в условиях <u>дневного стационара</u>. Пункт 4.2. Приложения № 2 к Тарифному соглашению (Костромской филиал Нефросовета и ОГБУЗ ГБ г. Костромы): | |
| Медицинская организация за полный календарный месяц оказания услуг диализа формирует и предъявляет к оплате: | |
| За обращение по поводу заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях, стоимость которого формируется из стоимости обращения к врачу-нефрологу и стоимости фактически выполненных услуг диализа | 30 |
| За законченный случай лечения в условиях дневного стационара по КСГ № ds18.002 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» и КСГ № ds18.003 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа». | 33 (без указания услуг) |
| В амбулаторно-поликлинических условиях оплата услуг диализа производится: | |
| За законченный случай лечения с длительностью не более месяца (одно обращение по поводу заболевания), стоимость которого формируется из стоимости обращения к врачу-нефрологу и стоимости фактически | 30 |

| Наименование способа оплаты медицинской помощи | IDSP |
|---|-----------|
| выполненных услуг диализа (две и более) | |
| Разовое посещение по поводу заболевания при оказании одной услуги диализа в течение календарного месяца, стоимость которого формируется из стоимости посещения врача-нефролога и стоимости услуги | 29 |
| При оказании скорой медицинской помощи оплата осуществляется: | |
| За вызов (вызов врачебной бригады, вызов фельдшерской бригады): | |
| При проведении тромболитической терапии при диагнозах: I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, с подъемом сегмента ST в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. | 24 |
| При оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Костромской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. (для межтерриториальных расчетов). | 24 |
| По подушевому нормативу** финансирования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Костромской области. | 36 |
| ** При подушевом финансировании скорой медицинской помощи во вложенных элементах «Z_SL.SL.TARIF», «Z_SL.SL.SUM_M», «Z_SL.SUMV» (для МО и СМО обязательно) и «Z_SL.SUMP» (только для СМО обязательно) указываются значения «0» или «0.00». | |
| За медицинскую услугу (за комплексную медицинскую услугу) | |
| За кардиотокографическое исследование плода по профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторно-поликлинических условиях. (По тарифам за медицинскую услугу) | 28 |
| За ультразвуковое исследование плода , а также за ультразвуковое исследование плода на аппарате экспертного класса при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях. | 28 |
| За медицинскую услугу программации (тестирования) имплантированных кардиостимуляторов при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях пациентам с различными видами аритмий. | 28 |
| За медицинскую услугу на проведение диагностического обследования больных: - хроническими гепатитами В и С, - носителей вирусного гепатита В и С, в амбулаторно-поликлинических условиях. | 28 |
| За медицинскую услугу: - магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением, - магнитно-резонансной томографии без использования контрастных веществ, - компьютерной томографии с контрастным усилением, - компьютерной томографии без использования контрастных веществ по направлению, на выполнение услуг в амбулаторно-поликлинических условиях , выданному на амбулаторно-поликлиническом приеме. | 28 |
| За медицинскую услугу при проведении лабораторных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях по направлению, выданному на амбулаторно-поликлиническом приеме. | 28 |
| За медицинскую услугу оптической спектральной когерентной томографии глаз в амбулаторно-поликлинических условиях. | 28 |

| Наименование способа оплаты медицинской помощи | IDSP |
|---|-----------|
| За медицинскую услугу «Школа пациента» *** в амбулаторно-поликлинических условиях (Приложение № 6 к Тарифному соглашению): | |
| <p>Для медицинских организаций без прикрепленного населения – дополнительно к тарифу обращения по поводу заболевания (за исключением «Школы для беременных» (B04.001.003)).</p> <p>С указанием во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.TARIF» и «Z_SL.SL.USL.SUMV_USL» значения тарифа согласно коду медицинской услуги из Таблицы 1 Приложения № 6 к Тарифному соглашению.</p> | 30 |
| <p>Примечание: Во вложенном элементе «Z_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) обращения указывается сумма значений из вложенных элементов «Z_SL.SL.SUM_M» (Стоимость случая, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.USL.SUMV_USL» (Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)).</p> | |
| <p>Медицинская услуга «Школа для беременных» (B04.001.003) предъявляется к оплате дополнительно к тарифу посещения акушера-гинеколога или акушерки (при возложении отдельных функций врача-акушера-гинеколога) медицинскими организациями независимо от наличия прикрепленного населения.</p> <p>С указанием во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.TARIF» и «Z_SL.SL.USL.SUMV_USL» значения тарифа согласно коду медицинской услуги «B04.001.003» из Таблицы 1 Приложения № 6 к Тарифному соглашению.</p> | 29 |
| <p>Примечание: Во вложенном элементе «Z_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) посещения указывается сумма значений из вложенных элементов «Z_SL.SL.SUM_M» (Стоимость случая, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.USL.SUMV_USL» (Стоимость медицинской услуги «B04.001.003», выставленная к оплате (руб.)).</p> | |
| <p>*** При подушевом финансировании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях по школам пациента во вложенных элементах «TARIF», «SUM_M», «SUMV» (для МО и СМО обязательно) и «SUMP» (только для СМО обязательно) указываются значения «0» или «0.00». За исключением «Школы для беременных», предъявляемой к оплате по IDSP=29, в которых указывается значение тарифа из соответствующего Приложения к Тарифному соглашению по профилю «136» (акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)) на все случаи.</p> | |

10.2. При выставлении реестров счетов в страховые медицинские организации и ТФОМС руководствоваться:

- в реестрах **основных счетов** в элементе «ZAP.PR_NOV» (Признак исправленной записи) указывается код «0» (Сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые);
- в реестрах **исправленных счетов** в элементе «ZAP.PR_NOV» (Признак исправленной записи) указывается код «1» (Запись передается повторно после исправления).

