



здравоохранения Российской Федерации от 15.07.2016 года №520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказа Федерального фонда ОМС (далее - ФФОМС) от 18.11.2014 № 200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", постановления правительства Тульской области от 30.12.2016 № 662 "О территориальной Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Тульской области медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов", письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 декабря 2016 года №11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования ТФОМС Тульской области направляет разъяснения об учете для оплаты из средств ОМС медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями (МО) в 2017 году.

Требования к формированию, утверждению, изменению тарифов на оплату медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС), определению порядка применения тарифов закрепляются Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Тульской области (далее ТС), утверждаемыми Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Тульской области.

Учет для оплаты и выставления реестров счетов в СМО и ТФОМС производится за текущий отчетный период (месяц), возможно выставление счетов по ранее не представленным к учету и оплате услугам, только **за один** месяц, предшествовавший отчетному периоду (месяцу). Скорректированные по результатам отдельных случаев отклонения СМО в ходе контроля допускается представить не позднее 2 месяцев от даты получения акта СМО.

## **I. Амбулаторно-поликлиническая помощь:**

Для учета оказанной амбулаторно-поликлинической помощи все виды услуг делятся на 2 группы:

1) Услуги, стоимость которых зависит от уровня поликлиники (посещения, обращения для МО, не имеющих прикрепившихся лиц, посещения по неотложной помощи для всех МО);

2) Услуги, стоимость которых одинакова для всех МО на территории Тульской области и не зависит от уровня поликлиники (все остальные).

1.1. К первой группе услуг относятся:

- обращение по поводу заболевания (только врачебные). К обращениям также следует отнести проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи больным хроническими неинфекционными заболеваниями;

- разовое посещение в связи с заболеванием (только врачебные);

- посещение с профилактической целью для медицинской помощи в амбулаторных условиях, включая доабортное консультирование беременных женщин медицинскими психологами (психологами) в женских консультациях;

- посещение по неотложной медицинской помощи (врачебное и СМР).
- 1.2. Ко второй группе услуг относятся:
  - посещение по амбулаторной хирургии (только врачебные по поводу заболевания);
  - законченный случай первого этапа диспансеризации взрослого населения (ДВН1) по полу и возрасту с учетом проводимого объема диспансеризации - учитывается как 1 профилактическое врачебное (комплексное) посещение;
  - профилактическое (комплексное) врачебное посещение с целью профилактического медицинского осмотра (ПМО) взрослого населения;
  - законченный случай I этапа диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе пребывающих в стационарных учреждениях, детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью с учетом пола, возраста и проводимого объема исследований (ДДС) - 1 профилактическое врачебное (комплексное) посещение.
  - законченный случай ПМО несовершеннолетних с учетом пола и возраста и проводимого объема исследований - 1 профилактическое врачебное (комплексное) посещение;
  - законченный случай предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних с учетом возраста и проводимого объема исследований - 1 профилактическое врачебное (комплексное) посещение;
  - законченный случай периодического медицинского осмотра несовершеннолетних с учетом возраста и проводимого объема исследований - 1 профилактическое врачебное (комплексное) посещение;
  - посещение с комплексным обследованием в Центрах здоровья (ПКО) - 1 профилактическое врачебное (комплексное) посещение и повторное врачебное профилактическое посещение Центра здоровья;
  - диагностические исследования в межмуниципальных диагностических центрах (МЛДЦ) - посещения не учитываются;
  - бактериологические и иммуногистохимические исследования - не учитываются как посещения;
  - законченный случай перитонеального диализа (ПД) и гемодиализа (ГД)-пересчет на условные врачебные посещения по поводу заболевания;
  - посещение с проведением ПД (одного сеанса) - врачебное по поводу заболевания;
  - стоматологические услуги (к стоматологу, зубному врачу), выраженные в условных единицах труда (УЕТ), регламентируются Положением о порядке стоматологической помощи, утверждаемом в установленном порядке МЗ ТО;
  - «посещение с проведением исследования - магнитно-резонансная томография» и «посещение с проведением исследования - магнитно-резонансная томография с усилением» используется отдельными медицинскими организациями, определенными в тарифном соглашении (ООО «ЛДЦ МИБС-ТУЛА» и ООО «Медицина») в рамках выполнения установленных объемов как профилактическое посещение.

- обращение по реабилитации при заболеваниях опорно-двигательного аппарата (РОДА) используется ООО "Центр реабилитации и профилактики" в рамках выполнения установленных объемов как обращение по заболеванию;

- комплексное профилактическое стоматологическое посещение – совокупность профилактических мероприятий, включающих профилактические осмотры и несколько процедур обработки фторлаком или другими минерализирующими препаратами, оказанных в организованных группах детей 6-14 лет;

- посещение стоматолога по неотложной помощи - медицинская помощь при остро возникших заболеваниях и обострении хронических заболеваний челюстно-лицевой области, которая должна быть оказана на момент обращения пациента в медицинскую организацию.

1.3. Тарифы на услуги, финансируемые по подушевому способу, рассчитаны с учетом интегрированного коэффициента дифференциации на оплату медицинской помощи по группам медицинских организаций, имеющих прикрепленное население.

1.4. Стоимость посещений и обращений зависит от того, имеет или нет МО прикрепленное население.

1.4.1. МО (таблица 1 настоящего письма), используют для посещений и обращений коды услуг в формате:

**ВВ-NN-УП,**

где **ВВ** – вид помощи (ПЗ - посещение по заболеванию,  
ОЗ - обращение по заболеванию,  
ПП - посещение профилактическое);

**NN** – группа тарифов по **специальности**  
(Приложение №2 к настоящему письму)

**УП** – уровень (У) поликлиники.

«0»- для уровня МО с прикреплением,

«1-3» - для уровня МО без прикрепления (выбор по ТС)

**- и подуровень (П)**

«Н» во всех случаях МО без прикрепления населения  
от «А» до «И» МО с прикреплением (выбор по ТС)

*Например,* в поликлинике ГУЗ «Узловская РБ» (есть прикрепленное население) посещение врача терапевта с профилактической целью в талоне амбулаторного пациента кодируется так: ПП-03-0Д; посещение врача терапевта по заболеванию: ПЗ-03-0Д.

ГУЗ «Родильный дом №1 г. Тулы имени В.С. Гумилевской» (нет прикрепленного населения) посещение врача терапевта с профилактической целью в талоне амбулаторного пациента кодируется так: ПП-03-3Н посещение врача терапевта по заболеванию: ПЗ-03-3Н.

**Перечень медицинских организаций,  
оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь,**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Подуровень
1	2	4
1	ГУЗ "Тульская областная клиническая больница №2 имени Л.Н.Толстого"	А
2	ГУЗ «Донская городская больница №1»	
3	ГУЗ "Ефремовская районная больница имени А.И.Козлова"	
4	ГУЗ "Городская больница № 9 г.Тулы"	Б
5	Негосударственное учреждение здравоохранения "Отделенческая больница на станции Тула ОАО "РЖД"	
6	ООО "Медицинский центр "Здоровье"	
7	ГУЗ "Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина"	В
8	ГУЗ "Городская клиническая больница № 2 г.Тулы имени Е.Г. Лазарева"	
9	ГУЗ "Кимовская центральная районная больница"	
10	ГУЗ "Амбулатория п. Рассвет"	
11	ГУЗ "Новомосковская городская клиническая больница"	
12	ГУЗ "Щекинская районная больница"	
13	ГУЗ "Городская больница № 3 г.Тулы"	Г
14	ГУЗ "Городская больница № 7 г.Тулы"	
15	ГУЗ "Городская больница №11 г.Тулы"	
16	ГУЗ "Городская больница № 12 г.Тулы"	
17	ГУЗ "Веневская центральная районная больница"	
18	ГУЗ "Дубенская центральная районная больница"	
19	ГУЗ ТО "Киреевская центральная районная больница"	Д
20	ГУЗ "Богородицкая центральная районная больница"	
21	ГУЗ "Плавская центральная районная больница имени С.С.Гагарина"	
22	ГУЗ "Узловская районная больница"	
23	ГУЗ "Тепло-Огаревская центральная районная больница"	
24	ГУЗ "Городская больница № 10 г.Тулы"	
25	ГУЗ "Алексинская районная больница №1 имени профессора В.Ф.Снегирева"	Е
26	ГУЗ "Заокская центральная районная больница"	
27	ГУЗ "Ясногорская районная больница"	
28	ГУЗ "Детская инфекционная больница № 2 г.Тулы"	Ж
29	ГУЗ "Детская инфекционная больница № 4 г.Тулы"	
30	ГУЗ "Одоевская центральная районная больница"	
31	ГУЗ "Суворовская центральная районная больница"	З
32	ГУЗ "Тульский областной госпиталь ветеранов войн и труда"	И
33	ГУЗ "Белевская центральная районная больница"	
34	ГУЗ "Куркинская центральная районная больница"	
35	ГУЗ "Ленинская районная больница"	

1.5. Тариф услуги для детей и взрослых установлен в одном размере и имеет одинаковый код услуги.

1.6. Услуга медицинского психолога (психолога) кодируется как разовое профилактическое посещение с кодом услуги ПП-14-УП, где УП – уровень поликлиники.

При заполнении талона амбулаторного пациента с услугами медицинского психолога (психолога) применяется код по МКБ-10 – **Z 34.0**.

Список МО, имеющих право на оплату услуги по доабортному консультированию беременных медицинским психологом (психологом) в женских консультациях, определяется главным специалистом Департамента здравоохранения Тульской области по профилю. Отдельная лицензия на осуществление деятельности психологов в медицинских организациях не предусмотрена.

1.7. Учет и оплата медицинской помощи по **тарифу обращения** по заболеванию.

1.7.1. Датой обращения для определения тарифа считается дата последнего посещения в рамках этого обращения.

1.7.2. Допускается в рамках одного обращения помимо 2-х посещений по поводу одного заболевания к врачу - специалисту учитывать также и посещение (посещения) к СМР (фельдшеру или акушерке), ведущим самостоятельный прием. Эти посещения к средним медицинским работникам отдельно не оплачиваются и учитываются в статистических отчетах путем указания в статистическом талоне и соответственно в реестре счетов медицинской услуги из номенклатуры услуг: В01.047.522 - прием (осмотр, консультация) фельдшера (акушерки).

