

## **Особенности раздельного учета и контроля объемов предоставления медицинской помощи**

Медицинские организации ведут раздельный учет посещений с профилактической целью, посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утверждаемой Минздравом России.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках программ обязательного медицинского страхования условно выделяются следующие единицы объёма предоставления медицинской помощи:

- Посещение с профилактической и иными целями
- Посещения при оказании неотложной помощи
- Обращение по поводу заболевания

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает:

**1. Посещение с профилактической и иными целями** – один законченный случай обращения пациента к врачу или среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием, включает комплекс необходимых консультативных посещений врачей-специалистов и медицинских (диагностических) услуг (исследований) в амбулаторных условиях:

а) с профилактической целью, в том числе:

- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами, в том числе в рамках диспансеризации определённых групп населения, в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- посещений для диспансерного наблюдения;

- посещений центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

б) с иными целями, в том числе:

- разовые посещения в связи с заболеванием, в том числе консультативные посещения врачей-специалистов по направлению из другой МО;

- посещения по медицинской реабилитации;

- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

- посещений с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов, предусмотренных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации в рамках территориальной программы ОМС).

1.1. Посещение с профилактической целью в реестре медицинской помощи, формируется как один случай, содержащий не менее одного посещения врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный приём), в том числе консультативные посещения врачей-специалистов, по тарифам посещений с профилактической целью, а также фактически выполненные диагностические услуги (исследования), и учитывается как одно посещение с профилактической и иной целью.



1.2. Разовые посещения по заболеванию в реестре медицинской помощи, формируется как один случай, содержащий одно посещение (прием) врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный приём), в том числе консультативные посещения врачей-специалистов, по тарифам посещений с профилактической целью, а также фактически выполненные диагностические услуги (исследования), и учитывается как одно посещение с профилактической и иной целью.

1.3. Посещения с целью патронажа, наблюдения женщины по беременности (неосложненное течение) в отчетном периоде (календарном месяце) формируются в реестре медицинской помощи как один случай посещения с иной целью. В случае наблюдения женщины при осложненном течении беременности в отчетном периоде (календарном месяце) формируются в реестре медицинской помощи как обращение по заболеванию.

1.4. Учет посещений с профилактической и иными целями в стоматологии осуществляется:

- по количеству законченных случаев, начавшихся и закончившихся в дату первичного приема врача-специалиста стоматологического профиля в календарном году (за исключением врача-ортодонта) и содержащих не более одного приема, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченных исходом «Выздоровление»,

- по количеству случаев, начавшихся и закончившихся в дату создания случая и содержащих не более одного приема, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченных исходом «Выздоровление», «Улучшение», «Ремиссия», «Без перемен»,

- по количеству не законченных случаев, начавшихся от даты создания случая и содержащих не более одного приема, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченных исходом «Лечение прервано по инициативе пациента».

Случай, содержащий сложные медицинские услуги «Диспансерный прием.....» вместе с услугами КСГ №33 или №9 и простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ (при необходимости), не берется к учету объемов медицинской помощи.

1.5. Не подлежат учету в объем оказанной медицинской помощи, как посещения с профилактическими и иными целями, при этом стоимость оказанных услуг учитывается в объеме финансирования посещений с профилактической и иной целью:

- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;

- вакцинация;

- посещение с целью выполнения отдельных диагностических услуг по направлению другой МО без посещения врача или медицинского работника со средним образованием.

1.5.1. Не подлежащие учету в объем оказанной медицинской помощи, услуги формируются в реестре медицинской помощи как случай, содержащий фактически выполненный объем медицинских, диагностических услуг (исследований) по соответствующим тарифам.

1.5.2. Отдельному учету подлежат диагностические услуги, выполненные в медицинской организации по направлению другой МО без посещения врача или медицинского работника со средним образованием, по количеству принятых к оплате услуг. Для правильного учета данной медицинской помощи, при заполнении реестра счетов оказанной медицинской помощи в обязательном порядке требуется указание кода медицинской организации, направившей пациента, даты направления, а также условия оказания помощи, откуда направлен пациент.

