



**Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Костромской области**

**Информационное взаимодействие между
ТФОМС, МО и СМО при осуществлении
персонифицированного учета оказанной
медицинской помощи в формате XML
(версии 2.1.3)**

Приказ ТФОМС № 659 от 26 декабря 2014 года «О внесении изменений в приказ от 16 января 2014 года № 10» (в редакции от 21.05.2015)

Начальник отдела информационно-
аналитического обеспечения

Суясов И.В.

**Приказ ТФОМС Костромской области от 21 мая 2015 года № 250
«О внесении изменений в приказ ТФОМС Костромской области от 26
декабря 2014 года № 659»**

- в Приложении № 1 к приказу ТФОМС Костромской области № 10 от 16 января 2014 года Приложения к приказу ТФОМС Костромской области от 26.12.2014 года № 659 (в ред. от 10.04.2015):

а) изменить наименование заголовка «Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML (версии 2.1.2)» на новое наименование «Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML (версии 2.1.3)»;

б) в таблице 1 (Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи) раздела 1 Информационного взаимодействия в строке «ZGLV.VERSION» (вложенный элемент «VERSION» сегмента «ZGLV» (Заголовок файла)) в столбце «Дополнительная информация» **заменить** словосочетание «Текущей редакции соответствует значение «2.1.2» на следующее словосочетание «Текущей редакции соответствует значение «2.1.3»»:

Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «2.1.3».



**Приказ ТФОМС Костромской области от 21 мая 2015 года № 250
«О внесении изменений в приказ ТФОМС Костромской области от 26
декабря 2014 года № 659»**

в) в таблице 1 (Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи) раздела 1 Информационного взаимодействия в строке «SLUCH.T_KUR_K» (вложенный элемент «T_KUR_K» сегмента «SLUCH» (Сведения о случае)) в столбце «Наименование» раздела «Региональные поля» заменить словосочетание «Коэффициент сложности курации пациента» на следующее словосочетание «Коэффициент сложности лечения пациента»:

SLUCH	T_KUR_K	У	N(6.4)	Коэффициент сложности лечения пациента	Согласно тарифного соглашения.
-------	---------	---	--------	--	--------------------------------

Порядок применения коэффициента сложности лечения пациента изложен в Приложении № 6 к протоколу заседания комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования № 5 от 07.05.2015 года.

Решение о выборе категории сложности лечения пациента принимается лечащим врачом, заведующим отделением и заместителем главного врача медицинской организации по лечебной работе, оформляется соответствующим протоколом.

Возрастные группы пациентов: от 0 до 4 лет, от 75 лет и старше - являются строго установленными для применения коэффициента сложности лечения, и не требуют оформления в соответствующей медицинской документации.



**Приказ ТФОМС Костромской области от 21 мая 2015 года № 250
«О внесении изменений в приказ ТФОМС Костромской области от 26
декабря 2014 года № 659»**

г) в таблице 1 (Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи) раздела 1 Информационного взаимодействия строку «SLUCH.T_STOM_K» (вложенный элемент «T_STOM_K» сегмента «SLUCH» (Сведения о случае)) раздела «Региональные поля» удалить:

SLUCH	T_STOM_K	У	N(6.4)	Коэффициент по стоматологии за наркоз	Для стоматологической помощи. При применении <u>внутривенного</u> наркоза при лечении стоматологических заболеваний производится единовременная доплата в размере коэффициента к тарифу КСГ при условии занесения в поле «код услуги» - В01.003.004.009 «Тотальная внутривенная анестезия».
-------	----------	---	--------	---------------------------------------	--



Приказ ТФОМС Костромской области от 21 мая 2015 года № 250 «О внесении изменений в приказ ТФОМС Костромской области от 26 декабря 2014 года № 659»

- в Приложении № 3 к информационному взаимодействию (относящегося к Разделу 2 Приложения № 1 к приказу ТФОМС Костромской области № 10 от 16 января 2014 года Приложения к приказу ТФОМС Костромской области от 26.12.2014 года № 659 (в ред. от 10.04.2015)):

а) изменить наименование пункта 1 «1. Диспансеризация определенных групп взрослого населения, в том числе и участников Великой Отечественной войны» на новое наименование «1. Диспансеризация определенных групп взрослого населения»;

б) заменить Таблицу 1 (Справочник кодов медицинских услуг, осмотров врачами-специалистами (фельдшером, акушеркой), исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе и участников Великой Отечественной войны) на Таблицу 1. (Справочник кодов медицинских услуг, осмотров врачами-специалистами (фельдшером, акушеркой), исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения) Приложения № 1 к Регламенту взаимодействия при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения (приказ ТФОМС № 147 от 01.04.2015 года «О регламенте взаимодействия при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения») (Приложение к настоящему приказу).

2. МО и СМО до 01.06.2015 года внести соответствующие изменения в программное обеспечение для формирования реестров счетов и проведению медико-экономического контроля в соответствии с настоящим приказом.

3. Приказ вступает в силу с даты подписания и распространяется на случаи оказания медицинской помощи с 01.06.2015 года.



Замечания

к заполнению вложенных элементов (полей) при формировании реестров счетов в МО

в соответствии с приказом ТФОМС Костромской области от 26 декабря 2014 года № 659 (в ред. от 21.05.2015) «Об утверждении Информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML» (версии 2.1.3)



Заполнение элемента «IDSP» (Код способа оплаты медицинской помощи)

Код «IDSP»	Наименование способа оплаты медицинской помощи*
1. По оказанной амбулаторно-поликлинической помощи:	
26	По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за посещение - при формировании случая «посещение с профилактической и иными целями»
27	По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за обращение (законченный случай) - при формировании случая «обращение (законченный случай)»
28	(За медицинскую услугу в поликлинике) при оказании комплексной услуги застрахованному гражданину
29	(За посещение в поликлинике) при посещении медицинской организации застрахованным гражданином с профилактической целью
30	Законченный случай обращения в поликлинике
41	Посещение в связи с оказанием неотложной помощи
* При подушевом финансировании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях во вложенных элементах «TARIF» и «SUMV» указываются значения «0» или «0.00»	

Школа пациента при формировании случая «обращение» по подушевому нормативу финансирования. В «TARIF» и «SUMV» -> значения «0».