1.7.3. Допускается в рамках одного обращения 2 и более разовых посещений в связи с заболеванием ~~е~~ ~~лечебной~~ ~~целью~~ к врачам одной или разных специальностей в рамках одного заболевания (один код МКБ-Х) за определенный период времени. Профиль обращения и учет МО определяет по профилю одного из специалистов, осуществлявших прием. Эти посещения к врачам специалистам отдельно не оплачиваются и учитываются в статистических отчетах путем указания в статистическом талоне и соответственно в реестре счетов медицинской услуги из раздела «В» номенклатуры медицинских услуг Тульской области: прием (осмотр, консультация) врача специалиста.

1.7.4. Для учета объемов медицинской помощи при проведении перитонеального диализа следует учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение. Для оплаты случая в рамках обращения необходимо указать даты всех проведенных дней обмена.

1.7.5. Не допускается в рамках одного обращения учитывать посещения с неотложной целью или профилактические посещения.

1.7.6. Случаи, когда по поводу одного заболевания пациент обращается только к фельдшеру (акушерке) или фельдшеру (акушерке) и один раз к врачу-специалисту, подаются для оплаты как отдельные посещения (одно или несколько с профилактической целью к СМР и одно с профилактической или лечебной целью к врачу).

1.7.7. Для оплаты амбулаторной помощи по обращениям в талоне амбулаторного пациента (далее ТАП) указывается:

- дата каждого посещения (отмечается в разделе "Операции, манипуляции, исследования" как медицинская услуга (МУ), указывается код услуги прием (осмотр) врача (СМР) с указанием места обслуживания (1- в поликлинике, 2-на дому, 3-актив);

- код специальности врача, по которому врач имеет право оказывать помощь и который соответствует его специальности в таблице ;

- код тарифа за обращение в соответствии с таблицей "Коды тарифов учета услуг за обращение".

Тариф «обращения» (при условии не менее 2 посещений) используется независимо от дальнейшего количества посещений в законченном случае (обращении) и продолжительности лечения (от даты первого посещения в составе обращения до окончательного, по которому формируется законченный

случай, может пройти несколько отчетных периодов), и должен соответствовать выбранному коду специальности врача.

1.7.8. Если часть посещений по поводу случая заболевания выполнены «на дому», а часть в поликлинических условиях - заполняется один ТАП на обращение, где указываются соответствующие коды номенклатуры медицинских услуг: приемов специалиста и приемов специалиста на дому.

Для статистического учета посещений на дому в рамках обращения в разделе талона "Операции, манипуляции, исследования" для каждой записи о приеме (осмотре) врача (СМР) необходимо заполнять "Место обслуживания": с кодом 2 - на дому или кодом 3 – Актив.

1.7.9. По окончании отчетного месяца МО имеет право закрыть ТАП с несколькими посещениями (два и более) к врачу одной или нескольких специальности по поводу заболевания с одним диагнозом как обращение, если заболевание имеет хронический, острый длительный (беспрерывно до 6 месяцев) характер и/или требует периодического/этапного обращения за медицинской помощью. При этом необходимо учитывать первичность/повторность посещения.

1.7.10. Даты первого и последнего посещения в связи с заболеванием в рамках обращения не имеют ограничений по времени (может быть более месяца).

В остальных случаях в соответствии с приказом ФФОМС №230 повторное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения (за исключением посещений с профилактической целью; исходов обращения: «улучшение» или «без перемен»; заболеваний парных органов; этапного лечения) подлежит недофинансированию в размере 50% от стоимости законченного случая по результатам МЭЭ.

1.7.11. При заполнении ТАП помимо внесения кода тарифа сохраняется прежний порядок учета медицинских услуг ПМУ, не имеющих отдельного тарифа, на основании Номенклатуры медицинских услуг.

1.7.12. При несоответствии кода тарифа и кода специальности врача при учете обращений и посещений (профилактических и лечебных) случай отклоняется от оплаты при проведении МЭК.

1.7.13. Допускается пересечение сроков обращений одного пациента по поводу лечения двух или нескольких заболеваний с разными кодами МКБ у врачей двух или более специальностей.

1.7.14. Два обращения с разными диагнозами у одного специалиста не учитываются, и оплачивается одно из них.

1.8. Для оплаты амбулаторной помощи при выписке направления в МЛДЦ, на исследования, или на госпитализацию, в том числе в дневной стационар, в ТАП в обязательном порядке вносится номер и дата направления, наименование МО, диагноз. Оплата будет осуществляться только при условии заполнения данных о направлении в сравнении с данными стационара о плановой госпитализации.

1.9. Плановая медицинская помощь детям (0-17 включительно) оплачивается из средств ОМС в «детских» амбулаторно-поликлинических подразделениях и организациях. Приказ МЗ РФ от 11.03.2013 г. №121н предусматривает наличие в МО лицензии по педиатрии, детской кардиологии; детской онкологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; стоматологии детской.

Если врачебная специальность не предусматривает отдельной лицензии для оказания медицинской помощи детям, при условии специальной подготовки врача по вопросам оказания помощи детям, допускается оказание медицинских услуг детям во взрослой амбулаторно-поликлинической сети.

1.10. В ходе проведения контроля СМО объемов и условий предоставления выставяемой к оплате из средств ОМС медицинской услуги (МЭК, МЭЭ, ЭКМП), особое внимание уделяется соответствию лицензии месту оказания медицинской помощи и специальности медицинского работника.

1.11. Оперативные вмешательства, определенные для выполнения в рамках амбулаторной хирургии по категориям сложности, установлены совместным приказом министерства здравоохранения Тульской области № 1474-Осн и ТФОМС Тульской области № 90/01-4 от 28.12.2015 года «О развитии амбулаторной хирургической помощи в государственных учреждениях здравоохранения Тульской области»

2. При оплате по подушевому финансированию амбулаторно-поликлинической помощи на прикрепленных застрахованных по ОМС лиц финансирование осуществляется за фактически выполненные объемы медицинской помощи по соответствующим тарифам в пределах суммы финансового обеспечения в соответствии с порядком, описанном в ТС.

2.1. Учет услуг для статистики, анализа и экспертизы проводится поэлементно персонифицированно по каждой услуге, имеющей или не имеющей отдельный тариф, по каждому случаю профилактической или лечебной помощи застрахованному лицу, так как это предусмотрено нормативными документами МЗ ТО или ТФОМС в ОМС Тульской области. Неполный объем предусмотренной для внесения в реестры счетов информации может повлечь отклонение на МЭК или МЭЭ учет случая как законченного.

2.2. В случае, когда стоимость оказанных прикрепившимся лицам услуг превышает предельный размер финансового обеспечения на прикрепившихся лиц, СМО откладывают оплату услуг, оказанных прикрепившимся лицам, с более поздней датой окончания лечения на сумму превышения.

2.3. Расчет размера финансовой санкции СМО за ненадлежащее выполненные услуги при оплате по подушевому финансированию амбулаторно-поликлинической помощи проводится за единицу учета, используемую для МО, оплачиваемых по отдельным услугам, исходя из стоимости тарифа за законченный случай в целом (услугу или обращение).



### **3. Учет оказания неотложной медицинской помощи**

3.1. Величина тарифа и код в тарифном справочнике для посещений по неотложной помощи (врачебное, СМР) зависит от уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей неотложную помощь.

3.2. В соответствии с приложением N 5 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N543н и приказом МЗ ТО от 29.09.2016 года №1050-осн «О совершенствовании организации первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме», услуги «Посещение по неотложной помощи врачебное» и «Посещение по неотложной помощи СМР» могут применять МО, имеющие лицензию на каждое место (адрес) оказания неотложной помощи и структурное подразделение (отделение, кабинет) в амбулаторно-поликлинической службе для оказания неотложной помощи, сформированное на основании приказа руководителя МО.

3.3. Неотложная медицинская помощь учитывается для оплаты из средств ОМС:

- при оказании в амбулаторных условиях в кабинете (отделении) неотложной медицинской помощи;
- при оказании вне медицинской организации при вызове медицинского работника кабинета (отделения) на дом;
- при оказании в травматологических пунктах;
- при оказании в приемных отделениях государственных учреждений здравоохранения по профилям оториноларингология, офтальмология, травматология согласно приложению №3 к приказу МЗ ТО №1050-осн при самостоятельном обращении пациента или доставке его бригадой ССМП с соответствующими показаниями без последующей госпитализации.

В негосударственных учреждениях здравоохранения неотложная медицинская помощь учитывается и оплачивается из средств ОМС при наличии установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Тульской области объемов.

3.4. Обязательным условием для учета неотложной медицинской помощи, оказанной в травмпунктах и приемных отделениях, является наличие в регламенте работы медицинской организации соответствующего положения об оказании неотложной помощи в этих подразделениях и, соответственно, лицензии на амбулаторную помощь по адресу приемного отделения и/или травмпункта;

3.5. Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся в МО с признаками неотложного состояния, осуществляется в амбулаторных условиях в соответствующем подразделении (кабинете) безотлагательно, на дому в течение не более 2 часов после поступления вызова.

3.6. Поводы для вызова медицинского персонала для оказания неотложной медицинской помощи приведены в приложении №2 к приказу МЗ ТО №1050-осн. В случае расхождения повода для вызова с данными записи в медицинской карте амбулаторного больного, для решения вопроса об оплате по тарифу неотложной помощи следует руководствоваться поводом, внесенным в

журнал приема вызовов. СМО при необходимости может провести МЭЭ данного случая.

3.7. Медицинскую помощь в кабинете (отделении) неотложной медицинской помощи могут оказывать работники кабинета (отделения) неотложной медицинской помощи, либо работники других подразделений медицинской организации в соответствии с графиком, утвержденным руководителем МО.

3.8. Для ФАП неотложная помощь учитывается и оплачивается только в случае строгого соответствия требованиям приказа МЗСР № 543н. В остальных случаях работа фельдшера ФАП в течение рабочего времени как оказание неотложной помощи не учитывается.

3.9. Объемы неотложной помощи не входят в перечень услуг, финансируемых по подушевому нормативу. Финансовые средства направляются сверх установленного норматива подушевого финансирования для данной МО, но учитываются при мониторинге объемов задания по амбулаторной помощи в целом на МО.

3.10 Страховые медицинские организации при проведении контроля условий, объемов, сроков и качества лечения по случаям оказания неотложной медицинской помощи, должны руководствоваться положениями приказа МЗ ТО от 29.09.2016 года №1050-осн «О совершенствовании организации первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме» и данным письмом.