10.3. Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи по реализации информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

При выставлении реестров счетов в страховые медицинские организации и ТФОМС с записями случаев с применением кодов медицинских работников, оказавших консультативные услуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях за обращение в связи с заболеванием в реестре счета:

10.3.1. При посещении врача-терапевта:

а) в «сведениях о случае» во вложенном элементе «Z_SL.SL.T_PRVD» (Код врачебной должности) из классификатора «TFOMS_PRVD» (Классификатор врачебных должностей) указывается один из кодов врача-терапевта:

- код «71» (Врач-терапевт),
- код «72» (Врач-терапевт участковый),
- код «73» (Врач-терапевт подростковый),
- код «74» (Врач-терапевт участковый цехового врачебного участка),
- код «38» (Врач общей практики (семейный врач)),
- код «115» (Фельдшер) (В случае возложения на него отдельных функций лечащего врача),
- код «215» (Фельдшер),
- код «117» (Акушерка) (В случае возложения на нее отдельных функций лечащего врача),
- код «217» (Акушерка).

б) в «сведениях об услуге» во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) указывается код оказанной услуги.

Примечание: При **первичном** посещении во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) указывается код услуги первичного приема (осмотра, консультации) врача-терапевта. При **повторном** посещении (и далее) или при окончательном приеме врача-терапевта во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) указывается код услуги повторного приема (осмотра, консультации) врача-терапевта. Каждое посещение врача-терапевта выставляется отдельным сегментом «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге). При отсутствии кода услуги повторного приема указывается код услуги первичного приема (осмотра, консультации) врача-терапевта.

10.3.2. При посещении врача-педиатра:

а) во вложенном элементе «Z_SL.SL.T_PRVD» (Код врачебной должности) из классификатора «TFOMS_PRVD» (Классификатор врачебных должностей) указывается один из кодов врача-педиатра:

- код «44» (Врач-педиатр),
- код «45» (Врач-педиатр участковый),
- код «38» (Врач общей практики (семейный врач)),
- код «115» (Фельдшер) (В случае возложения на него отдельных функций лечащего врача),

- код «215» (Фельдшер),
- код «117» (Акушерка) (В случае возложения на нее отдельных функций лечащего врача),
- код «217» (Акушерка).

б) в «сведениях об услуге» во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) указывается код оказанной услуги.

Примечание: При первичном посещении во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) указывается код услуги первичного приема (осмотра, консультации) врача-педиатра. При повторном посещении (и далее) или при окончательном приеме врача-педиатра во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) указывается код услуги повторного приема (осмотра, консультации) врача-педиатра. Каждое посещение врача-педиатра выставляется отдельным сегментом «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге). При отсутствии кода услуги повторного приема указывается код услуги первичного приема (осмотра, консультации) врача-педиатра.

10.4. Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи при осуществлении информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным комплексным медицинским услугам и лабораторным исследованиям.

10.4.1 Заполнение вложенного элемента «Z_SL.IDSP» значениями из классификатора способов оплаты медицинской помощи (V010):

1. При оказании комплексной медицинской услуги застрахованному гражданину в амбулаторно-поликлинических условиях согласно **Приложения № 6** к Тарифному соглашению указывается код IDSP равный «28» (За медицинскую услугу).

Примечание: При оказании комплексной медицинской услуги застрахованному гражданину по заместительной почечной терапии (согласно **Таблицы № 2 Приложения № 6** к Тарифному соглашению) заполнение кодом «Z_SL.IDSP» прописано в подразделе **10.4.2. Регламента**.

2. При оказании медицинских услуг в виде лабораторных исследований застрахованному гражданину в амбулаторно-поликлинических условиях согласно **Приложения № 7** к Тарифному соглашению указывается код «28» (За оказание медицинских услуг (лабораторных исследований), оказанных централизованной лабораторией):

а) При формировании и выставлении реестров счетов в СМО и ТФОМС (межтерриториальные расчеты) на оплату медицинских услуг (лабораторных исследований), в тегах (во вложенных элементах) реестров счетов указываются следующие значения из соответствующих справочников (классификаторов):

- «Z_SL.SL.PROFIL» (Профиль) код «34» (клинической лабораторной диагностике) (V002);

- «Z_SL.USL_OK» (Условия оказания медицинской помощи) код «3» (амбулаторно) (V006);

- «Z_SL.VIDPOM» (Вид медицинской помощи) код «13» (первичная специализированная медико-санитарная помощь) (V008);

- «Z_SL.IDSP» (Код способа оплаты медицинской помощи) код «28» ((За медицинскую услугу в поликлинике) при оказании комплексной услуги застрахованному гражданину) (V010);

- «Z_SL.T_USL_OK» (Код дополнительных сведений) код «1» (Поликлиническая помощь) (TFOMS_USL_OK);

- «Z_SL.NPR_MO» (Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию или лабораторное исследование)) код из регионального справочника кодов подразделений и отделений медицинских организаций Костромской области (TFOMS_PODR). Данный вложенный элемент обязателен к заполнению во всех случаях формирования реестров счетов на оплату медицинских услуг (лабораторных исследований), оказанным застрахованным гражданам.

Примечание: Во вложенном элементе «Z_SL.SL.NHISTORY» (Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи) номер для каждого пациента является обязательным и должен быть уникальным (не должен дублироваться). Позволяется дублирование номера в случаях лабораторных исследований на одного пациента.