27	По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за обращение (законченный случай) - при формировании случая «обращение (законченный случай)» В «TARIF» и «SUMV» -> значения «0».
28	(За медицинскую услугу в поликлинике) при оказании комплексной услуги застрахованному гражданину (Школа пациента). В «TARIF» и «SUMV» -> значения «0».



Информация о соответствии кодов V006 кодам V008 (Классификатор видов медицинской помощи) для использования в работе при формировании и выставлении реестров счетов:

1) V006 (Классификатор условий оказания медицинской помощи):

Код V006	Наименование V006 (USL_OK)	Код V008 (VIDPOM)
1	Стационарно	31 или 32
2	В дневном стационаре	12 или 13
3	Амбулаторно	11, 12 или 13
4	Вне медицинской организации	21

2) Соответствие кодов V006 кодам V008 (Классификатор видов медицинской помощи) при выставлении реестров счетов:

Код V008	Наименование видов медицинской помощи (V008) (VIDPOM)	Коды V006 (USL_OK)
1	Первичная медико-санитарная помощь	Применение данных кодов не допускается!
2	Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь	
3	Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	
11	первичная доврачебная медико-санитарная помощь (фельдшер, акушерка и другие медицинские работники со средним медицинским образованием, в том числе фельдшер, акушерка с возложением на них отдельных функций лечащего врача) Зубной врач	3
12	первичная врачебная медико-санитарная помощь (врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач-педиатр, врач-педиатр участковый и врач общей практики (семейными врачами))	2 или 3
13	первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами (врачи-специалисты, кроме указанных в кодах 11 и 12 (V008)). Врач-стоматолог	2 или 3
21	скорая специализированная медицинская помощь	4
22	санитарно-авиационная медицинская помощь	не применяется
31	специализированная медицинская помощь	1
32	высокотехнологичная специализированная медицинская помощь	1
4	Паллиативная медицинская помощь	не применяется



Информация о соответствии кодов V006 кодам TFOMS_USL_OK (Классификатор дополнительных сведений) для использования в работе при формировании и выставлении реестров счетов:

Коды T_USL_OK	Наименование кодов из классификатора дополнительных сведений (TFOMS_USL_OK)	Код V006
Список кодов T_USL_OK применяемых МО при выставлении реестров счетов		
1	Поликлиническая помощь	3
2	Стационарная помощь	1
3	Дневной стационар	2
5	Стоматологическая помощь	3
8	Медицинская помощь новорожденному в стационаре	1
10	Медицинская помощь новорожденному в поликлинике	3
51	Диспансеризация взрослого населения 1 этап	3
52	Диспансеризация взрослого населения 2 этап	3
53	Профилактический медицинский осмотр взрослого населения	3
54	Диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 1 этап	3
55	Диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2 этап	3
56	Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних 1 этап	3
57	Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних 2 этап	3
58	Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетних 1 этап	3
59	Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетних 2 этап	3
60	Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних	3
61	Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 1 этап	3
62	Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 2 этап	3
71	Вызов скорой медицинской помощи	4
75	Безрезультативный вызов скорой медицинской помощи	4
79	Медицинская эвакуация	4



Информация о соответствии кодов V006 кодам TFOMS_USL_OK (Классификатор дополнительных сведений) для использования в работе при формировании и выставлении реестров счетов:

Коды T_USL_OK	Наименование кодов из классификатора дополнительных сведений (TFOMS_USL_OK)	Код V006
Список кодов T_USL_OK не применяемых при выставлении реестров счетов		
4	Дневной стационар при поликлинике	-
6	Скорая медицинская помощь (Вместо 6 ставятся коды 71, 75 или 79!)	-
9	Консультация врача в стационаре	-
11	Дневной стационар на дому	-
12	Медицинская помощь новорожденному на дневном стационаре на дому	-
13	Медицинская помощь новорожденному на дневном стационаре при поликлинике	-
14	Диспансеризация 14-летних подростков	-
15	Диспансеризация учащихся и студентов	-
63	Диспансеризация участников ВОВ 1 этап	-
64	Диспансеризация участников ВОВ 2 этап	-



Замечания

к заполнению вложенных элементов (полей) при формировании реестров счетов по проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения в МО в соответствии:

- с приказом ТФОМС Костромской области от 01 апреля 2015 года № 147 «О регламенте взаимодействия при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Диспансерному осмотру подлежат группы взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше):

- 1) Работающие граждане;
- 2) Неработающие граждане;
- 3) Обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.

Диспансеризация определенных групп взрослого населения проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды, предусмотренные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03 февраля 2015 года № 36н, за исключением:

- инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий)

- лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда" и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

- бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий),

которые проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста.



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

От 01 апреля 2015 года № 147

г. Кострома

О регламенте взаимодействия при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения



В старом приказе ТФОМС КО от 01.04.2015 № 147 в 1 этапе

	16. Ультразвуковое исследование (УЗИ) на предмет исключения новообразований органов брюшной полости, малого таза и аневризмы брюшной аорты
	Для женщин:
A04.15.001	УЗИ поджелудочной железы
A04.28.002.001	УЗИ почек
	УЗИ матки и яичников (один из кодов)
A04.20.001	УЗИ матки и придатков трансабдоминальное
A04.20.001.001	УЗИ матки и придатков трансвагинальное
	Для мужчин:
A04.15.001	УЗИ поджелудочной железы
A04.28.002.001	УЗИ почек
A04.21.001	УЗИ простаты
A04.12.003	УЗИ брюшной аорты
A02.26.015	17. Измерение внутриглазного давления.