3.11. При проведении контроля условий, объемов, сроков и качества неотложной медицинской помощи используются:

- журнал приема и передачи вызовов кабинета (отделения) неотложной медицинской помощи;

- медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у, утвержденная приказом МЗ РФ №834н от 15.12.2014 г.). Карта 025/у средними медицинскими работниками заполняется только при возложении на них отдельных функций врача (приказ МЗ РФ №252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации первичной медико-санитарной помощи отдельных функций лечащего врача»); в остальных случаях ведется журнал (приложение №6 к приказу МЗ ТО от 29.09.2016 года №1050-осн) и заполняется формализованный бланк;

- талон амбулаторного пациента (форма №025-12/у, утвержденная совместным приказом МЗ ТО №425-осн и ТФОМС ТО №25/01-4 от 27.04.2015 г.).

3.12. При оформлении результатов оказания неотложной помощи в амбулаторной карте (форма №025/у-04) должна содержаться информация о месте оказания неотложной помощи, дате и времени оказания неотложной помощи, Ф.И.О. пациента, жалобах, кратком анамнезе, объективном статусе, диагнозе, данных проведенных исследований, информация об оказанной помощи, рекомендациях, сведениях о временной нетрудоспособности, отметке о передаче информации участковому врачу, Ф.И.О. медицинского работника. Возможно использование формализованных бланков. Формализованные бланки вклеиваются в амбулаторную карту.

3.13. Допускается пересечение сроков оказания неотложной медицинской помощи и обоснованное посещение врача любой специальности, включая терапевта, в поликлинике в один день.

Несколько посещений по неотложной помощи и/или вызовов СМП в один день могут быть приняты к оплате в случае их обоснованности и подлежат экспертизе КМП.

3.14. В медицинских организациях Тульской области, оказывающих медицинскую помощь взрослому и детскому населению, может организовываться единый кабинет (отделение) неотложной помощи.

3.15. Не предусмотрен отдельный код для оплаты неотложной медицинской помощи взрослым и детям. Оказание неотложной медицинской помощи детям в кабинетах неотложной помощи при детских поликлиниках оплачивается по тарифу «посещение по неотложной помощи врачебное», либо «посещение по неотложной помощи СМП» с учетом уровня оказания медицинской помощи.

На МЭК будут отклоняться случаи несоответствия места оказания помощи (детская или взрослая поликлиника) возрасту пациента.

Посещения по неотложной помощи детям (0-17 включительно), оказанные службой взрослой поликлиники, не оплачиваются. Исключение составляют случаи включения в ее состав педиатра или иного специалиста детского профиля, которые могут быть приняты после проведения МЭЭ или ЭКМП.

3.17. Вне часов работы кабинета (отделения) неотложной медицинской помощи в медицинской организации неотложная медицинская помощь оказывается бригадами СМП. Для ССМП не предусмотрен отдельный тариф на оплату неотложной медицинской помощи. Оплата производится по тарифу, предусмотренному в тарифном соглашении для оплаты вызовов СМП. Вызовы по неотложной помощи, выполненные СМП, учитываются в рамках выполнения задания для ССМП.

#### **4. Диспансеризация и медицинские профилактические осмотры.**

4.1. Порядок учета объемов **диспансеризации и профилактических медицинских осмотров** взрослого населения сохраняется прежним (совместное письмо МЗ ТО и ТФ ОМС Тульской области от 17.04.2015 г № 545/06 «Об учёте услуг при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения» и совместное письмо МЗ ТО от 29.04.2013 г. №15-05-09/3976 и ТФ ОМС Тульской области от 19.04.2013 г. №600/06 «О проведении профилактических осмотров взрослого населения», приказ МЗ РФ от 03.02.2015 г. №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», приказ МЗ РФ от 06.12.2012 №1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра»).

4.2. Во исполнение главы XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н, приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11.05.2016 №88 "Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи", приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.12.2016 №287 "О внесении изменений в приказ

Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.12.2013 №294" должно быть обеспечено информационное сопровождение ЗЛ страховой медицинской организацией при прохождении им ДВН.

4.3. МО в соответствии с приказом МЗ РФ от 03.02.2015 г. №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», проводит диспансеризацию и профилактический медицинский осмотр только в отношении граждан, **прикрепленных** (по данным ЕРПЗЛ) к данной МО.

4.4. ТФОМС Тульской области 30 декабря 2016 года направил в каждую МО, оказывающую первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), в электронном виде по защищенной сети VIPNET списки лиц, прикрепленных к данной МО, имеющих право по достижении соответствующего возраста на прохождение диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДВН) в 2017 году, с указанием даты рождения и возраста прохождения диспансеризации, страховой принадлежности и последней даты обращения в амбулаторно - поликлиническую службу данной МО (для лучшей идентификации и отбора лиц для ДВН) (разъяснения в письме ТФОМС от 11.01.2017 №58/05) .

4.5. В представленных списках прикрепленных застрахованных лиц МО следует в январе 2017 года заполнить недостающие сведения о прикреплении застрахованных лиц и/или скорректировать при необходимости сведения о прикреплении к врачу и номера участков, к которым прикреплены застрахованные лица.

4.6. Уполномоченным лицам в МО по вопросам информационного взаимодействия с СМО и ТФОМС при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий (далее- уполномоченным лицам МО) необходимо из представленного списка отобрать ЗЛ для прохождения диспансеризации в 2017 году. Охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в данной МО и подлежащего диспансеризации в текущем году, должен соответствовать количеству, определенному приказом МЗ ТО.

4.7. Заполненные списки с учетом страховой принадлежности с указанием квартала года прохождения диспансеризации в 2017 году МО в электронном виде по защищенной сети VIPNET следует направить в ТФОМС ТО.

4.8. ТФОМС ТО агрегирует присланные списки и передает их в электронном виде по защищенной сети VIPNET в страховые медицинские организации для использования в работе.

СМО обеспечивает информационное сопровождение застрахованных лиц, используя SMS-оповещение, телефонные звонки, почтовые уведомления и прочее по каждому ЗЛ, определенному МО для проведения ДВН1 в данном квартале с указанием кабинета МО и времени обращения (часы работы).

4.9. В дальнейшем в течение 2017 года:

- ТФОМС ТО ежеквартально не позднее 15 числа последнего месяца отчетного квартала направляет в МО актуализированные списки прикрепленных застрахованных лиц;

- медицинская организация ежеквартально не позднее 1 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, осуществляет актуализацию сведений о ли-

цах, включенных в списки для проведения ДВН1, и предоставляет скорректированные данные в электронном виде по защищенной сети VIPNET в страховую медицинскую организацию и ТФОМС Тульской области.

4.10. В 2017 году продолжают в полном объеме действовать существовавшие в 2016 году правила кодирования, учета и оплаты диспансерных и профилактических осмотров.

4.11. Учет и оплата ДВН1 по данной МО будет производиться в 2017 году только по лицам, прикрепленным для ПМСП в этой МО. Отклонение случаев ДВН неприкрепленных лиц будут производиться на этапах формирования реестров счетов в МО, проведения ФЛК и МЭК в ТФОМС и СМО.

4.12. Для неприкрепленных ЗЛ, в случае уточнения их места проживания для обслуживания по ПМСП (включая ЗЛ, имеющих полисы ОМС других субъектов РФ), в том числе для прохождения ДВН, МО на основании личного заявления ЗЛ о «перекреплении» (прикреплении в связи с изменением места жительства без подтверждения изменения адреса регистрации) вводит заявку о прикреплении ЗЛ на портал ТФОМС ТО по основанию "Смена места жительства". При этом все дальнейшие действия ЗЛ по выбору МО осуществляются строго в соответствии с Правилами ОМС.

4.13.. Для проведения диспансеризации и профилактического медицинского осмотра пациентов с полисами ОМС других субъектов РФ, сменивших место жительства/место пребывания на Тульскую область, следует прикрепить их к МО, проводящей диспансеризацию и профилактические осмотры, до начала проведения диспансеризации и профилактического медицинского осмотра данных пациентов.

4.14. Для учета случаев диспансеризации ЗЛ в 2017 году вводится «сигнальная» услуга о начале ДВН1 - **"Осмотр в кабинете медицинской профилактики перед проведением ДВН1"** ("ОКМП ДВН1") с кодом **N5216**.

В объем этой услуги входит заполнение медицинским работником анкеты в Кабинете /Отделении медицинской профилактики или по месту проведения в обособленном подразделении поликлиники (филиал, офис ВОП и пр.), которому приказом руководителя МО переданы полномочия по ДВН, и выдача листа маршрутизации ДВН1. Услуга должна быть внесена в отдельный талон амбулаторного пациента (далее – ТАП) как самостоятельная, включена в реестр счетов текущего месяца и оплачена по тарифам действующего Тарифного соглашения. Указанная услуга не может быть представлена за иной отчетный период, не является самостоятельным посещением, не подлежит учету для выполнения задания.

В ТАП указывается вид обращения – 24-«другие обстоятельства»,  
Результат заболевания «315 - направлен на обследования»,  
Код диагноза - Z00.0,  
Исход заболевания «306 – проведен медосмотр»,  
ПМУ - А01.29.004 "Опрос (анкетирование на выявление неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития".

4.15. СМО на основании данных реестра счетов по случаям начала ДВН1 проводит сопоставление со списком подлежащих ДВН, делает соответствующие пометки:

- при наличии услуги №5216 через 3 календарных месяца проводит контроль завершения ДВН1 данным ЗЛ. В случае незавершения проводит новое оповещение ЗЛ;

- при отсутствии услуги №5216 по данному ЗЛ осуществляет новое оповещение ЗЛ.

СМО и ТФОМС ежемесячно предоставляет в ФОМС отчетные формы по реализации мероприятий информационного сопровождения.

4.16. По завершении 1 этапа диспансеризации медицинская организация по результатам проведения вносит в реестр счетов по каждому застрахованному лицу, прошедшему ДВН1, информацию в установленном порядке отдельным случаем. ДВН1 оплачивается только один раз в году.

Расхождение данных плановых списков застрахованных лиц, прикрепленных к МО для проведения диспансеризации, и реестров фактически прошедших (по ФИО или по периоду прохождения) не является основанием для отклонения от оплаты.

При этом обратите внимание на следующее.

4.17. Дата начала ДВН1 должна совпадать с датой проведения анкетирования (услуги N5216). Дата «перекрепления» не должна быть позже даты заполнения анкеты, может совпадать.

4.18. Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта. При этом заполняется отдельный талон ТАП. В этот же талон внесение услуги N5216 не требуется, в ПМУ по ДВН1 дополнительно ничего не вносится.

Если все необходимые исследования и консультации, включенные в ДВН1 для данного возраста, выполняются в один календарный день, внесение услуги №5216 обязательно.

4.19. Законченный случай ДВН1 первого этапа учитывается как одно комплексное посещение (Отсутствие услуги N5216 не дает возможности считать случай ДВН1 законченным и оплате не подлежит).