**2. Посещения при оказании неотложной помощи** – посещения в связи с возникшими внезапно острыми заболеваниями, состояниями, обострениями хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента с возможностью проведения лабораторных и инструментальных исследований, в том числе не завершившиеся формированием законченного случая обращения в поликлинику. Оказание медицинской помощи в неотложной форме лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.



2.1. Тариф посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме включает расходы на посещение врача соответствующей специальности и проведение необходимых лабораторных и инструментальных исследований с учетом порядков и уровней оказания медицинской помощи.

2.2. Посещение при оказании неотложной помощи формируется в реестре медицинской помощи, как случай, содержащий посещение одного или нескольких врачей разных специальностей (медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный приём) в неотложной форме в день обращения в приемном отделении и/или в амбулаторных условиях медицинской организации, по тарифам посещений неотложной помощи, и учитывается по количеству посещений.

2.3. В случае повторного посещения врача терапевта участкового, врача педиатра участкового, врача общей практики (медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный приём) в неотложной форме, в период открытого случая обращения по поводу одного заболевания в одной медицинской организации, данное посещение формируется в реестре медицинской помощи в рамках случая обращения по поводу заболевания.

2.4. Учет посещений по неотложной помощи в стоматологии осуществляется:

- по количеству случаев, начавшихся и закончившихся в дату создания случая и содержащих не более одного приема, КСГ №2, простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченных исходом «Улучшение», «Без перемен».

**3. Обращение по поводу заболевания** - законченный или прерванный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания, а также комплекс необходимых консультативных посещений врачей-специалистов и медицинских, диагностических услуг (исследований).

3.1. Обращение по поводу заболевания формируется в реестре медицинской помощи как случай, **содержащий услугу (тариф) обращения по поводу заболевания** (включает не менее 2-х посещений (приемов) лечащего врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный прием **(соответствующего профиля)**), а также консультативные посещения врачей-специалистов, по тарифам посещений по заболеванию, и выполненные медицинские, диагностические услуги (исследования), в рамках соблюдения порядка и стандарта оказания помощи при данном заболевании по тарифам ГДУ и учитывается как одно обращение по заболеванию.

3.2. Не допускается формирование отдельных случаев по поводу одного заболевания и его осложнений, в одной медицинской организации:

- консультативных приемов врачей-специалистов как обращения по заболеванию и/или посещений с профилактической целью, если данная консультация назначена в рамках выполнения стандарта оказания помощи по заболеванию, явившемуся причиной обращения за медицинской помощью;

- в случае хронического заболевания требующего длительного наблюдения, в течение одного отчетного периода (календарный месяц).

3.3. Учет обращений по поводу заболевания в стоматологии осуществляется:

- по количеству законченных случаев, начавшихся от даты первичного приема врача-специалиста стоматологического профиля в календарном году и содержащих более одного приема, одну или несколько КСГ, простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченный исходом «Выздоровление»,

- по количеству случаев, содержащих более одного приема, одну или несколько КСГ, простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченных исходом «Выздоровление», «Улучшение», «Ремиссия», «Без перемен»,

- по количеству не законченных случаев, содержащих более одного приема, одну или несколько КСГ, простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченных исходом «Лечение прервано по инициативе пациента».



#### 4. Не подлежат оплате:

- повторные посещения в течение дня одного врача или врачей одной специальности и (или) среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный приём в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ;

- посещения врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный приём), а также консультативные посещения врачей-специалистов, диагностические услуги, оказанные в приемном отделении медицинской организации, в случае последующей госпитализации застрахованного в стационар данной медицинской организации;

- посещения фельдшера, не ведущего самостоятельный приём и не наделенного функциями лечащего врача в установленном порядке;

- посещение фельдшера кабинета неотложной помощи, выполненное в один день с посещением врача в поликлинике по поводу лечения одного заболевания.