В новом приказе ТФОМС КО от 01.04.2015 № 147 во 2 этапе

	16. Ультразвуковое исследование (УЗИ) на предмет исключения новообразований органов брюшной полости, малого таза и аневризмы брюшной аорты
	Для мужчин и женщин:
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)
	УЗИ матки и яичников (один из кодов)
A04.20.001	УЗИ матки и придатков трансабдоминальное
A04.20.001.001	УЗИ матки и придатков трансвагинальное
	Для мужчин:
A04.21.001	УЗИ простаты



В старом приказе ТФОМС КО от 01.04.2015 № 147 в 2 этапе

В04.057.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга по замене: - Профилактического приема (осмотр, консультация) врача-уролога; - Профилактического приема (осмотр, консультация) врача-колопроктолога.
В04.023.002	Профилактический прием (осмотр/консультация) у врача-невролога (3. Осмотр (консультация) врачом-неврологом (в случае указания или подозрения на раннее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу, а также в случаях первичного выявления нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрения на депрессию у граждан в возрасте 75 лет и старше).
В04.053.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога (4. Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин при впервые выявленных по результатам анкетирования признаках патологии мочеполовой системы или при отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям предстательной железы, а также для мужчин вне зависимости от возраста в случае подозрения на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам ультразвукового исследования)).

В новом приказе ТФОМС КО от 01.04.2015 № 147 во 2 этапе

	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга по замене:
В04.057.002.053	- Профилактического приема (осмотр, консультация) врача-уролога;
В04.057.002.018	- Профилактического приема (осмотр, консультация) врача-колопроктолога.



1. При формировании и заполнении реестров оказанной медицинской помощи по диспансеризации определенных групп взрослого населения необходимо руководствоваться следующим:

1) Законченный случай диспансеризации по 1 этапу оформляется:

- одной реестровой записью законченного случая, в которой фиксируется посещение врача-терапевта, завершающего диспансеризацию по первому этапу (врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-терапевта участкового цехового лечебного участка, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера (в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача) (далее - **врача-терапевта)), в сегменте «Сведения о случае» и дополнительными записями в разделах «Сведения об услуге» этого сегмента, в которых фиксируются опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (**начало осмотра**), заключительный профилактический прием врача-терапевта, завершающего диспансеризацию по первому этапу, исследования или сведения об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации **по 1 этапу**, согласно Таблицы 1 (Справочник кодов медицинских услуг) Приложения № 1 к настоящему Регламенту.**



2) **Законченный случай** диспансеризации по 2 этапу оформляется:

- **одной реестровой записью законченного случая**, в которой фиксируется посещение врача-терапевта, завершающего диспансеризацию по второму этапу, в сегменте «**Сведения о случае**» и дополнительными записями в разделе «**Сведения об услуге**» этого сегмента, в которых фиксируются профилактический прием (**начало осмотра**) врача-терапевта по 2 этапу (который также является профилактическим приемом врача-терапевта, завершившего диспансеризацию по 1 этапу), заключительный прием (профилактический прием) врача-терапевта, завершающего диспансеризацию по второму этапу, осмотры (консультации) врачей-специалистов, исследования или сведения об иных медицинских мероприятиях, необходимость проведения которых определена по результатам первого этапа диспансеризации и входящих в объем диспансеризации **по 2 этапу**, согласно Таблицы 1 (Справочник кодов медицинских услуг) Приложения № 1 к настоящему Регламенту.



Заполнение сегмента «Сведения об услуге»:

1.3. Во вложенном элементе «**TARIF**» (Тариф) (только в сегменте «Сведения об услуге») значение устанавливается по тарифу диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно Приложения № 7б к Тарифному соглашению.

1.4. Во вложенном элементе «**KOL_USL**» (Количество услуг) указывается значение «1».

1.5. Во вложенном элементе «**SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) значение устанавливается по тарифу диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно Приложения № 7б (1 этап) и № 7в (2 этап) к Тарифному соглашению.

1.6. Во вложенном элементе «**CODE_USL**» (Код услуги) значение указывается в соответствии с Таблицей 1 Приложения № 1 к настоящему Регламенту (в соответствии со значением вложенного элемента «**TARIF**» сегмента «Сведения об услуге»)).

Заполнение сегмента «Сведения о случае»:

7. Во вложенном элементе «**ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) значение равно «1».

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

9. Во вложенном элементе «**SUMV**» (Сумма, выставленная к оплате) значение ставится согласно **суммы значений** вложенных элементов «**SUMV_USL**» сегментов «**USL**» в случае «**SLUCH**».



Заполнение сегмента «Сведения о случае»:

2. Во вложенном элементе «**DISP**» (Тип диспансеризации) указывается значение «**ДВ1**» (Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения) или «**ДВ2**» (Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения).

3. Во вложенном элементе «**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 «**74**» (Врач-терапевт участковый цехового врачебного участка);
- код «**38**» (Врач общей практики (семейный врач)).

Также может указываться код:

- код «**115**» (Фельдшер) (В случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению диспансеризации).

Заполнение сегмента «Сведения об услуге»:

1. Заполнение записей в разделах «Сведения об услуге», в которых фиксируются:

- исследования и иные медицинские мероприятия (в том числе анкетирование (начало осмотра));
- заключительный прием (профилактический прием) врача-терапевта, завершающего диспансеризацию по первому этапу, выполненные в рамках проведения диспансеризации по 1 этапу, осуществляется в соответствии с Таблицей 1 Приложения № 1 к настоящему Регламенту.