4.20. При наличии у гражданина документально подтвержденных результатов осмотров (консультаций) врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой), исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации, 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.

4.21. В зависимости от выполненного объема услуг законченный случай ДВН1 первого этапа оплачивается либо по тарифу «Завершенный первый этап с малым количеством услуг, выполненных до начала ДВН» (количество услуг, выполненное до начала диспансеризации не превышает 15% от общего количества услуг), либо по тарифу «Завершенный первый этап с большим количеством услуг, выполненных до начала ДВН» (количество услуг, выполненное до начала диспансеризации и отказы гражданина от прохождения

отдельных осмотров и исследований превышает 15% от общего количества услуг). установленного для данного возраста и пола гражданина (письмо МЗ РФ от 8 октября 2013 г. N 14-1/10/2-7486).

Критерии отнесения случая ДВН первого этапа к тому или иному тарифу представлены в приложении 1 к письму ТФОМС Тульской области от 17.04.2015 г № 545/06 «Об учёте услуг при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения».

4.22. Граждане, нуждающиеся по результатам первого этапа диспансеризации в дополнительном обследовании, индивидуальном углубленном профилактическом консультировании или групповом профилактическом консультировании (школа пациента), направляются врачом-терапевтом на второй этап диспансеризации. Если рекомендован второй этап диспансеризации, а пациент отказывается от его прохождения, то в ТАП в поле "Направлен на 2-ой этап ДВН" **вносится отметка об отказе от ДВН2 "Отказ"** для внесения в реестр счетов.

4.23. **Второй этап диспансеризации** (далее - ДВН2) проводится только прошедшим ДВН1, только один раз в год и только в одной МО. Осмотры, консультации врачей в рамках ДВН второго этапа учитываются отдельными посещениями. Контроль однократности проведения в году осуществляется по услуге заключительный осмотр терапевта ДВН2.

4.24. Медицинская организация по результатам проведения ДВН2 вносит в реестр счетов по каждому застрахованному лицу, прошедшему ДВН2, информацию в соответствии с установленной формой: "ДВН2", "установленные диагнозы хронических заболеваний, подлежащих дальнейшему диспансерному наблюдению и лечению", по результатам ДВН2 "направлен на госпитализацию в дневной стационар" или "направлен в круглосуточный стационар".

4.25. Законченным случаем второго этапа ДВН считается оказание МО услуг в объеме, установленном терапевтом по результатам первого этапа, в соответствии с приложением №1 к порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом МЗ РФ №36ан.

4.26. Следует учесть, что даты осмотров, исследований и иных мероприятий второго этапа ДВН должны быть не ранее даты окончания первого этапа.

Датой окончания диспансеризации в два этапа считается дата подписи врачом, ответственным за проведение диспансеризации, Карты учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра).

4.27. Оплата второго этапа диспансеризации медицинской организации, проводящей диспансеризацию, осуществляется по тарифам «Завершенный второй этап ДВН» за конкретный осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие.

4.28. Обратите внимание, что услуги, выполненные в рамках случая диспансеризации по договорам другими медицинскими организациями, указываются в «Талоне амбулаторного пациента». В этом случае в разделе «Место ока-

зания помощи» указывается код МО, проводящей диспансеризацию, а не фактически выполнившей исследование.

4.29. Для взаиморасчетов между МО, не имеющими полного набора специалистов или возможности проведения необходимых исследований для диспансеризации или профилактического медицинского осмотра, и МО, выполняющими эти необходимые услуги, рекомендовано руководствоваться ценами, установленными Тарифным соглашением.

4.30. Учет объемов диспансеризации (комплексного посещения) детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе пребывающих в стационарных учреждениях, детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью с учетом пола, возраста и проводимого объема исследований, а также медицинских осмотров несовершеннолетних, сохраняется в прежнем порядке (письмо ТФОМС от 22 июля 2014 г №1126/06 «Об изменении с 01.07.2014 г. учета для оплаты из средств ОМС медицинских осмотров несовершеннолетних», приказ МЗ РФ от 21.12.2012 №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в общеобразовательные учреждения и в период обучения в них», приказ МЗ РФ от 15.02.2013 «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», приказ МЗ РФ от 11.04.2013 №216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых в приемную (патронатную) семью»).

4.31. МО проводит медицинские осмотры несовершеннолетних только в отношении детей, прикрепленных к данной МО.

4.32.. Для проведения медицинского осмотра несовершеннолетних с полисами ОМС других субъектов РФ при смене места жительства/места пребывания на Тульскую область, следует прикрепить их к МО, проводящей медицинские осмотры, до начала их проведения в отношении данных пациентов.

4.33. Информация по осуществлению и результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по профилактическим мероприятиям предоставляется ежеквартально в ФФОМС (письма ФФОМС от 29.07.2014 №3903/30-1/и, от 05.08.2014 №4064/30-1/и).

Дополнительно в ФФОМС могут быть представлены результаты экспертиз с иными выявленными в установленном порядке дефектами.

Случаи, по выявленным дефектам подлежащие 100% недофинансированию, исключаются и из статистического отчета по выполненным объемам ДВН.



## 5. Медицинские услуги, оказанные в Центрах здоровья

5.1. Медицинские услуги, оказанные в Центрах здоровья (ЦЗ), оплачиваются из средств ОМС и подаются в общем реестре счетов МО в установленном порядке. Коды посещений в ЦЗ в справочнике тарифов сохранены в редакции 2016 года.

5.2. Посещение средних медицинских работников (далее СМР) в ЦЗ, как самостоятельные услуги, не оплачиваются. Объемы посещений в ЦЗ учитываются в общем объеме услуг, установленном в задании для данной МО.

5.3. Учитывая предназначение ЦЗ как профилактического центра для населения, не имеющего хронических заболеваний, графу «Диагноз» следует заполнять при отсутствии диагноза острого или обострения хронического заболевания в соответствии с МКБ-10, используя коды класса XXI «Факторы, влияющие на здоровье и обращения в учреждения здравоохранения». Выявленный в ходе обследования новый диагноз в ЦЗ кодируется в соответствии с заболеванием или состоянием на момент осмотра.

Услуги кабинетов здоровья, организованных в дневных и круглосуточных стационарах, отдельному учету не подлежат и дополнительно не оплачиваются.

5.4. В справочнике врачей, для врачей, ведущих прием в ЦЗ, необходимо указывать код места работы (отделения)- 461 - «Центр здоровья». Для остальных врачей, ведущих прием в поликлинике необходимо указывать код места работы (отделения) «603» - поликлиника.

## 6. Учет и оплата медицинских услуг, оказанных в межмуниципальных диагностических центрах и диагностических центрах

6.1. Перечень МО, работающих по принципу межмуниципальных диагностических центров (МЛДЦ), и ДИ определяется МЗ ТО и приведен в Приложении №4 к настоящему письму.

6.2. С 2017 года оплачиваются только диагностические исследования (ДИ-ДЦ), выполненные пациентам других муниципальных образований, прикрепленным для оказания медицинской помощи к данному МЛДЦ, а также **неприкрепленным** для оказания амбулаторной помощи к данному МО пациентам с направлениями в установленном порядке.

Услуга Д3039-53 «ДИ ДЦ - РКТ без усиления», выполненная при оказании медицинской помощи в приемном отделении пациентам, доставленным СМП без последующей госпитализации, учитывается в общем объеме, утвержденном для данной услуги МЛДЦ.

Исключение составляет услуга «ДИ ДЦ - УЗИ системы органов (2-ой этап скрининга беременных)», которая учитывается и оплачивается независимо от МО, выдавшей направление на исследование. МО, при направлении пациенток на это исследование, следует придерживаться утвержденного порядка маршрутизации. Для одной беременной женщины учитывается 1 (одна) услуга, за исключением отдельных показаний для проведения исследований беременным в КДЦ ТОКБ.

6.3. Услуги сверх перечня и количества, приведенных в приложении №4 к настоящему письму, не оплачиваются.

6.4. Основанием для оплаты диагностического исследования является наличие у пациента направления, выданного амбулаторно-поликлиническим учреждением, работающем в ОМС, в соответствии с предоставленными ей квотами. Направления МО, не работающих в ОМС, не являются основанием для учета и оплаты ДИ-ДЦ из средств ОМС.

6.5. Не считается основанием для отказа в оплате пересечение сроков обращения и ДИ ДЦ в МО, являющемся МЛДЦ.

6.6. Следует отметить, что выполнение необходимых исследований, предусмотренных Порядками, клиническими протоколами или общепринятыми медицинскими технологиями, является обязательным для МО независимо, предусмотрена ли отдельно оплачиваемая услуга в ТС для какой-либо МО. Выполнение исследования отражается в ТАП в виде ПМУ в разделе Манипуляции для учета и анализа.

Контроль за доступностью отдельных медицинских исследований, предусмотренных критериями качества программы государственных гарантий осуществляется СМО на основании сведений реестров счетов и в ходе всех видов экспертиз.

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов (включая МЛДЦ) не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения;

сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня назначения.

## **7. Оплата стоматологической помощи**

7.1. Способы оплаты стоматологической помощи:

- за медицинскую услугу (услуги), включенную в законченный случай лечения;

- за законченный случай лечения кариеса зубов (ЗС ЛКЗ), включающий определенный набор стоматологических услуг;

- за медицинские услуги, включенные в законченный случай лечения при проведении диспансерного наблюдения и профилактического лечения детей.

7.2. Оплата стоматологических услуг в составе законченного случая лечения осуществляется за фактически оказанные стоматологические услуги по стоимости услуг, выраженных в условных единицах труда (далее - УЕТ). Стоимость одной УЕТ утверждается ТС.

7.3. Оплата ЗС ЛКЗ производится исходя из тарифа законченного случая лечения и количества законченных случаев.

7.4. Оплата законченных случаев диспансерного наблюдения и профилактического лечения детей осуществляется по сумме медицинских услуг в УЕТ в составе комплексного профилактического стоматологического посещения. Стоимость одной УЕТ комплексного профилактического стоматологического посещения утверждается ТС.

7.5. Объемы бесплатной стоматологической помощи в рамках территориальной программы ОМС устанавливаются в посещениях с профилактическими и иными целями (включая разовые посещения в связи с заболеванием, посещениях по неотложной помощи, обращениях по поводу заболевания).

7.6. Для оплаты из средств ОМС, формирования отчетности, в том числе контроля исполнения задания со стороны СМО, стоматологическая помощь учитывается в медицинских услугах, выраженных в УЕТ, законченных случаях, условных «стоматологических посещениях» и условных «стоматологических обращениях».

