



Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования
Свердловской области

ПРИКАЗ

г.Екатеринбург

№ 465 от 31.10.2016

О мероприятиях по реализации эксперимента по переводу видов медицинской помощи, финансируемых из средств бюджета Свердловской области, на персонифицированный учет в ТФОМС Свердловской области

В целях идентификации пациентов в рамках эксперимента по переводу видов медицинской помощи, финансируемых из средств бюджета Свердловской области, на персонифицированный учет в ТФОМС Свердловской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить рекомендации по формированию реестров медицинской помощи в рамках эксперимента по переводу видов медицинской помощи, финансируемых из средств бюджета Свердловской области, на персонифицированный учет в ТФОМС Свердловской области (далее – Рекомендации).

2. Управлению информационно-технического обеспечения ТФОМС (Сартакову И.М.) в срок 31.10.2016 обеспечить возможность предоставления пациентов с неизвестными персональными данными только для оказания медицинской помощи гражданам, имеющим право на «анонимность».

3. Директорам межмуниципальных филиалов ТФОМС:

1) довести содержание настоящего приказа до сведения руководителей медицинских организаций;

2) осуществлять организационно-методическую помощь и мониторинг ввода медицинскими организациями реестров медицинской помощи в соответствии с Рекомендациями, утвержденными данным приказом.

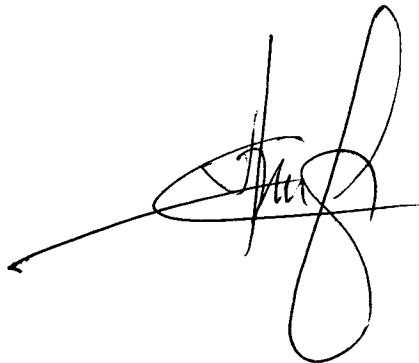
4. Рекомендовать руководителям медицинских организаций обеспечить формирование реестра медицинской помощи с учетом Рекомендаций с отчетного периода «октябрь 2016».

5. Признать утратившим силу п. 2 приказа ТФОМС Свердловской области от 07.06.2016 №246 «О мероприятиях по реализации эксперимента

по переводу видов медицинской помощи, финансируемых из средств бюджета Свердловской области, на персонифицированный учет в ТФОМС Свердловской области».

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя директора Демину Т.В.

Директор

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the left.

В.А. Шелякин

**Рекомендации по формированию реестров медицинской помощи
в рамках эксперимента по переводу видов медицинской помощи,
финансируемых из средств бюджета Свердловской области, на
персонифицированный учет в ТФОМС Свердловской области**

I. Общие рекомендации

Предъявление в реестр государственных услуг, финансируемых из средств бюджета Свердловской области, передаваемых на персонифицированный учет в ТФОМС Свердловской области (далее – государственные услуги) должно осуществляться строго в соответствии с номенклатурой и объемами государственных услуг, установленными для каждой медицинской организации (далее – МО).

Количество оказанных государственных услуг, предъявленных МО в систему учета ПК «Сапфир» и реестры медицинской помощи для персонифицированного учета в ТФОМС Свердловской области, не должно различаться.

Недопустимо одновременное предъявление к оплате в реестр медицинской помощи по ОМС и предъявление в реестр в рамках эксперимента по переводу видов медицинской помощи, финансируемых из средств бюджета Свердловской области, на персонифицированный учет в ТФОМС Свердловской области (далее – Эксперимент):

1) при оказании амбулаторной медицинской помощи – посещений одного пациента к одному медработнику в один день;

2) при оказании медицинской помощи в стационаре (дневном стационаре) одному пациенту – с совпадением сроков лечения.