б) При выставлении реестров счетов со случаями лабораторных исследований в сегментах «Z_SL.SL» и «Z_SL.SL.USL» указывается дата получения результата проведенного лабораторного исследования застрахованному гражданину:

1) Значения дат во вложенных элементах «Z_SL.SL.USL.DATE_IN» и «Z_SL.SL.USL.DATE_OUT» должны соответствовать дате проведения лабораторного исследования (значение даты «Z_SL.SL.USL.DATE_IN» соответствует значению даты «Z_SL.SL.USL.DATE_OUT»);

2) В случаях проведения нескольких лабораторных исследований одному застрахованному гражданину в один день (сутки) отчетного периода, данные лабораторные исследования отображаются одной записью (элемент «ZAP») с одним сегментом «Z_SL» (Сведения о законченном случае), с одним вложенным сегментом «Z_SL.SL» (Сведения о случае) и необходимым количеством вложенных сегментов «USL» (Сведения об услуге), соответствующих количеству лабораторных исследований и выполненных в вышеуказанный день (сутки). Значения даты лабораторных исследований, выполненных в один день (сутки) отчетного периода, во вложенных элементах «Z_SL.SL.USL.DATE_IN» и «Z_SL.SL.USL.DATE_OUT» должны соответствовать значениям «Z_SL.SL.DATE_1», «Z_SL.SL.DATE_2», «Z_SL.DATE_Z_1» и «Z_SL. DATE_Z_2». Во вложенном элементе «Z_SL.SL.ED_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи)

указывается количество оказанных **тарифицированных услуг** (лабораторных исследований), т.е. количество сегментов «Z_SL.SL.USL», в которых во вложенных элементах «Z_SL.SL.USL.TARIF» стоит значение из **Приложения № 7** (Тарифы лабораторных исследований) к Тарифному соглашению.

Примечание: При выполнении нескольких (или одного) лабораторных исследований данному застрахованному гражданину в другой день (другие сутки) отчетного периода, данные лабораторные исследования отображаются другой записью «PACIENT.ID_PAC» (при выполнении в другом отчетном периоде) или другой записью случая «Z_SL.IDCASE» (при выполнении в данном отчетном периоде).

3) Во вложенном элементе «Z_SL.SL.TARIF» (Тариф) сегмента «Сведения о случае» указывается значение «0» или «0.00», при этом во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.TARIF» (Тариф) (сегментов «Сведения об услуге») значения указываются в соответствии с **Приложением № 7** Тарифного соглашения;

4) Во вложенных элементах «Z_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.SUM_M» (Стоимость случая, выставленная к оплате) указывается сумма значений «Z_SL.SL.USL.SUMV_USL» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) сегментов «Сведения об услуге», в которых указываются значения в соответствии со столбцом «Тарифы» лабораторных исследований **Приложения № 7** Тарифного соглашения (значение «Z_SL.SL.USL.SUMV_USL» равно «Z_SL.SL.USL.TARIF» одной услуги);

5) Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.KOL_USL» (Количество услуг) сегмента «Сведения об услуге» указывается значение «1» (Одна услуга);

6) Во вложенных элементах «Z_SL.SL.DS1» (Диагноз основной) и «Z_SL.SL.USL.DS» (Диагноз) указывается из МКБ-10 значение «Z01.7» (Лабораторное обследование);

7) Во вложенном элементе «Z_SL.SL.T_PRVD» (Код врачебной должности) указывается значение «27» (Врач клинической лабораторной диагностики) (из классификатора TFOMS_PRVD);

8) Во вложенных элементах «Z_SL.SL.PRVS» (Специальность лечащего врача) и «Z_SL.SL.USL.PRVS» (Специальность медработника, выполнившего услугу) указывается значение **«26»** («клиническая лабораторная диагностика» из классификатора V021) для врачей с высшим медицинским образованием и **«215»** («лабораторная диагностика» из классификатора V021) для среднего медицинского персонала;

9) При завершении отдельных лабораторных исследований на одного застрахованного гражданина в следующем отчетном периоде (месяце), то результаты лабораторных исследований/результат лабораторного исследования оформляются(ется) отдельной записью со случаем и услугами/услугой (лабораторными исследованиями) на данного застрахованного гражданина в реестре счета уже за данный отчетный период и оплачиваются соответственно по тарифам в соответствии с **Приложением № 7** Тарифного соглашения за этот данный отчетный период.

в) При оказании комплексной услуги застрахованному гражданину в амбулаторно-поликлинических условиях (**кардиотокография плода (по профилю акушерство и гинекология)**), ультразвуковое исследование плода (по профилю акушерство и гинекология), ультразвуковое исследование плода на аппарате экспертного класса, диагностическое обследование у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и С, программация (тестирование) имплантированных кардиостимуляторов и школа пациента) - код «28» (За медицинскую услугу в поликлинике).

При оказании комплексных услуг: диагностическое обследование у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и С, программация (тестирование) имплантированных кардиостимуляторов, в сегменте «Сведения об услуге» во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» указывают значения кодов медицинских услуг:

- диагностическое обследование у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и С (по профилю инфекционные болезни):

| | |
|------------------------|---|
| B04.014.002.001 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста (гепатит В) |
| B04.014.002.002 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста (гепатит С) |

- программация (тестирование) имплантированных кардиостимуляторов (по профилю кардиология):

| | |
|--------------------|---|
| B04.015.003 | Прием (тестирование, консультация) врача-кардиолога-аритмолога диспансерный |
|--------------------|---|

или значениями кодов отдельных медицинских услуг из групп:

- Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением;
- Магнитно-резонансная томография без использования контрастных веществ;
- Компьютерная томография с контрастным усилением;
- Компьютерная томография без использования контрастных веществ.

Примечание:

1. Оказанные комплексные медицинские услуги формируются отдельными случаями, с указанием кода оказанной медицинской услуги в сегменте «Сведения об услуге», в записи со сведениями об оказанной медицинской помощи пациенту.