7.7. Порядок оказания и учета стоматологической помощи в Тульской области регулируется Положением о порядке оказания стоматологической помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования населения Тульской области, утверждаемым министерством здравоохранения Тульской области в установленном порядке.

7.8. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), приведен в приложении 2 к Тарифному соглашению.

## **II. Скорая медицинская помощь**

В соответствии с территориальной Программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Тульской области медицинской помощи скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, медицинскими организациями государственной или муниципальной систем здравоохранения.

8.1. Учету и оплате из средств ОМС в рамках выполнения территориальной программы ОМС подлежат вызовы, выполненные только идентифицированным застрахованным лицам по заболеваниям, включенным в программу ОМС.

8.3. Скорая медицинская помощь, оказанная незастрахованным гражданам (в том числе неидентифицированным, как застрахованные) по заболеваниям как входящим в базовую программу ОМС, так и не входящим, а также застрахованным лицам по заболеваниям, не включенным в базовую программу ОМС, учитывается как финансируемая из средств бюджета.

8.4. Скорая медицинская помощь, оказанная гражданам, не подлежащим

страхованию (военнослужащие и иные) по заболеваниям как входящим так и не входящим в базовую программу ОМС, может быть оплачена на условиях договорных отношений в соответствии с Постановлением правительства № 911.

8.5. Медицинская документация при оказании скорой медицинской помощи ведется в соответствии с требованиями приказа МЗСР РФ от 02.12.2009 г. №942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи». Для внесения данных по оказанию пациенту скорой медицинской помощи медицинским работником бригады скорой помощи ведется учетная форма №110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи» и учетная форма №114/у «Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему».

8.6. Основным условием финансирования СМП из средств ОМС является предоставление реестров счетов в СМО в порядке, установленном Положением о порядке информационного взаимодействия, действующем в ОМС Тульской области.

8.7. Отделения СМП при оказании скорой медицинской помощи предоставляют в дополнение к установленной документации необходимые для учета в ОМС сведения. Реестры счетов формируются на основании данных Талона к карте вызова, утвержденного приказом МЗ ТО от 06.12.2012 г. №1744- осн .

8.8. Основная учетно-отчетная единица работы отделения скорой медицинской помощи – вызов, на который заполняется карта вызова и Талон.

Обязательным полем для заполнения становится номер бригады в карте вызова (талоне к ней), который формируется по единым правилам для всех бригад СМП ТО, а именно: код района по ОКАТО и порядковый номер бригады в МО, и код/наименование медицинской организации, в которую доставлен пациент.

8.9. Для полноты медицинской статистики учитываются результативные и безрезультатные вызовы (в зависимости от повода к вызову, результата вызова):

Результативные:

- Первичный результативный по профилю
- Повторный (в том числе активный по отметке в карте п.33)
- Переданный другой бригаде (вызов на себя другой бригады)
- Попутный (остановка в пути для оказания помощи другому пациенту)

Безрезультатные:

- больного не оказалось на месте,
- вызов был ложным (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали),
- не найден адрес, указанный при вызове,
- пациент оказался практически здоровым и не нуждался в помощи,
- больной умер до приезда бригады скорой медицинской помощи,
- больной увезен до прибытия бригады скорой медицинской помощи,
- больной обслужен врачом поликлиники до прибытия бригады скорой медицинской помощи,
- больной отказался от помощи (осмотра),

- вызов отменен.

Учитываются и оплачиваются из средств ОМС результативные и безрезультатные вызовы для ЗЛ.

К сведению, безрезультатный **отмененный вызов** СМП учитывается при выполнении установленных объемов при финансировании по подушевому способу (застрахованное или незастрахованное лицо), также учитывается в статистической отчетности МЗ ТО в общей сумме безрезультатных вызовов. При осуществлении контроля СМО по безрезультатным вызовам проводится только медико-экономическая экспертиза.

8.10. При оказании скорой медицинской помощи амбулаторно в отделении СМП, заполняется Талон амбулаторного пациента на посещение (СМП-только с профилактической целью, к врачу - посещение с лечебной целью).

Для обеспечения персонифицированного учета и формирования реестров счетов для СМО в талон к карте вызова дополнительно вносятся данные **о коде вызова (код района по ОКАТО + № вызова п/п)**.

8.11. В соответствии с приказом МЗ РФ № 942 сведения о номере (коде) вызова СМП при доставке пациента в стационар МО в обязательном порядке вносятся в карту стационарного больного (историю болезни) и карту выбывшего из стационара для внесения в реестр счетов МО.

Учетная форма N 114/у "Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему" является документом персонального медицинского учета, предназначенным для обеспечения преемственности и последовательности в оказании медицинской помощи больным.

Талон заполняется в следующем порядке:

- лицевую сторону Талона в полном объеме заполняют медицинские работники (врач, фельдшер) бригады скорой медицинской помощи при передаче больного в приемное отделение стационара.

- оборотная сторона Талона заполняется в стационаре больничного учреждения врачом отделения, в которое был госпитализирован больной.

Талон при выписке больного (или в случае его смерти) отрывается и по заполнении пересылается на станцию (отделение) скорой медицинской помощи, которая доставила больного в стационар.

Талон заполняется врачом приемного отделения стационара, если больной не был госпитализирован. В этом случае Талон также пересылается на станцию (отделение) скорой медицинской помощи с соответствующей отметкой в пункте 19 Талона "Оказана помощь амбулаторно" путем подчеркивания.

При оформлении статистической карты выбывшего из стационара (ф№066/у) на пациентов, доставленных бригадой скорой помощи, обязательно заполнение позиций: поступил, переведен: 0 - самостоятельно, 2 - доставлен СМП, 3-переведен из другой МО, 4-переведен из отделения другого профиля внутри МО;

В строке «Кем доставлен» ставится «2» если доставлен СМП. Код \_\_\_ код бригады в соответствии со справочником бригад (код района по ОКАТО + порядковый № бригады) и номер наряда (код района по ОКАТО + № вызова п/п)

8.12. Обратите внимание, что при отсутствии данных в реестре счетов по пациенту, пролеченному в круглосуточном или дневном стационаре, **доставленному СМП без указания кода бригады и кода вызова**, вводятся технические ограничения на закрытие карты выбывшего из стационара. Впоследствии при проведении ФЛК и МЭК на портале ТФОМС случаи, не содержащие все необходимые данные по обязательным полям, включая номер вызова СМП, будут отклонены от оплаты.

8.13. Каждый выполненный вызов является законченным случаем, и на него заполняется отдельная карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма №110/у).

8.14. Неидентифицированные граждане вносятся в карту с заполнением полей следующим образом: «Неизвестный» в поле «фамилия» талона и карты вызова.

При возможности определить данные для идентификации в последующем, но не позднее 2 месяцев от даты отклонения от оплаты СМО по причине неидентификации (опознание в установленном порядке, сведения о пациенте в период или после пребывания в круглосуточном стационаре и т.п.), счет на этого пациента может быть отозван, как ошибочно выставленный, а затем выставлен повторно в СМО с указанием установленных паспортных данных.

При невозможности идентификации застрахованного непосредственно в период оказания скорой помощи предусмотрены следующие мероприятия по идентификации:

- обязательное получение отрывного талона от сопроводительного листа станции скорой медицинской помощи (Ф. №114/у) из круглосуточного стационара, куда доставлен больной;
- сопоставление имеющихся данных с базой пролеченных по дате оказания помощи (последующее обращение к участковому врачу на основании данных СМП);
- контакты с родственниками и представителями пациента;
- поиск по РСЗ на Портале ТФОМС;
- ходатайства в ТФОМС после поиска на Портале.

Необходимо обеспечить взаимодействие и преемственность этапов оказания скорой медицинской помощи и участковой службы первичного звена. Сведения по всем случаям СМП должны поступать в амбулаторное звено МО по месту прикрепления гражданина по ПМСП не позднее следующих суток.

8.15. Оплата скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с тарифным соглашением - подушевое финансирование на прикрепившихся застрахованных лиц.

8.16. Планируемое количество вызовов СМП устанавливается на год и может быть пересмотрено Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Тульской области.

Установление объемов скорой медицинской помощи по каждой медицинской организации строится на основании данных объемов, принятых к оплате по реестрам счетов. Отчетность МЗ ТО и ТФОМС должна совпадать по итоговым данным. Таким образом, не внесенные в реестры счетов сведения обо всех

случаях оказания скорой помощи, будут исключаться из установленных объемов на следующий отчетный период.

8.17. В реестры счетов по услугам скорой медицинской помощи СМП вносятся данные по всем категориям пациентов (застрахованные, незастрахованные, неидентифицированные лица) независимо от того, оплачивается или нет за счет средств ОМС заболевание или состояние, послужившее причиной вызова.

8.18. В связи с обеспечением медицинских организаций тромболитическими препаратами за счет средств бюджета Тульской области, в 2017 г. отменен дополнительный тариф по оплате вызова СМП с применением тромболитических препаратов. Для статистического учета количества вызовов СМП с проведением тромболитизиса сохраняется прежний порядок оформления карты вызова. В карте вызова необходимо указать код вызова с применением тромболитизиса **00000027** и выполненные простые медицинские услуги: **A05.10.006** - регистрация ЭКГ, **A11.12.003.002** - тромболитическая терапия.

Для расчета размера финансовой санкции СМО за ненадлежащее выполнение услуг при ЭКМП по вызовам СМП с проведением тромболитической терапии, используется тариф стоимости вызова скорой медицинской помощи, выполненный фельдшерской или врачебной бригадой, утвержденный Тарифным соглашением. Использование тарифа стоимости вызова с проведением тромболитизиса для расчета величины финансовой санкции недопустимо.

### **III. Стационарная помощь**

В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (протокол заседания рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи от 9 декабря 2016 года № 66/11/18) (Приложение 5 к настоящему письму) оплата медицинской помощи, оказанной в 2017 году в стационарных условиях, будет производиться следующими способами:

- за законченный случай высокотехнологичной помощи (**ВМП**) – группа тарифов 7V...;
- за законченный случай заболевания, включенного в клинко-статистическую группу (**КСГ**) – группа тарифов 7S...;
- за короткие и прерванные случаи лечения – группа тарифов 7S551, 7S552, 7S553.

В связи с особенностями программного обеспечения, используемого для формирования реестров счетов на территории Тульской области, некоторые принципы вышеуказанных Методических рекомендаций в 2017 году будут реализованы в сокращенном виде.