При выполнении 1 и 2 этапов диспансеризации

2. Во всех вложенных элементах «**USL.DATE_IN**» (Дата начала оказания услуги) и «**USL.DATE_OUT**» (Дата окончания оказания услуги) указывается дата (даты) выполненной услуги при проведении диспансеризации по 1 этапу. Значения дат во вложенных элементах «**USL.DATE_IN**» (Дата начала оказания услуги) и «**USL.DATE_OUT**» (Дата окончания оказания услуги) должны входить в диапазон между «**USL.DATE_1**» (Дата начала лечения) и «**USL.DATE_2**» (Дата окончания лечения) диспансеризации по 1 этапу, кроме случаев наличия у гражданина результатов осмотров, исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации согласно пунктам 13.1 Порядка, **которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации** (решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятия в рамках диспансеризации принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина). В этих случаях во вложенных элементах:

- «**USL.DATE_IN**» (Дата начала оказания услуги) и «**USL.DATE_OUT**» (Дата окончания оказания услуги) указывается **дата (даты) оказанной медицинской услуги** (осмотра/ исследования);

- «**USL.TARIF**» (Тариф) (сегменты «**USL**») указывается значение «**0**» или «**0.00**»;

- «**USL.SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) (сегменты «**USL**») указывается значение «**0**» или «**0.00**»;

- «**USL.KOL_USL**» (Количество услуг) указывается значение «**1**»;

- «**USL.CODE_USL**» (Код услуги) значение указывается в соответствии с Таблицей 1 Приложения № 1 к настоящему Регламенту.

Раздел 4. Оформление отказа застрахованного гражданина от прохождения отдельных осмотров или исследований в сегменте «Сведения об услуге» реестров счетов по проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения по 1 и 2 этапу.

Гражданин вправе отказаться (пункт 8 Порядка) от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации, с оформлением письменного отказа.

Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в рамках территориальной программы в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина. При отказе гражданина от проведения отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации (пункт 8 Порядка), данные виды медицинских вмешательств не подлежат оплате и учету в качестве выполненного объема диспансеризации (до 85% и более).

Примечание: Осмотры врачами-специалистами и исследования выполненные ранее вне рамок диспансеризации и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров должны составлять не более 15%.

При формировании реестра счета по результатам проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения **при отказе** застрахованного гражданина от прохождения отдельных осмотров или исследований сегмент «Сведения об услуге» со сведениями об не пройденных осмотрах или исследованиях **подлежит заполнению** согласно Таблицы 6 Раздела 2 Приложения № 1 к приказу ТФОМС Костромской области от 26 декабря 2014 года № 659 (в ред. от 31.03.2015) со следующими изменениями в указании значений во вложенных элементах:



- Во вложенном элементе «**CODE_USL**» (Код услуги) указывается значение кода медицинской услуги в соответствии с Таблицей 1 (Справочник кодов медицинских услуг) Приложения № 1 к настоящему Регламенту;

- Во вложенном элементе «**KOL_USL**» (Количество услуг) указывается значение «**0**» (или «**0.00**») (Обозначение отказа гражданина);

- Во вложенных элементах «**DATE_IN**» (Дата начала оказания услуги) и «**DATE_OUT**» (Дата окончания оказания услуги) сегмента «**Сведения об услуге**» указывается дата оформления отказа гражданина в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 20 декабря 2012 года № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»;

- Во вложенных элементах «**PRVS**» (Специальность медработника, выполнившего услугу) и «**CODE_MD**» (Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу) сегмента «**Сведения об услуге**» указывается «**0**» на медицинского работника, **не оказавшего** медицинскую услугу по отказу;

- Во вложенном элементе «**TARIF**» (Тариф) (только в сегменте «Сведения об услуге») значение не указывается и сами теги не прописываются;

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



1. Классификатор типов диспансеризации (V016).

Код типа диспансеризации (DISP)	Наименование типа диспансеризации	Допустимые для данного типа диспансеризации значения результата диспансеризации (V017)	
		с 01.04.2015 по 31.12.2015	с 01.01.2016
ДВ1	Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения	1, 2, 3*, 31, 32, 11, 12, 13*, 14, 15	1, 2, 31, 32, 11, 12, 14, 15
ДВ2	Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения	1, 2, 3*, 31, 32	1, 2, 31, 32

Имена двух файлов и файл архива информационного пакета (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

- для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения:

DPPiNiPpNr_YYMMN.XML – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по 1 этапу,

DVPiNiPpNr_YYMMN.XML – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по 2 этапу,

LPPiNiPpNr_YYMMN.XML (LVPiNiPpNr_YYMMN.XML) – файл персональных данных по 1 этапу (2 этапу).



2. Классификатор результатов диспансеризации (V017).

Код результата диспансеризации	Наименование результата диспансеризации
1	Присвоена I группа здоровья
2	Присвоена II группа здоровья
3	Присвоена III группа здоровья (до 01 июня 2015 года)
31	IIIа группа состояния здоровья (с 01 июня 2015 года)
32	IIIб группа состояния здоровья (с 01 июня 2015 года)
11	Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена I группа здоровья
12	Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена II группа здоровья
13	Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена III группа здоровья (до 01 июня 2015 года)
14	Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена IIIа группа здоровья (с 01 июня 2015 года)
15	Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена IIIб группа здоровья (с 01 июня 2015 года)



3. Классификатор дополнительных сведений (TFOMS_USL_OK).