2. **Дополнительные условия** при оказании комплексной услуги «Школа пациента» в составе обращения по поводу заболевания в амбулаторных условиях:

- Каждая комплексная медицинская услуга «Школа пациента» в амбулаторных условиях оформляется отдельной записью с отдельным законченным случаем (отдельный элемент «ZAP» с элементом «ZAP.Z_SL» и с вложенным элементом «ZAP.Z_SL.SL») и отдельной записью «ZAP» законченного случая оказания медицинской помощи застрахованному гражданину (обращение пациента по поводу заболевания) в амбулаторных условиях (отдельный элемент «ZAP» с элементом «ZAP.Z_SL» и с вложенным

элементом «ZAP.Z_SL.SL»), в котором оказана данная комплексная медицинская услуга. В отдельных элементах «ZAP.PACIENT» каждой записи «ZAP» на одного и того же пациента указываются одни и те же значения во вложенных элементах «ZAP.PACIENT.ID_PAC» (Код записи о пациенте – уникальный идентификатор пациента) и во вложенных элементах «ZAP.Z_SL.SL.NHISTORY» (Номер истории болезни/талона амбулаторного пациента);

- Во вложенных элементах «ZAP.Z_SL.SL.USL.DATE_IN» (Дата начала оказания услуги) и «ZAP.Z_SL.SL.USL.DATE_OUT» (Дата окончания оказания услуги) сегмента «Сведения об услуге» указывается дата оказанной комплексной услуги;

- Во вложенном элементе «ZAP.Z_SL.SL.DATE_1» (Дата начала лечения) сегмента «Сведения о случае» и «ZAP.Z_SL.DATE_Z_1» (Дата начала лечения) сегмента «Сведения о законченном случае» указывается дата начала обращения пациента по поводу заболевания;

- Во вложенном элементе «ZAP.Z_SL.SL.DATE_2» (Дата окончания лечения) сегмента «Сведения о случае» и «ZAP.Z_SL.DATE_Z_2» (Дата окончания лечения) сегмента «Сведения о законченном случае» указывается дата конца обращения пациента по поводу заболевания;

- Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) сегмента «Сведения об услуге» указывается один из кодов медицинских услуг из **Таблицы 1 Приложения № 6** к Тарифному соглашению;

- Во вложенном элементе «Z_SL.SL.TARIF» (Тариф) сегмента «Сведения о случае» указывается тариф из **Таблицы 1 Приложения № 6** к Тарифному соглашению, при этом во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.TARIF» (Тариф) (только в сегменте «Сведения об услуге») значение не указывается и сами теги не прописываются.

3. Для предотвращения отклонения от оплаты по результатам МЭК **нескольких одинаковых дублирующих по содержанию сегментов «ZAP» с «ZAP.Z_SL» и «ZAP.PACIENT», «ZAP.Z_SL.SL» к «ZAP.Z_SL» с наличием в каждом по одному сегменту «Z_SL.SL.USL» с кодом услуги в поле/вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» по магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) (МРТ без контраста, МРТ с контрастным усилением, КТ без контраста и КТ с контрастным усилением):**

| Код медицинской услуги* | Комплексная услуга | Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) ноги, руки или отдела позвоночника (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У») становится обязательным к заполнению (тип «О»)): |
|---|---|---|
| Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением: | | |
| A05.30.012.001 | Магнитно-резонансная томография нижней конечности | - «RIGHT» (правая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего |

| Код медицинской услуги* | Комплексная услуга | Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) ноги, руки или отдела позвоночника (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У»)) становится обязательным к заполнению (тип «О»)): |
|---|---|--|
| | с внутривенным контрастированием | <p>сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»;</p> <p>- «LEFT» (левая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».</p> |
| A05.04.001.001 | Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) с контрастированием | <p>- «RIGHT» (правая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»;</p> <p>- «LEFT» (левая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».</p> |
| A05.03.002.001 | Магнитно-резонансная томография позвоночника контрастированием (один отдел) | <p>- «C1-C2» (при обследовании шейного отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»;</p> <p>- «T1-T12» (при обследовании грудного отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»;</p> <p>- «L1-L5, S1-S5» (при обследовании пояснично-крестцового отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».</p> |
| Магнитно-резонансная томография без использования контрастных веществ: | | |
| A05.30.011.002 | Магнитно-резонансная томография кисти | <p>- «RIGHT» (правая рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»;</p> <p>- «LEFT» (левая рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».</p> |
| A05.30.012.002 | Магнитно-резонансная томография стопы | <p>- «RIGHT» (правая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»;</p> <p>- «LEFT» (левая нога) в одном сегменте</p> |

| Код медицинской услуги* | Комплексная услуга | Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) ноги, руки или отдела позвоночника (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У»)) становится обязательным к заполнению (тип «О»)): |
|---|--|---|
| | | «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP». |
| A05.04.001 | Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) | <ul style="list-style-type: none"> - «RIGHT» (правая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «LEFT» (левая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP». |
| A05.03.002 | Магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) | <ul style="list-style-type: none"> - «C1-C2» (при обследовании шейного отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «T1-T12» (при обследовании грудного отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»; - «L1-L5, S1-S5» (при обследовании пояснично-крестцового отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP». |
| Компьютерная томография с контрастным усилением: | | |
| A06.03.036.003 | Компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией | <ul style="list-style-type: none"> - «RIGHT» (правая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «LEFT» (левая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP». |
| A06.03.058.003 | Компьютерная томография позвоночника с внутривенным контрастированием (один отдел) | <ul style="list-style-type: none"> - «C1-C2» (при обследовании шейного отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «T1-T12» (при обследовании грудного отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP». |

| Код медицинской услуги* | Комплексная услуга | Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) ноги, руки или отдела позвоночника (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У»)) становится обязательным к заполнению (тип «О»)): |
|---|---|---|
| | | «ZAP»; - «L1-L5, S1-S5» (при обследовании пояснично-крестцового отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP». |
| Компьютерная томография без использования контрастных веществ: | | |
| A06.04.017 | Компьютерная томография сустава | - «RIGHT» (правая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «LEFT» (левая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP». |
| A06.03.021.001 | Компьютерная томография верхней конечности | - «RIGHT» (правая рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «LEFT» (левая рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP». |
| A06.03.036.001 | Компьютерная томография нижней конечности | - «RIGHT» (правая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «LEFT» (левая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP». |
| A06.03.058 | Компьютерная томография позвоночника (один отдел) | - «C1-C2» (при обследовании шейного отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «T1-T12» (при обследовании грудного отдела) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»; - «L1-L5, S1-S5» (при обследовании пояснично-крестцового отдела) в одном |

| Код медицинской услуги* | Комплексная услуга | Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) ноги, руки или отдела позвоночника (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У») становится обязательным к заполнению (тип «О»)): |
|-------------------------------|--------------------|---|
| | | сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP». |