## 9. Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП)

9.1. Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) оказывается в соответствии с **разделом I** «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС», перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи утвержденного постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 N 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (Приложение 6 к настоящему письму).

Раздел I содержит номер (№) группы ВМП, Наименование вида ВМП, разрешенные коды по МКБ-Х, модели пациента, виды лечения, методы лечения, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Тариф случая ВМП, единый для всех медицинских организаций, оказывающих данный вид помощи, определен Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год.

9.2. Перечень видов ВМП, реализуемых в МО Тульской области в 2017 году указан в приказе министерства здравоохранения Тульской области "О перечне государственных учреждений здравоохранения Тульской области, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, включенную в базовую программу ОМС, гражданам, проживающим на территории Тульской области".

9.3. ВМП по указанному перечню видов оказывается медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и имеющими лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с приказом МЗ РФ от 29.12.2014 г. №930н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

9.4. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, коды тарифов и плановые объемы для определенных МО приведены в Приложении 10 «Оплата ВМП в 2017 году (кодировка тарифов, согласованные объемы заданий)» к настоящему письму.

К оплате принимаются случаи ВМП в объемах, не превышающих указанные в Задании. Изменение объемов ВМП проводится Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Тульской области в установленном порядке.

9.5. В статистической карте выбывшего из стационара МО указывает код МКБ, наименование и код медицинской услуги в соответствии с тарифным справочником, код операции и иные обязательные для учета данные (в соответствии с п. 9.1.). Несоответствие наименования (кода) услуги по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, коду МКБ и коду операции служит основанием для отклонения от оплаты при проведении медико-экономического контроля (МЭК).



## 10. Клинико-статистические группы (КСГ)

10.1. Основная часть случаев лечения в круглосуточном стационаре подается на оплату на основе КСГ. КСГ – группа заболеваний, сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

10.2. "Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования" (в дополнение к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования), определяет методологические подходы к выбору КСГ. (Приложение 7 к настоящему письму).

10.3. **Лечащий врач** подбирает клинико-статистическую группу (КСГ), а также номер правила, по которому этот КСГ определен, и вносит в соответствующий раздел карты выбывшего из стационара код КСГ, № правила, дополнительный код МКБ-10 (код «вторичного» диагноза), а также код главной ПМУ (операции, манипуляции, исследования) для КСГ. Для подбора используется программа «**Утилита подбора КСГ**» или файлы-расшифровки КСГ для круглосуточного и дневного стационара (Приложения 8 и 9 к настоящему письму).

Если программа «**Утилита подбора КСГ**» не позволяет подобрать код КСГ – это означает, что КСГ требует заполнения дополнительных классификационных критериев (второй код МКБ, код ПМУ, пол, длительность лечения и др.). Все возможные сочетания параметров КСГ приведены в файлах расшифровки КСГ для круглосуточного и дневного стационара на вкладке «Группировщик детальный 2017» (Приложения 8 и 9 к настоящему письму), а также в разделе 9 (стр.39) инструкция по группировке случаев (Приложение 7 к настоящему письму).

Принципы работы с программой «Утилита подбора КСГ» описаны в письме ТФОМС Тульской области от 21.06.2016 №942/06 «О подготовке к переходу по оплате случаев лечения в стационаре по КСГ», размещенной на сайте [www.omstula.ru](http://www.omstula.ru) в разделе «Территориальное законодательство».

Для корректной работы программы «Утилита подбора КСГ» ее необходимо обновить. Дистрибутив программного обеспечения размещен в свободном доступе для скачивания на сайте ООО «ИДЦ» ([www.idctula.ru](http://www.idctula.ru)) в разделе «Программы, разработанные в ИДЦ»/ «Утилита подбора КСГ».

10.4. **Статистик МО** в установленном порядке вносит случаи оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационаре в программу по учету медицинских услуг при формировании реестров счетов код услуги и тариф (на основе кода КСГ), номер правила КСГ (передается в реестре счетов в поле "CODE\_MES2"), дополнительный код МКБ-10, если он необходим (в ре-

стре счетов поле "DS2"), заполняет для главной ПМУ признак главной услуги (в реестре счетов "MU\_MAIN" в разделе "STANDART.USL\_MES").

10.5. Тариф оплаты по КСГ определяется исходя из базовой ставки (БС, единая для всех случаев стационарного лечения), коэффициента относительной затроемкости (КЗ, различны для разных КСГ, определяются по единым для Российской Федерации правилам), управленческого коэффициента (УК, присваивается тарифной комиссией отдельным видам КСГ), а также коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи в каждой медицинской организации (КУС, представлен в тарифном соглашении для каждой медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь), и, в некоторых случаях, коэффициента сложности лечения (КСЛП).

Тариф (руб.)= Базовая ставка (БС, руб.) \* К (коэффициент),  
 $K=KЗ*УК*КУС$  (если применение КУС разрешено для данной КСГ)\*КСЛП

В новой версии программы «Утилита подбора КСГ», подходящие КСГ располагаются по порядку убывания коэффициента К.

10.6. Код тарифа КСГ в круглосуточном стационаре в 2017 году имеет следующий формат:

**7SNNN(.N)-УП(-SLP)**, где

7 - последняя цифра года введения тарифа,

S – признак КСГ круглосуточного стационара,

NNN.N – номер КСГ в тарифном соглашении и программе «Утилита подбора КСГ»\*,

УП - уровень и подуровень стационара,

-SLP признак применения в тарифе коэффициента сложности лечения пациента. В круглых скобках указаны факультативные элементы кода.

\* В связи с техническими особенностями программного обеспечения в МО Тульской области группа тарифов «Малая масса тела при рождении, недоношенность», имеющая в тарифном соглашении номера 105.1, 105.2, 105.3, 105.4, 105.5 – в утилите подбора КСГ и тарифных справочниках кодируется 7SN.1; 7SN.2; 7SN.3; 7SN.4; 7SN.5 соответственно.

Уровень и подуровень стационара, определяемый Тарифной комиссией, соотносится с УП кода тарифа следующим образом:

Уровень МО в тарифном соглашении (Раздел Оплата стационарной медицинской помощи)	УП в коде тарифа	Окончание наименования тарифа
1	-1	-1
2	-2	-2
3А	-3А	- 3 А
3Б	-3В	- 3 Б
3В	-3V	- 3 В
3Г	-3G	- 3 Г
3Д	-3D	- 3 Д

10.7. Предусмотренные для каждой профиля коек каждой МО перечни клинико-статистических групп (КСГ) с указанием кода КСГ, а также согласованные объемы задания, представлены в Приложении 11 «Кодировка тарифов и согласованные объемы заданий для круглосуточных и дневных стационаров Тульской области на 2017 год».

Перечни КСГ определены на основе данных от медицинских организаций (ответы на письмо ТФОМС ТО от 22.11.2016 г. № 1852/06 «О планируемой структуре госпитализации на 2017 г.»).

Следует обратить внимание, что коды КСГ, указанные в Приложении 11, были изменены для согласования с Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФОМС на 2017 год.

10.8. При практической работе Приложением 11 необходимо руководствоваться следующими принципами:

- 1) Соблюдать указанное соответствие профиля коек и видов КСГ, предусмотренных для данного профиля коек;
- 2) В случае превышения медицинской организацией согласованных объемов по профилю коек оплата КСГ с этого профиля коек возможна только после согласования с Тарифной комиссией министерства здравоохранения Тульской области нового задания;
- 3) Значительное изменение в рамках какого-либо профиля коек медицинской организации долей КСГ, фактически поданных на оплату, по сравнению с указанной в ответе на письмо ТФОМС ТО от 22.11.2016 г. № 1852/06 «О планируемой структуре госпитализации на 2017 г.», является поводом для пересмотра базовой ставки законченного случая лечения в КС.
- 4) В случае лечения на данном профиле коек пациента с заболеванием, оплачиваемым по незапланированному виду КСГ, необходимо поступать следующим образом:

4.1. Если необходимый вид КСГ запланирован для другого профиля коек в той же медицинской организации (тариф открыт для МО) – случай подается на оплату с указанием фактического профиля коек, на котором оказывалась помощь, в счет общего задания на профиль коек на котором оказывалась помощь.

4.2. Если необходимый вид КСГ не запланирован в других профилях коек в той же медицинской организации (тариф закрыт для МО) – необходимо обращаться в Тарифную комиссию Министерства здравоохранения с письменным обоснованием необходимости открытия тарифа. После открытия необходимого тарифа действовать по схеме, описанной в п. 4.1.

10.9. Длительность лечения случая, поданного по КСГ должна быть не менее 4 койко-дней, кроме следующих КСГ, которые, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи МЗ РФ и ФОМС и Инструкцией по группировке случаев, оплачиваются в полном объеме не зависимо от длительности и исхода лечения без предоставления каких-либо дополнительных сведений (актов внутриведомственной экспертизы и т.п.):

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью (Кроме случаев дородовой госпитализации в отделения патологии беременности длительностью менее 4 дней с последующим родоразрешением. В таких случаях следует подавать тариф короткого курса 7S551 или, 7S552 или 7S553 в сочетании с 7S4 или 7S5)
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
97	Сотрясение головного мозга
107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
159	Замена речевого процессора
160	Операции на органе зрения (уровень 1)
161	Операции на органе зрения (уровень 2)
185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

В исключительных случаях могут подаваться на оплату по полному тарифу и другие, не включенные в вышеприведенную таблицу, виды КСГ длительностью 1-2-3 койко-дня, если большая часть дорогостоящих диагностических и лечебных мероприятий, определяющих тариф КСГ, были выполнены за период лечения. Подача каждого такого случая на оплату согласуется со страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Тульской области на основе акта внутриведомственной экспертизы, подтверждающего затраты МО.

10.10. Короткие и прерванные случаи лечения (1-3 койко-дня) не попадающие под действие п.10.9. оплачиваются тарифам 7S551-УП, 7S552-УП, 7S553-УП (см. раздел 12).

10.11. При обработке реестров счетов в страховых медицинских организациях и ТФОМС Тульской области снимаются контроли за соблюдением территориальных стандартов, в т.ч. с применением технологических карт.

## 11. Применение коэффициента сложности лечения пациента

**Коэффициент сложности лечения пациентов** - устанавливаемый на территориальном уровне в отдельных случаях коэффициент в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Из всех поводов, для которых возможно применение КСЛП в соответствии с приложением 3 к Методическим рекомендациям МЗ РФ и ФОМС в 2017 году реализованы следующие:

№	Случай, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
3	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4)	1,05
4	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)	1,05
8	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний	1,05

Для применения КСЛП по вышеназванным случаям при выставлении счета по КСГ необходимо использовать тариф, определенный с помощью программы «Утилита подбора КСГ», дополнив его окончанием – SLP.