4.1. Необходимым условием предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме в медицинской организации, к которой застрахованный по ОМС гражданин не прикреплен на медицинское обслуживание, является оформленное должным образом направление лечащего врача по форме утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ. Исключения составляют:

- посещение врачей-педиатров, терапевтов здравпунктов (медпунктов) дошкольных, школьных и др. образовательных учреждений, являющихся структурными подразделениями МО, при выявлении у пациента заболевания, и участкового врача-педиатра, врача-терапевта МО;

- оказание неотложной медицинской помощи врачом кабинета неотложной медицинской помощи с последующим посещением врача той же специальности другого структурного подразделения медицинской организации;

- стоматологическая помощь;

- медицинская помощь, оказанная в диспансерах, региональных центрах в соответствии с зонами обслуживания, утвержденными приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

5. В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления медицинской помощи **в условиях дневного стационара** является случай лечения в условиях дневного стационара (законченный случай лечения в условиях дневного стационара).

Отдельному учету подлежат:

1) заместительная почечная терапия методами диализа, оказанная в условиях дневного стационара. Единицей учета заместительной почечной терапии методами диализа в условиях дневного стационара является случай лечения. Законченным случаем лечения в условиях дневного стационара при заместительной почечной терапии методами диализа считается лечение в течение одного месяца (фактически оказанное количество процедур за месяц, в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12 - 14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). Заместительная почечная терапия методами диализа в условиях дневного стационара учитывается в реестре медицинской помощи по клинико-статистическим группам профиля «Нефрология (без диализа)» (**Приложение 14** к настоящему Тарифному соглашению) при наличии в случае лечения услуг проведения диализа (**Приложение 24** к настоящему Тарифному соглашению).

К тарифам на услуги диализа не применяются коэффициент уровня оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациента и управленческий коэффициент.

2) медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ЭКО). Единицей учета ЭКО является случай лечения (законченный случай лечения в условиях дневного стационара), и учитывается в реестре медицинской помощи по КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение».

3) медицинская помощь по профилю онкология в дневных стационарах специализированных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Онкология".



Единицей учета медицинской помощи по профилю онкология в условиях дневного стационара является случай лечения (законченный случай лечения в условиях дневного стационара), и учитывается в реестре медицинской помощи по клинко-статистическим группам профиля «онкология» и «детская онкология».

6. В целях осуществления отдельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления медицинской помощи **в стационарных условиях** является случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях).

Отдельному учету подлежат:

1) высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанная в стационарных условиях (далее - ВМП). Единицей объёма ВМП является случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях). ВМП учитывается в реестре медицинской помощи по типу файла пакета информационного обмена персонифицированного учета высокотехнологичной медицинской помощи (константа «Т») и полю «TARIF» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи, которое должно принимать одно из значений из справочника на 2019 год приложения 12 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры на 2019 год;

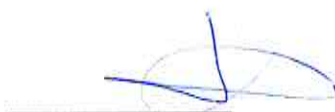
2) медицинская помощь по профилю онкология в стационарных условиях специализированных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Онкология". Единицей учета медицинской помощи по профилю онкология в стационарных условиях является случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях), и учитывается в реестре медицинской помощи по клинко-статистическим группам профиля «онкология» и «детская онкология».

3) медицинская реабилитация в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций (далее также медицинская реабилитация в стационарных условиях). Единицей учета медицинской реабилитации в стационарных условиях является случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях). Медицинская реабилитация в стационарных условиях учитывается в реестре медицинской помощи по клинко-статистическим группам профиля «Медицинская реабилитация» (**Приложение 15** к настоящему Тарифному соглашению).

7. В целях осуществления отдельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления **скорой медицинской помощи вне медицинской организации** является вызов. Так же отдельному учету подлежат медицинские услуги при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в случае проведения тромболизиса.

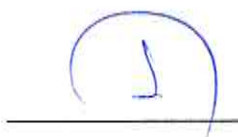
**Подписи сторон:**

Директор  
Департамента здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.А. Добровольский

Директор  
Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.П. Фучежи

Директор  
филиала ООО «Капитал МС»  
в Ханты-Мансийском автономном округе– Югре



И.Ю. Кузнецова

Директор  
Ханты-Мансийского филиала  
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



М.А. Соловей

Президент некоммерческого партнерства  
«Ассоциация работников здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»



А.В. Кичигин

Председатель  
окружной организации профсоюза  
работников здравоохранения РФ



О.Г. Меньшикова