* Данные случаи выставления двух и более отдельных сегментов «ZAP» (Записи) с сегментами «ZAP.PACIENT», «ZAP.Z_SL» и «Z_SL.SL» с внутренними сегментами «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге) не считаются дублированием и подлежат оплате по результатам МЭК страховыми медицинскими организациями Костромской области.

10.4.2. При формировании в медицинских организациях отдельных случаев оказания комплексных услуг за проведенную кардиотокографию плода:

1. В соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи) во вложенном элементе «PROFIL» в амбулаторно-поликлинических условиях указывается значение «136» (акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)).

Примечание: При наличии согласно тарифного соглашения выполненных медицинских услуг по КТГ в условиях стационара (дневного стационара) во вложенных элементах «T_KTG_KOL» (Количество выполненных процедур КТГ) указывается значение количества выполненных данных услуг.

2. Согласно соответствующему приложению к Тарифному соглашению:

а) в элементе «Z_SL.SL» (Сведения о случае) реестра счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.PROFIL» (Профиль) указывается значение «136» (акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)) в соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи);

- во вложенных элементах «Z_SL.SL.ED_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) и «Z_SL.SL.T_KTG_KOL» (Количество выполненных процедур КТГ) указывается значение «1»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.TARIF» (Тариф) указывается значение тарифа комплексной услуги согласно соответствующему приложению к Тарифному соглашению;

- во вложенных элементах «Z_SL.SL.SUM_M» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) указывается значение в соответствии со значением вложенного элемента «Z_SL.SL.TARIF»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.T_PRVD» указывается значение «11» (Врач-акушер-гинеколог) в соответствии с классификатором «TFOMS_PRVD» (Классификатор врачебных должностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.PRVS» (Специальность лечащего врача) указывается значение «2» (Акушерство и гинекология) в соответствии с классификатором V021 (Классификатор медицинских специальностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.IDSP» (Код способа оплаты медицинской помощи) указывается значение «28» (За оказание комплексной услуги застрахованному гражданину) в соответствии с классификатором V010 (Классификатор способов оплаты медицинской помощи);

- дата оказанной комплексной услуги, прописанная во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.DATE_IN» (Дата начала оказания услуги), указывается и во вложенных элементах «Z_SL.SL.DATE_1» (Дата начала лечения) и «Z_SL. DATE_Z_1» (Дата начала лечения);

- дата оказанной комплексной услуги, прописанная во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.DATE_OUT» (Дата окончания оказания услуги), указывается и во вложенных элементах «Z_SL.SL.DATE_2» (Дата окончания лечения) и «Z_SL. DATE_Z_2» (Дата окончания лечения);

б) в разделе «**USL**» (Сведения об услуге) элемента «Z_SL.SL» (Сведения о случае) на пациента, которому оказана комплексная услуга, в реестре счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) указывается значение:

| | |
|------------|-------------------------|
| A05.30.001 | Кардиотокография плода; |
|------------|-------------------------|

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.KOL_USL» (Количество услуг) указывается значение «1» или «1.00»;

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

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

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.PRVS» (Специальность лечащего врача) указывается значение «2» (Акушерство и гинекология) в соответствии с классификатором V021 (Классификатор медицинских специальностей);

в) в элементе «Z_SL» (Сведения о законченном случае) на одного пациента раздел «Z_SL.SL» (Сведения о случае) и сегмент «Z_SL.SL.USL» «Сведения об услуге» выставляются один раз.

10.4.3. При формировании в медицинских организациях отдельных случаев оказания комплексных услуг за проведенные ультразвуковые исследования плода и ультразвуковое исследование плода на аппарате экспертного класса для медицинской помощи, оказанной по профилю «136» (акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)) в амбулаторно-поликлинических условиях.

Согласно соответствующему приложению к Тарифному соглашению:

а) в элементе «Z_SL.SL» (Сведения о случае) реестра счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.PROFIL» (Профиль) указывается значение «106» (ультразвуковой диагностике) в соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.ED_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) указывается значение «1»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.TARIF» (Тариф) указывается значение тарифа комплексной услуги согласно соответствующему приложению к Тарифному соглашению;

- во вложенных элементах «Z_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.SUM_M» (Сумма, выставленная к оплате) указывается значение в соответствии со значением вложенного элемента «Z_SL.SL.TARIF»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.T_PRVD» указывается значение «81» (Врач ультразвуковой диагностики) в соответствии с классификатором «TFOMS_PRVD» (Классификатор врачебных должностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.PRVS» (Специальность лечащего врача) указывается значение «181» (Ультразвуковая диагностика) в соответствии с классификатором V021 (Классификатор медицинских специальностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.IDSP» (Код способа оплаты медицинской помощи) указывается значение «28» (За оказание комплексной услуги застрахованному гражданину) в соответствии с классификатором V010 (Классификатор способов оплаты медицинской помощи);

б) в разделе «USL» (Сведения об услуге) элемента «Z_SL.SL» (Сведения о случае) на пациента, которому оказана комплексная услуга, в реестре счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) указывается значение:

| | |
|-----------------------|---|
| A04.30.001 | Ультразвуковое исследование плода; |
| A04.30.001.001 | Ультразвуковое исследование плода на аппарате экспертного класса; |

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.KOL_USL» (Количество услуг) указывается значение «1» или «1.00»;

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

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

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.PRVS» (Специальность лечащего врача) указывается значение «81» (Ультразвуковая диагностика) в соответствии с классификатором V021 (Классификатор медицинских специальностей).