Медицинская помощь, оказанная пациентам, имеющим право на «анонимность» в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1995 №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» по государственным услугам:

– первичная медико-санитарная помощь, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования в части «Клиническая лабораторная диагностика» (стандарты 811, 812, Таблица 1);

– первичная медико-санитарная помощь, не включенная в базовую программу ОМС по профилю «ВИЧ-инфекция» (стандарт 805, Таблица 1);

– специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), не включенная в базовую программу ОМС, по профилю «Инфекционные болезни (в части синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ-инфекции))» (код услуги В01.014.003, Таблица 2),

предоставляется в реестрах медицинской помощи с указанием содержания элемента «Фамилия пациента» (FAM) – «Неизвестный» (содержание элементов «Имя пациента» (IM), «Отчество пациента» (OT) и «День рождения пациента» (DR) не заполняются) и содержание элемента «Код надежности» – DOST=7 «Персональные данные (ФИО, ДР) неизвестны».

Медицинская помощь, включенная в базовую программу ОМС, оказанная гражданам, не застрахованным по ОМС, предьявляется в реестр медицинской помощи с заполнением содержания элементов: «Фамилия пациента» (FAM), «Имя пациента» (IM), «Отчество пациента» (OT), «День рождения пациента» (DR), данные о факте страхования заполняются следующим образом:

– «Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС» (VPOLIS) = «1»;

– «Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС» (NPOLIS) = «0»;

– «Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС» (SPOLIS) – не заполняется.

II. Амбулаторно-поликлиническая помощь

В амбулаторно-поликлинической помощи единицей учета является посещение.

Посещение – это контакт пациента с врачом по любому поводу с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом) (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.11.2003 №545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»).

Посещения предьявляются в реестр медицинской помощи:

1. В рамках «стандартов», приведенных в Таблице 1, по услугам из разделов справочника 350,351.

**Перечень стандартов в амбулаторно-поликлинической помощи по
Эксперименту**

Стандарт	Наименование стандарта
801	Посещение по поводу заболевания по профилю психиатрии-наркологии
802	Посещение по поводу заболевания по профилю фтизиатрия
803	Посещение по поводу заболевания по профилю психиатрия
804	Посещение по профилю лечебной физкультуре и спортивной медицине
805	Посещение по поводу инфекционного заболевания
806	Посещение по поводу заболевания по профилю дерматовенерологии
807	Посещение кабинета паллиативной медицинской помощи
808	Посещение по поводу заболевания по профилю профпатология
811	Проведение исследований крови на гепатиты В и С
812	Проведение исследований крови на ВИЧ-инфекцию

Осмотр пациента в приемном покое при отказе в госпитализации предъявляется в реестр медицинской помощи как посещение в амбулаторно-поликлинических условиях по соответствующему коду стандарта, в соответствии с записью в журнале отказов от госпитализации в приемном покое.

2. Для предъявления в реестрах медицинской помощи исследований крови на гепатиты В и С и ВИЧ-инфекцию необходимо использовать стандарты 811 и 812:

- в случае посещения пациентом медицинской организации и проведения лабораторной диагностики крови кодируется «Посещение с целью проведения исследования» с кодом В04.014.016 (раздел 350) и клинико-лабораторные услуги из раздела 351;
- в случае проведения лабораторной диагностики без посещения пациентом медицинской организации кодируются только услуги из раздела 351, учитываемые в рамках государственной услуги «Клиническая лабораторная диагностика».

3. Вне стандартов предъявляется государственная услуга «Посещение для граждан, незастрахованных по обязательному медицинскому страхованию при состояниях и заболеваниях, входящих в программу обязательного медицинского страхования, требующих срочного медицинского вмешательства в амбулаторных условиях» В01.069.998 из раздела 350.

4. Случай посещения пациентом медицинской организации с целью получения лекарственных средств состоит из посещения из раздела справочника 350 и услуги из раздела 351 с соответствующим кодом:

- А25.29.001.999 «Посещение с целью получения лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы»;
- А25.30.001.998 «Посещение с целью получения лекарственных препаратов при других социально-значимых заболеваниях»;
- А25.30.001.999 «Посещение с целью получения лекарственных препаратов при СПИД»;
- А25.30.025.999 «Посещение с целью получения лекарственных препаратов при туберкулезе».

5. Случай оказания паллиативной медицинской помощи вне медицинской организации состоит из посещения (раздел 350) и услуги «Оказание помощи вне медицинской организации» с кодом В04.069.333 (раздел 351).