Во вложенном элементе «**TFOMS_USL_OK**» (Классификатор дополнительных сведений) для отражения в реестрах счетов законченных случаев оказанной медицинской помощи при прохождении диспансеризации определенных групп взрослого населения указываются следующие значения:

T_USL_OK	Наименование (Классификатор дополнительных сведений)
51	Диспансеризация взрослого населения 1 этап
52	Диспансеризация взрослого населения 2 этап



4. Вложенный элемент «RSLT_D» (Результат диспансеризации).

Во вложенном элементе «RSLT_D» (Результат диспансеризации) (в формате N(2)) из классификатора «V017» (Классификатор результатов диспансеризации) согласно классификатора «V016» (Классификатор типов диспансеризации):

- при завершении диспансеризации 1 этапом указывается один из кодов результата диспансеризации:

Код	Результат диспансеризации / медицинского осмотра
1	Присвоена I группа здоровья
2	Присвоена II группа здоровья
31	Присвоена IIIa группа здоровья
32	Присвоена IIIб группа здоровья

При направлении врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации на дополнительное обследование, индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) (на второй этап диспансеризации) указывается один из кодов результата диспансеризации (Таблица 4 Приложения № 1 к настоящему Регламенту):

Код	Наименование результата диспансеризации
11	Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена I группа здоровья
12	Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена II группа здоровья
14	Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена IIIa группа здоровья
15	Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена IIIб группа здоровья



I группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование;

II группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).



Ша группа состояния здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании (По результатам дополнительного обследования группа состояния здоровья гражданина может быть изменена. При наличии у пациента и хронических неинфекционных заболеваний, и других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения, его включают в Ша группу состояния здоровья);



Шб группа состояния здоровья - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане с Ша и Шб группами состояния здоровья подлежат **диспансерному наблюдению** врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам с Ша группой состояния здоровья, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, и гражданам с Шб группой состояния здоровья, имеющим высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск, проводится коррекция имеющихся факторов риска (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и (или) групповое профилактическое консультирование) в рамках диспансеризации в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте (Для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в удаленной или труднодоступной местности).





**Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Костромской области**

**Порядок информационного взаимодействия при
осуществлении информационного сопровождения
застрахованных лиц при организации оказания им
медицинской помощи страховыми медицинскими
организациями в сфере обязательного медицинского
страхования**

(учет госпитализации застрахованных граждан)

Документы:

- приказ Минздрава России от 20.11.2013 года № 859ан «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н»;

- приказ ФФОМС от 20.12.2013 года № 263 «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования»;

- приказ ТФОМС Костромской области от 14.02.2014 года № 68 «О порядке информационно взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования»;

- приказ ТФОМС Костромской области от 28.02.2014 года № 97 «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования»;

.



- письмо ТФОМС Костромской области от 13 марта 2014 года № 678 «О предоставлении сведений о госпитализации в XLS и XML формате»;
- письмо ТФОМС Костромской области от 28 марта 2014 года № 851 «О бланке направления на госпитализацию» в ДЗО;
- письмо ТФОМС Костромской области от 24 апреля 2014 года № 1147 «О заполнении полей согласно приказов ТФОМС Костромской области от 14.02.2014 г. № 68 и от 28.02.2014г. № 97»;
- приказ ТФОМС Костромской области от 29 апреля 2014 года № 233 «О внесении изменений в приказы ТФОМС Костромской области от 14.02.2014 № 68 и от 28.02.2014 № 97»;
- письмо ТФОМС Костромской области от 03 июля 2014 г. № 1812 «О наименовании XLS-файлов информационного взаимодействия, передаваемых согласно приказа ТФОМС Костромской области от 14.02.2014 года № 68 (в ред. от 29.04.2014);
- приказ ДЗО от 07.07.2014 года № 447 «Об утверждении формы бланка «Направление на госпитализацию» - **ОТМЕНЕН**;
- приказ ДЗО от 13.04.2015 года № 231 «О реализации приказа Министерства здравоохранения РФ от 02 декабря 2014 года № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе и высокотехнологичной, медицинской помощи»;
- протокол заседания рабочей группы с программистами МО от 04.09.2014 года (тема заседания: информирование застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи, оказанной им в рамках программ обязательного медицинского страхования) вопрос о госпитализации





ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от «13» 04 2015 года
О реализации приказа Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 02 декабря 2014 года №796н «Об утверждении
положения об организации оказания
специализированной, в том числе
высокотехнологичной, медицинской помощи»

№ 231

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора департамента Костромской области по лечебно-профилактической помощи населению Е.Е.Смирнову.

Директор департамента

А.В.Князев

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 декабря 2014 года № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Руководителям областных государственных бюджетных учреждений здравоохранения Костромской области организовать:

1) направление жителей Костромской области на оказание специализированной медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 декабря 2014 года № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» с учетом максимального использования возможностей учреждений здравоохранения Костромской области;

2) оформление направления на госпитализацию (консультацию) на оказание специализированной медицинской помощи в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

3. Считать утратившим силу приказ департамента здравоохранения Костромской области от 07 июля 2014 года № 447 «Об утверждении формы бланка «Направление на госпитализацию».



ПШТАМП МО

(наименование медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ (КОНСУЛЬТАЦИЮ)

№ 1

от « ___ » _____ 201_ г.

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Дата госпитализации: . . г.