Примечание: Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.PROFIL» (Профиль) согласно со значением вложенного элемента «Z_SL.SL.PROFIL» (Профиль) указывается значение «106» (ультразвуковой диагностике) в соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи).

10.4.4. Заполнение вложенных элементов при реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по

оказанным медицинским услугам по оптическому исследованию сетчатки с помощью компьютерного анализатора.

Согласно **соответствующему приложению к Тарифному соглашению:**

а) в элементе «Z_SL.SL» (Сведения о случае) реестра счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.PROFIL» (Профиль) указывается значение «65» (офтальмологии) в соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.ED_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) указывается значение «1»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.TARIF» (Тариф) указывается значение тарифа комплексной услуги **согласно соответствующему приложению к Тарифному соглашению;**

- во вложенных элементах «Z_SL.SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.SUM_M» (Сумма, выставленная к оплате) указывается значение в соответствии со значением вложенного элемента «Z_SL.SL.TARIF»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.T_PRVD» указывается значение «41» (Врач офтальмолог) в соответствии с классификатором «TFOMS_PRVD» (Классификатор врачебных должностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.PRVS» (Специальность лечащего врача) указывается значение **«46»** (Офтальмология) в соответствии с классификатором **V021** (Классификатор медицинских специальностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.IDSP» (Код способа оплаты медицинской помощи) указывается значение «28» (За оказание комплексной услуги застрахованному гражданину) в соответствии с классификатором V010 (Классификатор способов оплаты медицинской помощи);

б) в разделе/сегменте «USL» (Сведения об услуге) элемента «Z_SL.SL» (Сведения о случае) на пациента, которому оказана комплексная услуга, в реестре счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) указывается значение:

| | |
|-------------------|--|
| A03.26.019 | Оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора |
|-------------------|--|

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.KOL_USL» (Количество услуг) указывается значение «1» или «1.00»;

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

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

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.PRVS» (Специальность лечащего врача) указывается значение **«46»** (Офтальмология) в соответствии с классификатором **V021** (Классификатор медицинских специальностей).

Примечание: Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.PROFIL» (Профиль) согласно со значением вложенного элемента «Z_SL.SL.PROFIL» (Профиль) указывается значение «65» (офтальмологии) в соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи).

в) в случае оказания комплексной услуги «**Оптическая спектральная когерентная томография глаза**» пациенту (застрахованному гражданину) медицинской организацией Костромской области при направлении на оказание данной комплексной услуги **другой медицинской организацией:**

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.LPU» сегмента «USL» ставится значение регистрационного кода медицинской организации, направившей на оказание комплексной услуги «**Оптическая спектральная когерентная томография глаза**», а во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.LPU_1» указывается значение кода подразделения данной медицинской организации (при наличии подразделения, направившего на оказание комплексной услуги, заполнение данного поля/вложенного элемента «Z_SL.SL.USL.LPU_1» обязательно);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.DS0» (Диагноз первичный) элемента/сегмента «Z_SL.SL» (Сведения о случае) обязательно указывается значение кода МКБ-10, с которым был направлен застрахованный гражданин (пациент) другой медицинской организацией на оказание комплексной услуги «**Оптическая спектральная когерентная томография глаза**» (Поле «Z_SL.SL.DS0» из условно-обязательного (тип «У») становится обязательным к заполнению (тип «О»)). Код МКБ-10 указывается согласно направлению на обследование из числа диагнозов, предусмотренных департаментом здравоохранения Костромской области;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.DS1» (Диагноз первичный) элемента/сегмента «Z_SL.SL» (Сведения о случае) обязательно указывается значение кода МКБ-10, установленного по результатам обследования.

г) в случае оказания комплексной услуги «**Оптическая спектральная когерентная томография глаза**» пациенту (застрахованному гражданину) **на двух глазах**, то каждая комплексная услуга «**Оптическая спектральная когерентная томография глаза**» формируется **отдельным сегментом «ZAP.Z_SL»** (Сведения о законченном случае) и **отдельным сегментом «ZAP.PACIENT»** (Сведения о пациенте) в отдельном сегменте «ZAP» (Записи) на каждый из двух глаз пациента:

- Один сегмент «ZAP» с одним сегментом «Z_SL» с внутренним сегментом «Z_SL.SL» на левый глаз (отдельный сегмент «ZAP.PACIENT»);

- Другой сегмент «ZAP» одним сегментом «Z_SL» и внутренним сегментом «Z_SL.SL» на правый глаз (отдельный сегмент «ZAP.PACIENT»).

Для предотвращения отклонения от оплаты по результатам МЭК двух одинаковых дублирующих по содержанию сегментов «ZAP» с «ZAP.Z_SL» и «ZAP.PACIENT», «ZAP.Z_SL.SL» к «ZAP.Z_SL» с наличием в каждом по

одному сегменту «Z_SL.SL.USL» с кодами услуг «A03.26.019» (Оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора) во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) на левый и правый глаза пациента во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) глаза (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У») становится обязательным к заполнению (тип «О»)):

- «OD» (правый глаз) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL.SL» одного элемента «ZAP»;

- «OS» (левый глаз) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL.SL» другого элемента «ZAP».

Данные случаи выставления двух отдельных сегментов «ZAP» (Записи) с сегментами «ZAP.PACIENT», «ZAP.Z_SL» и «Z_SL.SL» с внутренними сегментами «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге) не считаются дублированием и подлежат оплате по результатам МЭК страховыми медицинскими организациями Костромской области.