КСЛП применяется только с тарифами группы 7S за исключением коротких курсов 7S551, 7S552, 7S553.

Применение КСЛП изменяет только тариф услуги, не влияя на принципы учета этого случая лечения.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ, ЧТО ПРИМЕНЕНИЕ ТАРИФОВ С ОКОНЧАНИЕМ – SLP В ПРОГРАММЕ «АРМ ОМС» БУДЕТ ВОЗМОЖНО, НАЧИНАЯ С РЕЕСТРОВ ЗА ФЕВРАЛЬ 2017 ГОДА. СЛУЧАИ, ЗАКОНЧЕННЫЕ В ЯНВАРЕ 2017 ГОДА, С ОКОНЧАНИЕМ – SLP РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОДАВАТЬ НА ОПЛАТУ С РЕЕСТРАМИ ЗА ФЕВРАЛЬ.

## 12. Короткие и прерванные случаи лечения в круглосуточном стационаре (1-3 койко-дня)

12.1. Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре при переводе в другую медицинскую организацию и оплата случая лечения длительностью менее трех дней осуществляется за количество проведенных пациентом койко-дней в стационаре по тарифу базовой стоимости одного койко-дня с учетом уровня оказания стационарной помощи:

Длительность стационарного лечения	Код тарифа	Наименование тарифа
1 койко-день	7S551-УП*	КОРОТКИЙ КУРС 1 ДЕНЬ-УП*
2 койко-дня	7S552-УП	КОРОТКИЙ КУРС 2 ДНЯ-УП
3 койко-дня	7S553-УП	КОРОТКИЙ КУРС 3 ДНЯ -УП

Примечание. УП\* - в коде тарифного справочника и в наименовании в тарифном справочнике (ст.1,2) означает уровень и подуровень оказания стационарной медицинской помощи и может принимать следующие значения:

Уровень и подуровень МО в тарифном соглашении (Раздел Оплата стационарной медицинской помощи.)	Окончание кода услуги	Окончание наименования тарифа
1	-1	1
2	-2	2
3А	-3А	3А
3Б	-3В	3Б
3В	-3V	3В
3Г	-3G	3Г
3Д	-3D	3Д

12.2. Обратите внимание, что в связи с включением коротких курсов в Задание недопустимо отзывать случаи из ранее оплаченных реестров счетов, оплаченные по тарифам S551, S552, S553, без веских причин.

### **13. Учет для оплаты количества случаев стационарного лечения, выполненных в медицинской организации**

13.1. В Приложении 11 «Кодировка тарифов и согласованные объемы заданий для круглосуточных и дневных стационаров Тульской области на 2017 год» к настоящему письму для каждого профиля коек каждой медицинской организации указано максимальное количество случаев лечения на 2017 год, которое должно быть оплачено из средств ОМС (в целом на профиль коек). Оплата случаев, превышающих указанное количество, возможна в исключительных случаях только после внесения изменения в объемы, устанавливаемые тарифной комиссией.

Количество случаев каждого вида КСГ носит прогностический характер и может варьировать, отражая текущую заболеваемость. (См. п.10.8.)

13.2. В объемы, устанавливаемые тарифной комиссией, не входят случаи лечения граждан, застрахованных вне территории Тульской области (иностранцы). Оплата медицинской помощи таким гражданам производится за любое количество случаев в рамках межтерриториальных расчетов.

13.3. При внутрибольничном **переводе из отделения в отделение** одного МО, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 (за исключением Классов II-IV, IX, XI, XII) и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата и учет осуществляется следующим образом:

- Оплачивается лечение в каждом из двух отделений по полному тарифу соответствующего профиля (КСГ (в том числе короткий курс), высокотехнологичная медицинская помощь в любых сочетаниях);
- Для учета объемов перевод считается одним законченным случаем, включающим лечение в двух отделениях, при этом в зачет объемов идет тариф, выставленный за лечение в отделении из которого проведена выписка пациента (кроме ВМП), и профиль определяется профилем отделения, из которого проведена выписка пациента (кроме ВМП).
- Если ВМП было проведено в первом случае лечения, а в дальнейшем лечение по КСГ – в учет объемов включается случай ВМП соответствующего профиля;
- Если ВМП было проведено в обоих случаях, в учет объемов включаются оба случая ВМП по соответствующим профилям. Порядок оформления таких счетов для оплаты будет сообщен дополнительно.

При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10 (за исключением Классов II-IV, IX, XI, XIV), оплата производится в рамках одного случая по КСГ с наибольшим размером оплаты.

13.4. В соответствии с п. 1.3. приказа МЗ РФ №154 от 5 мая 1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» возможно оказание стационарной медицинской помощи детям на койках общей лечебной сети по направлениям детских лечебно-профилактических учреждений при наличии соответствующих лицензий на оказание медицинскую помощь.

13.5. Обратите внимание, что оплата случаев плановой госпитализации, в том числе, в дневной стационар будет осуществляться только при совпадении данных о направлении в талоне амбулаторного пациента с данными направления на госпитализацию в карте выбывшего из стационара.

#### **IV. Медицинская помощь в условиях дневного стационара**

14.1. Показания для направления больного в дневные стационары (далее ДС) всех типов предусмотрены разделом V Постановления правительства Тульской области от 30.12.2016 N 662 "О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Тульской области медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов".

14.2. Противопоказаниями для лечения в ДС являются острые септические состояния; декомпенсация при сердечной, легочной и другой органной недостаточности; состояние пациента требует круглосуточного врачебного наблюдения и медицинского ухода; необходимость круглосуточного парентерального введения различных медикаментозных средств; резко ограниченные возможности самостоятельного передвижения.

14.3. Критериями окончания лечения в ДС являются клиническое выздоровление; улучшение, ремиссия; ухудшение состояния больного, требующее

круглосуточного динамического наблюдения и лечения в условиях стационара круглосуточного пребывания.

14.4. Режим работы ДС определяется приказом по учреждению с учетом местных условий, объемов его работы и мощности поликлиники.

14.5. Медикаменты в ДС по назначению врача предоставляются бесплатно для пациента на курс лечения.

14.6. Порядок направления и госпитализации в дневной стационар, условия выписки или перевода в другое отделение утверждаются руководителем медицинской организации (далее МО).

14.7. В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (протокол заседания рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи от 9 декабря 2016 года № 66/11/18) (Приложение 5 к настоящему письму) оплата медицинской помощи, оказанной в 2017 году условиях дневного стационара, будет производиться следующими способами:

- за законченный случай заболевания, включенного в клинико-статистическую группу (**КСГ**) – группа тарифов 7D...;
- за короткие и прерванные случаи лечения – группа тарифов 7D551, 7D552, 7D553.
- за законченный случай высокотехнологичной помощи (**ВМП**) – группа тарифов 7V...(некоторые МО);

14.8. Обязательным условием оплаты СМО КСГ в соответствии с реестрами счетов является наличие соответствующей действующей лицензии на профиль ДС, специалиста соответствующего профиля, установленных объемов на данный профиль ДС и оформленного в установленном порядке распорядительным документом руководителя МО ДС соответствующего профиля. Применять тариф профиля ДС только на основании специальности врача и/или кода МКБ-10 недопустимо.

14.9. Основная часть случаев лечения в дневном стационаре подается на оплату на основе КСГ. Подбор КСГ и формирование реестра счетов, учет количества случаев в Задании в дневном и круглосуточном стационарах аналогично (см. п.п.10.2 -10.4, 10.8 настоящего письма).

14.10. Тариф оплаты по КСГ определяется исходя *из базовой ставки (БС, единая для всех случаев лечения в дневном стационаре), коэффициента относительной затратоемкости (КЗ, различны для разных КСГ, определяются по единым для Российской Федерации правилам), управленческого коэффициента (УК, присваивается тарифной комиссией отдельным видам КСГ).*

*Коэффициент уровня оказания медицинской помощи* одинаков для всех дневных стационаров Тульской области и равен 1.



Тариф (руб.)= Базовая ставка (БС, руб.) \* К (коэффициент),  
K=KЗ\*УК

В новой версии программы «Утилита подбора КСГ», подходящие КСГ располагаются по порядку убывания коэффициента К.

14.11. Код тарифа КСГ в дневном стационаре в 2017 году имеет следующий формат:

**7DNNN(.N)**, где

7 - последняя цифра года введения тарифа,

D – признак КСГ дневного стационара,

NNN.N – номер КСГ в тарифном соглашении и программе «Утилита подбора КСГ».

14.12. Предусмотренные для каждой профиля каждой МО перечни клинико-статистических групп (КСГ) с указанием кода КСГ, а также согласованные объемы, представлены в Приложении 11 «Кодировка тарифов и согласованные объемы для круглосуточных и дневных стационаров Тульской области на 2017 год».

Перечни КСГ определены на основе данных от медицинских организаций (ответы на письмо ТФОМС ТО от 22.11.2016 г. № 1852/06 «О планируемой структуре госпитализации на 2017 г»).

Следует обратить внимание, что коды КСГ, указанные в Приложении 11 к настоящему письму, были изменены для согласования с Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФОМС на 2017 год.

14.13. Повторные случаи лечения по КСГ в ДС по поводу одного заболевания (с одним кодом МКБ-10) ранее, чем через 90 дней, кроме случаев этапного лечения заболевания, определяемого врачом, от оплаты отклоняются и могут быть оплачены только после подтверждения обоснованности по результатам экспертизы КМП, проведенной СМО.

14.14. Длительность лечения случая в дневном стационаре, поданного по КСГ, должна быть не менее 4 пациенто-дней, кроме следующих КСГ, которые, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи МЗ РФ и ФОМС и Инструкцией по группировке случаев, оплачиваются в полном объеме не зависимо от длительности и исхода лечения без предоставления каких-либо дополнительных сведений (актов внутриведомственной экспертизы и т.п.):

Код КСГ	№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
7D13	13	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
7D14	14	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети

7D15	15	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети
7D50	50	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
7D51	51	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
7D52.1	52.1	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1), доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе без применения затратных препаратов
7D52.2	52.2	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1), доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе с применением затратных препаратов
7D53.1	53.1	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) без применения затратных препаратов
7D53.2	53.2	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) с применением затратных препаратов
7D54	54	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы

В исключительных случаях могут подаваться на оплату по полному тарифу и другие, не включенные в вышеприведенную таблицу, виды КСГ длительностью 1-2-3 койко-дня, если большая часть дорогостоящих диагностических и лечебных мероприятий, определяющих тариф КСГ, были выполнены за период лечения. Подача каждого такого случая на оплату согласуется со страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Тульской области на основе акта внутриведомственной экспертизы, подтверждающего затраты МО.