(Предоставляется на руки пациенту)

1	Фамилия, имя, отчество застрахованного лица	
2	Дата рождения	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> г.
3	Пол	<input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж
4	Адрес регистрации	
5	СНИЛС	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Серия и номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
7	Наименование СМО	
8	Вид медицинской помощи	<input type="checkbox"/> СМП <input type="checkbox"/> ВМП
9	Форма госпитализации	<input type="checkbox"/> Плановая <input type="checkbox"/> Неотложная
10	Потребность в оперативном вмешательстве	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11	Профиль медицинской помощи	
12	Условия оказания медицинской помощи	<input type="checkbox"/> Стационарно <input type="checkbox"/> Дневной стационар
13	Диагноз, код по МКБ-10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Медицинские показания для госпитализации	<input type="checkbox"/> 1. наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме в целях диагностики и лечения; <input type="checkbox"/> 2. наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации; <input type="checkbox"/> 3. наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, представляющего угрозу жизни и здоровью окружающих (изоляция пациента, в том числе по эпидемическим показаниям); <input type="checkbox"/> 4. риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением;

<input type="checkbox"/>	5. отсутствие возможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневного стационара в связи с возрастом пациента (дети, престарелые граждане) и инвалидностью I группы.
--------------------------	---

15	Результаты лабораторных, инструментальных и других видов диагностики (указать дату, номер, заключение), подтверждающих установленный диагноз ²	
16	Должность медицинского работника, направившего больного	

Медицинский работник _____ (подпись, заверяется личной печатью) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением (председатель ВК)³
(заполняется при направлении на ВМП) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
М.П.

Примечания:
¹ - в номере направления указываются: 1-6 символы – реестровый номер медицинской организации, 7-12 символы - код подразделения медицинской организации*, 13-14 символы – последние 2 цифры года, 15-16 символы – 2 цифры месяца*, 17-18 символы – 2 цифры дня выписки направления*, 19-21 символы - порядковый номер направления за сутки* (* слева добивается нулями);
² – указываются в соответствии с порядками направления на госпитализацию в медицинские организации, утвержденными приказами Департамента здравоохранения Костромской области на амбулаторном этапе;
³ - направление на ВМП не действительно без заполнения данной строки и печати для документов медицинской организации.



14

Медицинские показания для госпитализации

1. наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме в целях диагностики и лечения;

2. наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации;

3. наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, представляющего угрозу жизни и здоровью окружающих (изоляция пациента, в том числе по эпидемическим показаниям);

4. риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением;

5. отсутствие возможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневного стационара в связи с возрастом пациента (дети, престарелые граждане) и инвалидностью 1 группы.

Приказ
департамента здравоохранения Костромской области
от 07.07.2014 года № 447

«Об утверждении формы бланка «Направление на
госпитализацию»



Приложение к приказу
департамента здравоохранения
Костромской области

7» 04 2014 г. № 444

Форма «Направление на госпитализацию»

(наименование медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

№

от «__» _____ 201__ г.

В номере указываются: 1-6 символы – реестровый номер медицинской организации, 7-12 символы – код подразделения медицинской организации*, 13-14 символы – последние 2 цифры года, 15-16 символы – 2 цифры месяца*, 17-18 символы – 2 цифры дня выписки направления*, 19-21 символы – порядковый номер направления за сутки* (* слева добавляется нулями)

(Предоставляется на руки пациенту)

1	Фамилия, имя, отчество застрахованного лица	
2	Дата рождения	
3	Пол	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
4	Адрес регистрации	
5	Тип документа, серия, номер документа, удостоверяющего личность	(Паспорт гражданина РФ или т.д.)
6	СНИЛС	
7	Тип документа подтверждающего факт страхования	1 - Полис старого образца; 2 - Временное свидетельство; 3 - Полис нового образца; 4 - Электронный полис; 5 – УЭК
8	Серия и номер документа подтверждающего факт страхования по ОМС	
9	СМО	
10	Территория страхования	
11	МО прикрепления застрахованного лица	
12	Контактный телефон застрахованного лица	
13	МО, в которое направляется	
14	Форма госпитализации	<input type="checkbox"/> Плановая <input type="checkbox"/> Неотложная
15	Требуется оперативное вмешательство	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16	Дата госпитализации	
17	Профиль медицинской помощи	
18	Код диагноза по МКБ-10	
19	Врач, направивший на госпитализацию (СНИЛС, фамилия имя, отчество)	

МП _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Контактные телефоны уполномоченных лиц:
амбулаторно-поликлинической службы _____
СМО _____



Письмо ТФОМС Костромской области

от 24 апреля 2014 года № 1147

«О заполнении полей согласно приказов ТФОМС
Костромской области от 14.02.2014 г. № 68 и от
28.02.2014г. № 97»



При отсутствии реестровых номеров медицинских организаций и кодов подразделений данных медицинских организаций в справочнике «TFOMS_PODR» (Региональный справочник кодов подразделений и отделений медицинских организаций Костромской области):

-в полях «Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию» и «Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию» (Приложение № 2 приказа ТФОМС Костромской области от 14.02.2014 г. № 68) указывается полное наименование МО и (при наличии) полное наименование подразделения данной МО. Данные сведения предоставляются отдельным реестром в XLS-формате;

-во вложенных элементах «LPU_G» (Т(6)) и «LPU_GP» (Т(8)) Таблицы 2 Приложения № 1 приказа ТФОМС Костромской области от 28.02.2014г. № 97 указывается полное наименование МО и (при наличии) полное наименование подразделения данной МО с изменением формата вложенных элементов на Т(150).

Данные сведения предоставляются отдельным счетом и реестром счета в XML-формате.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
PACIENT	LPU_G	O	Вместо Т(6) применяется Т(150)	Вместо реестрового номера медицинской организации, направившей на госпитализацию	Заполняется в соответствии со справочником «Реестр МО». При отсутствии реестрового номера указывается полное наименование МО.
	LPU_GP	У	Вместо Т(8) применяется Т(150)	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	При отсутствии реестрового номера МО и далее при отсутствии кода подразделения указывается полное наименование подразделения МО.