10.5. Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи при осуществлении информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной стоматологической медицинской помощи.

10.5.1. За посещения застрахованным гражданином медицинской организации с профилактическими и иными целями, по которым установлен диагноз по МКБ-10 «Z01.2», при оказании медицинской помощи за один календарный день (IDSP=29):

а) посещения формируются одним сегментом «Z_SL» и одним сегментом «Z_SL.SL» (Сведения о случае) реестра счета с вложенным сегментом «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге) с одним из кодов профилактического приема (осмотра, консультации) во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) согласно Приложению № 22 к Тарифному соглашению:

- врача-стоматолога детского (B04.064.002);
- врача-стоматолога (врача-стоматолога общей практики) (B04.065.006);
- врача-стоматолога-терапевта (B04.065.004);
- зубного врача (B04.065.004),

и дополнительно к вышеуказанным кодам профилактического приема (осмотра, консультации) дополнительными вложенными сегментами «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге) с кодами «Z_SL.SL.USL.CODE_USL»:

- «Глубокое фторирование эмали зуба» (A11.07.012);
- «Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба» (A11.07.024);

- «Обучение гигиене полости рта» (A13.30.007);
- «Запечатывание фиссуры зуба герметиком» (A16.07.057).

б) в сегменте «Сведения о случае» реестра счета:

- значение вложенного элемента «Z_SL.SL.ED_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (УЕТ)) должно соответствовать сумме значений (УЕТ) в элементах «Z_SL.SL.USL.KOL_USL» (Количество услуг (УЕТ)) оказанных стоматологических услуг застрахованному гражданину по данному случаю (в сегменте «Сведения об услуге») в УЕТ;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.T_KTG_KOL» (Количество выполненных процедур КТГ/Учет стоматологических посещений) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.KSG_KPG.N_KSG» (Номер КСГ) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.PRVS» (Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)) указывается значение из классификатора медицинских специальностей (V021);

- во вложенном элементе «Z_SL.T_USL_OK» (Код дополнительных сведений) указывается код «5» (Стоматологическая помощь) в соответствии с региональным классификатором «TFOMS_USL_OK»;

- во вложенных элементах «Z_SL.SL.KD» (Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)) указывается количество амбулаторных посещений, а не переводные из УЕТ. За одно посещение застрахованным гражданином медицинской организации с профилактическими и иными целями за один календарный день ставится значение «1» (при Z_SL.USL_OK=3 и Z_SL.T_USL_OK=5);

- во вложенных элементах «Z_SL.KD_Z» (Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)) указывается количество амбулаторных посещений, а не переводные из УЕТ. За одно посещение застрахованным гражданином медицинской организации с профилактическими и иными целями за один календарный день ставится значение «1» (при Z_SL.USL_OK=3 и Z_SL.T_USL_OK=5);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.TARIF» (Тариф) указывается значение тарифа, указанного в Таблице 4 (Тариф оказания стоматологической медицинской помощи) Приложения № 8 к Тарифному соглашению;

- во вложенных элементах «Z_SL.SL.SUM_M» (Стоимость случая, выставленная к оплате) указывается произведение значения тарифа «Z_SL.SL.TARIF» на значение вложенного элемента «Z_SL.SL.ED_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (в УЕТ)). Округление значения стоимости случая, выставленная к оплате осуществляется по результату умножения (применяется округление к ближайшему четному (банковское) - округляется до 2-го знака в зависимости от 3-го знака. Например, число 0,785 округляется до 0,78);

- во вложенных элементах «Z_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) указывается значение равное сумме значений «Z_SL.SL.SUM_M» вложенных элементов «Z_SL.SL»;

в) во вложенном сегменте «Сведения об услуге» сегмента «Сведения о случае»:

- вложенные элементы «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) и «Z_SL.SL.USL.KOL_USL» (Количество услуг) заполняются соответствующими значениями кодов услуг и количества УЕТ согласно Приложения № 22 к Тарифному соглашению (Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях);

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

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.TARIF» (Тариф) (только в сегменте «Сведения об услуге») значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.PRVS» (Специальность медработника, выполнившего услугу) указывается значение из классификатора медицинских специальностей (V021);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_MD» (Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу) указывается уникальный идентификатор: СНИЛС врача (в формате 999-999-999 99).

10.5.2. За обращения по заболеванию – случаи обращения застрахованного гражданина в медицинскую организацию, по результатам которых установлен диагноз, отличный от Z01.2, в том числе при оказании медицинской помощи за один календарный день (IDSP=30):

а) обращения формируются:

- одним сегментом «Z_SL» (Сведения о законченном случае) в записи «ZAP» реестра счета;

- одним или несколькими сегментами «Z_SL.SL» (Сведения о случае) в сегменте «Z_SL»;

Примечание: Один сегмент «Z_SL.SL» на один зуб за один календарный день (другой календарный день продолжения лечения данного зуба оформляется отдельным сегментом «Z_SL.SL») оформляется с указанием во вложенных элементах «Z_SL.SL.COMENTSL» (Служебное поле) и «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) значения кода данного зуба (при этом тип вложенных элементов «COMENTSL» и «COMENTU» становится «Обязательный») по схеме наименования зубов. Пример: 22м или 38ж;

- одним или несколькими вложенными сегментами «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге) в каждом сегменте «Z_SL.SL» с указанием кодов

стоматологических услуг во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) согласно Приложению № 22 к Тарифному соглашению.

Из них:

1) одним из вложенных сегментов «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге») с одним из кодов **первичного/вторичного** приема (осмотра, консультации) врача-специалиста во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) согласно Приложению № 22 к Тарифному соглашению.

Примечание:

1. Код **первичного** приема (осмотра, консультация) врача-специалиста, должен указываться только один **раз в самом начале** лечения по заболеванию во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» одного из сегментов «Z_SL.SL.USL» (одного из сегментов «Z_SL.SL» в сегменте «Z_SL»).