III. Круглосуточный стационар, специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи)

В круглосуточном стационаре случаи оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), а также случаи медицинской реабилитации учитываются по количеству государственных услуг (числу пациентов). Одна государственная услуга предьявляется как госпитализация (количество койко-дней, проведенных пациентом в стационаре), с указанием соответствующего кода услуги из раздела 152 (Таблица 2), с обязательным указанием профиля медицинской помощи:

- психиатрия,
- психиатрия-наркология (в части наркологии),
- фтизиатрия,
- дерматовенерология (в части венерологии),
- инфекционные болезни (в части синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ-инфекции)),
- профпатология,
- паллиативная медицинская помощь,
- иного профиля – для кода услуги В01.058.998.

Срок лечения определяется от даты начала лечения до даты окончания, при этом день госпитализации и день выписки считается за 1 день.

При продолжительности лечения более месяца случай подается с указанием результата лечения по коду 109 – «лечение продолжено» каждый отчетный месяц до завершения случая с сохранением номера истории болезни (при этом день госпитализации и день выписки считается за 2 дня).

Таблица 2

Коды и наименования услуг по оказанию специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи)

Код услуги	Наименование услуги
V01.036.005	Профильный койко-день в стационаре по психиатрии-наркологии (в части наркологии)
V01.035.013	Профильный койко-день в стационаре по психиатрии
V01.055.003	Профильный койко-день в стационаре по фтизиатрии
V01.008.005	Профильный койко-день в стационаре по дерматовенерологии (в части венерологии)
V01.014.003	Профильный койко-день в стационаре по инфекционным болезням (в части синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ-инфекции))
V01.033.001.999	Профильный койко-день в стационаре по профпатологии
V01.069.807	Профильный койко-день в стационаре по паллиативной медицинской помощи
V01.058.998	Профильный койко-день для граждан, незастрахованных по обязательному медицинскому страхованию при состояниях и заболеваниях, входящих в программу обязательного медицинского страхования, требующих срочного медицинского вмешательства.
V05.057.999	Услуги по реабилитации пациентов с диагнозом "туберкулез" в стационарных условиях (дети)
V05.036.001	Услуги по медицинской реабилитации больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ

IV. Круглосуточный стационар, высокотехнологичная медицинская помощь

Государственные услуги по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), не включенной в базовую программу ОМС, учитываются как случаи с оказанием ВМП, которые предъявляются в реестр только медицинскими организациями, имеющими лицензию и государственное задание на ВМП, за отчетный месяц, в котором был завершен случай, с обязательным указанием услуг из раздела 156 «ВМП в стационаре (С33)». Если в случае более одной услуги ВМП, то каждая из них учитывается (по объемам и суммам) отдельно.

Срок лечения в стационаре определяется от даты поступления до дня выписки из стационара (день госпитализации и день выписки считается одним днем).

V. Дневной стационар

В дневных стационарах всех типов государственные услуги учитываются по числу госпитализаций.

Одна услуга предьявляется как госпитализация (количество пациенто-дней, проведенных пациентом в дневном стационаре) с указанием соответствующего кода (Таблица 3), с обязательным указанием профиля медицинской помощи:

- психиатрия,
- психиатрия-наркология (в части наркологии),
- фтизиатрия,
- дерматовенерология (в части венерологии),

и количества дней лечения, при этом день госпитализации и день выписки считается за 2 дня.

В случае лечения в дневном стационаре в течение одного дня указывается один пациенто-день.

При продолжительности лечения более месяца случай подается в реестр с указанием результата лечения по коду 204 – «переведен на другой профиль коек» каждый отчетный месяц до завершения случая с сохранением номера истории болезни.

Таблица 3

Коды и наименования государственных услуг по оказанию медицинской помощи в дневном стационаре

Код услуги	Наименование услуги
В01.069.801	Профильный пациенто-день в дневном стационаре по психиатрии-наркологии (в части наркологии)
В01.069.802	Профильный пациенто-день в дневном стационаре по фтизиатрии
В01.069.803	Профильный пациенто-день в дневном стационаре по психиатрии
В01.069.806	Профильный пациенто-день в дневном стационаре по дерматовенерологии (в части венерологии)