Письмо ТФОМС Костромской области

от 03 июля 2014 г. № 1812

«О наименовании XLS-файлов информационного взаимодействия, передаваемых согласно приказа ТФОМС Костромской области от 14.02.2014 года № 68 (в ред. от 29.04.2014)



Файлы направляемые в соответствии с Приложением № 7 «Схема информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в Костромской области» к приказу ТФОМС Костромской области от 14.02.2014 года № 68 (в ред. от 29.04.2014) в МО и СМО имеют формат XLS и при передаче должны быть упакованы в архив формата ZIP.

С 01 июля 2014 года имя файла и имя архива файла (информационного пакета) (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

XXPiNiPpNr_DDYYMMN.XLS (XXPiNiPpNr_DDYYMMN.ZIP), где

XX	– Параметр, определяющий передаваемые данные:	
1X	–	Состав сведений о направлении на госпитализацию (Приложение № 1), где символ «X» является константой;
2X	–	Состав сведений о госпитализации по направлению (в том числе при переводе из других медицинских организаций и в рамках одной медицинской организации) (Приложение № 2);
3X	–	Состав сведений об экстренной госпитализации (Приложение № 3);
4X	–	Состав сведений об аннулировании направления на госпитализацию (Приложение № 4);
5X	–	Состав сведений о пациентах, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (Приложение № 5);
6X	–	Состав сведений о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учетом периода ожидания (Приложение № 6).



Pi	– Параметр, определяющий организацию-источник:	
	T	– ТФОМС;
	S	– СМО;
	M	– МО.
Ni	– Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).	
Pp	– Параметр, определяющий организацию-получателя:	
	T	– ТФОМС;
	S	– СМО;
	M	– МО.
Np	– Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).	
YY	– Две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.	
MM	– Порядковый номер месяца отчетного периода.	
DD	– Порядковый номер дня в месяце отчетного периода.	
N	– Порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.	

При одновременном выставлении файлов информационного взаимодействия разными подразделениями одной медицинской организации порядковый номер пакета (**N**) возможно формировать в следующем виде: «**YXXXX**», где:

- «**Y**» - может принимать следующее значение:

1 – стационар, 2 – дневной стационар, 3 – поликлиника (1-ая); 4 – поликлиника (2-ая) и т.д.;

- «**XXXX**» - Порядковый номер пакета (4 разряда).

Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.



**Порядок
информирования застрахованных лиц о стоимости
оказанной им медицинской помощи в рамках программ
обязательного медицинского страхования**

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования (далее – Порядок) разработан для реализации мероприятий по выполнению поручения Президента Российской Федерации от 25 июля 2014 г. №Пр-1788 о внедрении в систему обязательного медицинского страхования формы индивидуального информирования застрахованных лиц, содержащей перечень оказанных медицинских услуг и их стоимость, в целях формирования у застрахованного лица объективного представления о затратах на оказанную ему медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования.

1.2. Настоящий Порядок является временным и действует до утверждения нормативного правового документа, регулирующего порядок информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования (далее – информирование).

1.3. Информирование осуществляется по случаям оказания медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.



1.4. Информирование осуществляется медицинскими организациями по случаям медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара и в амбулаторно-поликлинических условиях по следующим видам медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь (педиатр, терапевт, семейный врач, фельдшер, акушер);
- первичная специализированная медико-санитарная помощь (врачи-специалисты и исследования в объеме не менее, чем в Приложении № 1 к настоящему Порядку);
- специализированная медицинская помощь;
- высокотехнологичная специализированная медицинская помощь.

1.5. Результатом информирования является выдача застрахованному лицу или его представителю (в присутствии застрахованного лица) справки о стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках программ обязательного медицинского страхования (далее – Справка). Состав и расположение сведений в Справке приведены в Приложении 2 к настоящему Порядку. Требований к размерам Справки не предъявляется.



1.6. Справка выдается всем застрахованным лицам или их представителям.

1.7. Справка формируется непосредственно из программного обеспечения медицинской организации.

1.8. Для информирования застрахованных лиц используется стоимость медицинской помощи, определяемая Тарифным соглашением на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан в Костромской области, заключенным на соответствующий финансовый год (далее – тарифное соглашение).

1.9. Факт выдачи Справки подтверждается корешком, который подшивается и хранится в первичных медицинских документах (медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного). Отказ от получения справки под роспись застрахованного лица или его представителя также регистрируется в первичных медицинских документах.

1.10. Руководитель медицинской организации определяет медицинских работников, в обязанности которых входит выдача Справок, и назначает ответственное лицо по обеспечению информирования в медицинской организации.



2. Особенности информирования застрахованных лиц при оказании различных видов медицинской помощи

2.1. Информирование застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

2.1.1. Информирование застрахованных лиц, получивших медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, должно производиться непосредственно после посещения врача, осмотра или диагностического обследования или после завершения обращения к врачу по поводу заболевания (при закрытии «Талона амбулаторного пациента» - учетной формы №025-12/У, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 №255).

2.1.2. Для информирования застрахованных лиц используется стоимость медицинской помощи, определяемая на основе тарифов на оплату единиц объема медицинской помощи и отдельных медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, для осуществления межучрежденческих и межтерриториальных расчетов, а также для оплаты медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.



2.2. Информирование застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в условиях стационара (дневного стационара любого типа)

2.2.1. Информирование застрахованного лица о стоимости медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного или дневного стационара, осуществляется при выписке застрахованного лица.

2.2.2. Для информирования застрахованных лиц используется стоимость медицинской помощи, определяемая на основе тарифов на оплату единиц объема медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

3. Требования к материально-техническому и информационно-технологическому обеспечению процесса информирования

3.1. Для целей информирования рабочие места врачей, ответственных за выписку и выдачу Справки застрахованному лицу, должны быть оборудованы средствами вычислительной и копировально-множительной техники, прикладным программным обеспечением для ведения персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования.