2. В дальнейшем в других сегментах «Z_SL.SL» в одного данного сегмента «Z_SL» во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) одного из вложенных сегментов «Z_SL.SL.USL» должны указываться значения кодов **повторного** приема (осмотра, консультации) врача-специалиста:

| Код стоматологической услуги | Наименование стоматологической услуги |
|------------------------------|---|
| V01.064.003 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный |
| V01.064.004 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный |
| V01.065.007 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога, врача-стоматолога общей практики первичный |
| V01.065.008 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога, врача-стоматолога общей практики повторный |
| V01.065.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный |
| V01.065.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный |
| V01.065.003 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный |
| V01.065.004 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный |
| V01.065.005 | Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный |
| V01.065.006 | Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный |
| V01.003.001 | Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом реаниматологом первичный |
| V01.003.002 | Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом реаниматологом повторный |
| V01.067.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный |
| V01.067.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный |
| V01.054.001** | Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта |

** может указываться повторно в другом сегменте «Z_SL.SL».

3. Коды оказанной стоматологической услуги по диспансерному приему (осмотру, консультации) указываются при каждом приеме данного врача-специалиста во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» сегмента

«Z_SL.SL.USL» сегмента «Z_SL.SL» в сегменте «Z_SL» (Сведения о законченном случае):

| | |
|--------------------|---|
| B04.064.001 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского |
| B04.065.005 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога, врача-стоматолога общей практики |
| B04.065.001 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта |
| B04.065.003 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача |

с соответствующим заполнением вложенных элементов сегментов «Z_SL.SL» и «Z_SL» значениями согласно Тарифного соглашения и соответствующих справочников/классификаторов, размещенных на официальном сайте ТФОМС Костромской области (oms44.ru) в подразделе «Справочники» раздела «Инф. взаимодействие».

2) дополнительно к вышеуказанным кодам **первичного/вторичного** приема (осмотра, консультация) врача-специалиста дополнительным/и вложенным/и сегментом/ами «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге) с кодами стоматологических услуг во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» согласно Приложению № 22 к Тарифному соглашению.

б) в сегменте «Z_SL.SL» (Сведения о случае) реестра счета:

- значение вложенного элемента «Z_SL.SL.ED_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (УЕТ)) должно соответствовать сумме значений (УЕТ) в элементах «Z_SL.SL.USL.KOL_USL» (Количество услуг (УЕТ)) оказанных стоматологических услуг застрахованному гражданину по данному случаю (в сегменте «Сведения об услуге») в УЕТ;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.T_KTG_KOL» (Количество выполненных процедур КТГ/Учет стоматологических посещений) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.KSG_KPG.N_KSG» (Номер КСГ) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.PRVS» (Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)) указывается значение из классификатора медицинских специальностей (V021);

- во вложенном элементе «Z_SL.T_USL_OK» (Код дополнительных сведений) указывается код «5» (Стоматологическая помощь) в соответствии с региональным классификатором «TFOMS_USL_OK»;

- во вложенных элементах «Z_SL.SL.KD» (Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)) указывается количество амбулаторных посещений, а не переводные из УЕТ. За **одно амбулаторное посещение** застрахованным гражданином медицинской организации (обращение по заболеванию) за один календарный день ставится значение «1» (при Z_SL.USL_OK=3 и Z_SL.T_USL_OK=5);

- во вложенных элементах «Z_SL.KD_Z» (Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)) указывается количество

амбулаторных посещений согласно количеству значений вложенных элементах «Z_SL.SL.KD» без значения/суммирования «Z_SL.SL.KD» (при наличии) из второго или более сегментов «Z_SL.SL» в один календарный день (при Z_SL.USL_OK=3 и Z_SL.T_USL_OK=5);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.TARIF» (Тариф) указывается значение тарифа, указанного в Таблице 4 (Тариф оказания стоматологической медицинской помощи) Приложения № 8 к Тарифному соглашению;

- во вложенных элементах «Z_SL.SL.SUM_M» (Стоимость случая, выставленная к оплате) указывается произведение значения тарифа «Z_SL.SL.TARIF» на значение вложенного элемента «Z_SL.SL.ED_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (в УЕТ)). Округление значения стоимости случая, выставленная к оплате осуществляется по результату умножения (применяется округление к ближайшему четному (банковское) - округляется до 2-го знака в зависимости от 3-го знака. Например, число 0,785 округляется до 0,78);

- во вложенных элементах «Z_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) указывается значение равное сумме значений «Z_SL.SL.SUM_M» вложенных элементов «Z_SL.SL»;

в) во вложенном сегменте «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге) сегмента «Сведения о случае»:

- вложенные элементы «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» (Код услуги) и «Z_SL.SL.USL.KOL_USL» (Количество услуг) заполняются соответствующими значениями кодов услуг и количества УЕТ согласно Приложению № 22 к Тарифному соглашению (Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях);

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

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.TARIF» (Тариф) (только в сегменте «Сведения об услуге») значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.PRVS» (Специальность медработника, выполнившего услугу) указывается значение из классификатора медицинских специальностей (V021);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_MD» (Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу) указывается уникальный идентификатор: СНИЛС врача (в формате 999-999-999 99).

10.5.3. При формировании реестров счетов по случаю лечения (IDSP=30) ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий у детей:

- формируется запись «ZAP» с сегментом «Z_SL» и одним сегментом «SL» к нему с количеством вложенных сегментов «USL» равным количеству

оказанных стоматологических услуг в реестре счетов только за **один календарный месяц**, в котором признаком результата обращения за медицинской помощью (Z_SL.RSLT) может быть «Лечение продолжено» (код «304») по классификатору результатов обращения за медицинской помощью (V009).