4. **Заключительные положения.**

4.1. Стоимость оказанной медицинской помощи, указанная в Справке, приводится без учета результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Приложение № 1
к Порядку информирования

Перечень диагностических и лечебных услуг для информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи

№ п/п	Наименование услуги
1.	<u>Кардиотокография</u> плода
2.	Ультразвуковое исследование плода
3.	Ультразвуковое и дуплексное сканирование сердца и сосудов плода (на аппарате экспертного класса)



КОРЕШОК
К СПРАВКЕ N _____
О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В РАМКАХ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Дата выдачи справки _____.20__ г.

Ф.И.О. застрахованного лица _____

N медицинской карты _____ № полиса ОМС _____

Период с _____.20__ г. по _____.20__ г. Стоимость медицинской помощи _____ руб. коп.

Подпись лица, выдавшего справку _____ Подпись застрахованного лица или его представителя _____

Линия отрыва

СПРАВКА
О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В РАМКАХ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(штамп с наименованием и адресом учреждения
выдавшего справку)

от _____.20__ г.

(Ф.И.О.) _____

в период с _____.20__ г. по _____.20__ г.

оказаны медицинские услуги:

наименование медицинской услуги	стоимость (руб.)

Внимание! Настоящая справка носит уведомительный характер, оплате за счет личных средств не подлежит. При несоответствии фактически оказанных услуг приведенным в настоящей справке необходимо обратиться в свою страховую медицинскую организацию или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по телефону _____.



**КОРЕШОК
К СПРАВКЕ N _____
О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В РАМКАХ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Дата выдачи справки __.__.20__ г.

Ф.И.О.застрахованного лица _____

N медицинской карты _____ № полиса ОМС _____

Период с __.__.20__ г. по __.__.20__ г. Стоимость медицинской помощи _____ руб. __ коп.

Подпись лица, выдавшего справку _____ Подпись застрахованного лица или его представителя _____

Линия отрыва



СПРАВКА
О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В РАМКАХ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*(штамп с наименованием и адресом учреждения
выдавшего справку)*

от __.__.20__ г.

(Ф.И.О.) _____

в период с __.__.20__ г. по __.__.20__ г.

оказаны медицинские услуги:

наименование медицинской услуги	стоимость (руб.)

Внимание! Настоящая справка носит уведомительный характер, оплате за счет личных средств не подлежит. При несоответствии фактически оказанных услуг приведенным в настоящей справке необходимо обратиться в свою страховую медицинскую организацию или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по телефону _____.



Примеры заполнения справки (без корешка)

Пример № 1

СПРАВКА О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В РАМКАХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(штамп с наименованием и адресом учреждения
выдавшего справку)

от ____ . ____ .20 ____ г.

(Ф.И.О.) _____

в период с ____ . ____ .20 ____ г. по ____ . ____ .20 ____ г.

оказаны медицинские услуги:

наименование медицинской услуги	стоимость (руб.)
<i>Лечение в дневном стационаре</i>	<i>8048,13</i>

Внимание! Настоящая справка носит уведомительный характер, оплате за счет личных средств не подлежит. При несоответствии фактически оказанных услуг приведенным в настоящей справке необходимо обратиться в свою страховую медицинскую организацию или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по телефону _____.



СПРАВКА
О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В
РАМКАХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*(штамп с наименованием и адресом учреждения
выдавшего справку)*

от ____ . ____ .20__ г.

(Ф.И.О.) _____

в период с ____ . ____ .20__ г. по ____ . ____ .20__ г.

оказаны медицинские услуги:

наименование медицинской услуги	стоимость (руб.)
<i>Лечение в стационаре</i>	<i>22780,37</i>

Внимание! Настоящая справка носит уведомительный характер, оплате за счет личных средств не подлежит. При несоответствии фактически оказанных услуг приведенным в настоящей справке необходимо обратиться в свою страховую медицинскую организацию или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по телефону _____.



**СПРАВКА
О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В
РАМКАХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

*(штамп с наименованием и адресом учреждения
выдавшего справку)*

от ____ . ____ .20__ г.

⊕ (Ф.И.О.) _____

в период с ____ . ____ .20__ г. по ____ . ____ .20__ г.

оказаны медицинские услуги:

наименование медицинской услуги	стоимость (руб.)
<i>Посещение акушера-гинеколога</i>	<i>328,94</i>
<i>Ультразвуковое исследование плода</i>	<i>246,00</i>

Внимание! Настоящая справка носит уведомительный характер, оплате за счет личных средств не подлежит. При несоответствии фактически оказанных услуг приведенным в настоящей справке необходимо обратиться в свою страховую медицинскую организацию или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по телефону _____.



Приложение №3
к приказу департамента здравоохранения
Костромской области и ТФОМС
Костромской области от 08.09.2014 № 581 / 477

Отчет о выдаче справок о стоимости медицинской помощи
за _____ месяц 20__ г.

Наименование медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Количество человек	Количество справок	Сумма, руб.
1.	Лечение в стационаре, итого:			
	- специализированная медицинская помощь			
	-высокотехнологичная специализированная медицинская помощь			
2.	Лечение в дневном стационаре			
3.	Поликлиника посещение			
4.	Поликлиника обращение			
5.	Кардиотокография плода			
6.	Ультразвуковое исследование плода			
7.	Ультразвуковое и дуплексное сканирование сердца и сосудов плода (на аппарате экспертного класса)			

Главный врач _____ И.О. Фамилия
М.П.

Дата составления «__» _____ 20__ г.

Ответственный исполнитель:
Контактный телефон



Спасибо за внимание!