14.15. Короткие и прерванные случаи лечения (1-3 пациенто-дня) не попадающие под действие п.10.9. оплачиваются тарифам 7D551, 7D552, 7D553 (см. раздел 15).

### **15. Короткие и прерванные случаи лечения в дневном стационаре (1-3 пациенто-дня)**

15.1. Оплата прерванного случая лечения пациента в дневном стационаре при переводе на другие этапы лечения и оплата случая лечения длительностью менее трех дней осуществляется за количество проведенных пациентом пациенто-дней в дневном стационаре по тарифу базовой стоимости одного пациенто-дня.

Длительность лечения в ДС	Код тарифа	Наименование тарифа
1 пациенто-день	7D551	КОРОТКИЙ КУРС 1 ДЕНЬ
2 пациенто -дня	7D552	КОРОТКИЙ КУРС 2 ДНЯ
3 пациенто -дня	7D553	КОРОТКИЙ КУРС 3 ДНЯ

15.2. Обратите внимание, что в связи с включением коротких курсов в установленные объемы недопустимо отзывать из ранее оплаченных реестров счетов случаи, оплаченные по тарифам D551, D552, D553 без веских причин.

15.3. В Приложении 11 «Кодировка тарифов и согласованные объемы заданий для круглосуточных и дневных стационаров Тульской области на 2017 год» к настоящему письму для каждого профиля помощи каждой медицинской организации указано максимальное количество случаев лечения на 2017 год, которое должно быть оплачено из средств ОМС (в целом на профиль). Оплата случаев, превышающих указанное количество, возможна в исключительных случаях только после внесения изменения тарифной комиссией.

Количество случаев каждого вида КСГ носит прогностический характер и может варьировать, отражая текущую заболеваемость. (См. п.10.8.)

15.4. В объемы, установленные Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Тульской области, не входят случаи лечения граждан, застрахованных вне территории Тульской области (иногородние). Оплата медицинской помощи таким гражданам производится за принятое к оплате Фондом фактическое количество случаев в рамках межтерриториальных расчетов.

15.5. Допускается пересечение сроков лечения в дневном стационаре по одному заболеванию и поликлинического обращения к специалисту по другому заболеванию. В спорных случаях решение принимается по результатам проведения экспертизы СМО в установленном порядке.

15.6. По окончании лечения в дневном стационаре на пациента оформляется выписка (эпикриз) по форме №027у и заполняется статистическая карта вышедшего из стационара по форме №066/у, в которую в обязательном порядке вносится специальность лечащего врача, код заболевания по МКБ-10, тариф КСГ. При проведении в дневном стационаре оперативного вмешательства его код и наименование в обязательном порядке вносится в соответствующий раздел статистической карты формы №066/у.

## **V. Оплата гемодиализа (особый случай)**

16.1. Способы оплаты гемодиализа зависят от того, в каких условиях получает помощь пациент на данном этапе лечения.

16.2. В случае получения процедур гемодиализа в условиях **поликлиники** оплата производится за медицинскую услугу – каждую процедуру гемодиализа. Код услуги **M5231**. В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации ТППГ за единицу объема в поликлинических условиях принимается 1 месяц (одно обращение). Для этого в одном талоне амбулаторного пациента в разделе "Услуги" должны быть перечислены все сеансы гемодиализа с указанием кода **M5231** и даты проведения. Простые медицинские услуги (A18.05.002 "Гемодиализ") на обратной стороне талона указываются для статистического учета.

На каждого пациента ежемесячно заполняется талон амбулаторного пациента, в разделе «Манипуляции» которого указывается каждая процедура гемодиализа, проведенная в отчетном месяце.

16.3. Допускается пересечение сроков получения сеансов гемодиализа в поликлиническом отделении и иных видов медицинской помощи, включая пребывание в круглосуточном стационаре.

16.4. В случае получения **плановых** процедур гемодиализа в **дневном стационаре** оплата складывается из двух частей:

- 1) Оплаты терапии пациентов с хронической болезнью почек в форме соответствующей КСГ;
- 2) Оплаты фактически выполненных процедур гемодиализа за отчетный месяц.

16.4.1. Оплата терапии пациентов с хронической болезнью почек в форме КСГ производится по одной из нижеследующих КСГ:

7D40	Гломерулярные болезни, почечная недостаточность (без диализа)
7D41	Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ
7D42	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
7D43	Другие болезни почек

Принципы формирования этих КСГ описаны в разделе IV настоящего письма.

16.4.2. Фактически выполненные процедуры гемодиализа за отчетный месяц отражаются **в той же карте** выбывшего из стационара (ф.№066/у). В разделе манипуляции указывается каждая процедура гемодиализа, проведенная в отчетном месяце. При формировании реестров счетов в поле «код услуги» вносится **M5102 Гемодиализ в ДС**. В поле количество услуг заносится фактическое количество выполненных процедур гемодиализа. В раздел «Манипуляции» заносится услуга A18.05.002 "Гемодиализ" с указанием фактических дат проведения процедур (при этом признак "главной услуги" указывается только для медицинских услуг КСГ). На случай гемодиализа указывается **один код МКБ-10**, отобранный программой "Утилита подбора КСГ".

16.4.3. Гемодиализ по экстренным показаниям (до прикрепления пациента к центру гемодиализа) проводятся только в условиях круглосуточного стационара.

16.5. Допускается пересечение сроков получения сеансов гемодиализа в дневном стационаре и иных видов медицинской помощи, включая пребывание в круглосуточном стационаре.

16.6. В соответствии с методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи в круглосуточном стационаре в 2017 году при оплате случаев лечения с проведением гемодиализа стоимость одного законченного случая лечения складывается из стоимости тарифа **основной КСГ, по которой проводится лечение, и фактически выполненных в стационарных условиях** процедур гемодиализа.

Если до случая лечения с проведением гемодиализа пациент уже находился в КС, то предыдущий случай закрывается переводом, оформляется новая карта выбывшего из стационара по случаю гемодиализа.

16.6.1. В качестве **основной КСГ**, с которой суммируется стоимость процедур диализа, может выступать, как указанное в таблице нефрологическое заболевание

7S112	Почечная недостаточность
7S113	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
7S114	Гломерулярные болезни

так и другие КСГ, на фоне лечения которых может потребоваться проведение процедур хронического или острого гемодиализа (например, лечение в токсикологических отделениях).

16.6.2. **Фактически выполненные процедуры** подаются на оплату отделением, проводившим диализ, следующим образом:

- в поле «код услуги» вносится **М5302 Гемодиализ в КС**
- в поле количество услуг заносится фактическое количество выполненных процедур гемодиализа;
- в раздел «Манипуляции» заносится услуга А18.05.002 Гемодиализ, с указанием фактических дат проведения процедур. Признак "главной услуги" указывается только для медицинских услуг КСГ.

На случай гемодиализа указывается **один код МКБ-10**, отобранный программой "Утилита подбора КСГ".

16.7. Недопустимо включать в реестры счетов медицинской организации, в которой проходил стационарное лечение пациент, процедуры гемодиализа, проведенные ему другой медицинской организацией. Счета подает медицинская организация, фактически осуществлявшая проведение процедур диализа.

### **Приложения:**

1. Принципы кодирования посещений и обращений в поликлинике
2. Выбор кода посещений и обращений для специальностей врачей, не вошедших в основной список тарифов
3. Разделение операций в амбулаторной хирургии по категориям сложности
4. Диагностические исследования МЛДЦ
5. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (протокол заседания рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов

оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи от 9 декабря 2016 года № 66/11/18).

6. Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»

7. Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (в дополнение к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования)

8. Файл расшифровки КСГ для круглосуточного стационара.

9. Файл расшифровки КСГ для дневного стационара.


10. Оплата ВМП в 2017 году (кодировка тарифов, согласованные объемы заданий).

11. Кодировка тарифов и согласованные объемы заданий для круглосуточных и дневных стационаров Тульской области на 2017 год.

**Заместитель министра**

**Директор ТФОМС ТО**

  
\_\_\_\_\_ **Т.А. Семина**

  
\_\_\_\_\_ **Б.Н. Федорченко**

Исполнители  
Красноперова Ю.С., тел. 25-07-24  
Яриева Л.И., тел. 25-35-51

**Принципы кодирования посещений и обращений в поликлинике**

Группа тарифов	Специальности в тарифном соглашении	посещение по заболеванию		обращение по заболеванию		посещение профилактическое	
		Код тарифа	Наименование тарифа	Код тарифа	Наименование тарифа	Код тарифа	Наименование тарифа
01	Кардиология и ревматология	<b>ПЗ-01-УП*</b>	К кардиологу/ревматологу посещение по заболеванию	<b>ОЗ-01-УП</b>	К кардиологу/ревматологу обращение по заболеванию	<b>ПП-01-УП</b>	К кардиологу/ревматологу посещение профилактическое
02	Педиатрия	<b>ПЗ-02-УП</b>	К педиатру посещение по заболеванию	<b>ОЗ-02-УП</b>	К педиатру обращение по заболеванию	<b>ПП-02-УП</b>	К педиатру посещение профилактическое
03	Терапия	<b>ПЗ-03-УП</b>	К терапевту посещение по заболеванию	<b>ОЗ-03-УП</b>	К терапевту обращение по заболеванию	<b>ПП-03-УП</b>	К терапевту посещение профилактическое
04	Эндокринология	<b>ПЗ-04-УП</b>	К эндокринологу посещение по заболеванию	<b>ОЗ-04-УП</b>	К эндокринологу обращение по заболеванию	<b>ПП-04-УП</b>	К эндокринологу посещение профилактическое
05	Аллергология	<b>ПЗ-05-УП</b>	К аллергологу посещение по заболеванию	<b>ОЗ-05-УП</b>	К аллергологу обращение по заболеванию	<b>ПП-05-УП</b>	К аллергологу посещение профилактическое
06	Неврология	<b>ПЗ-06-УП</b>	К неврологу посещение по заболеванию	<b>ОЗ-06-УП</b>	К неврологу обращение по заболеванию	<b>ПП-06-УП</b>	К неврологу посещение профилактическое
07	Инфекционные болезни	<b>ПЗ-07-УП</b>	К инфекционисту посещение по заболеванию	<b>ОЗ-07-УП</b>	К инфекционисту обращение по заболеванию	<b>ПП-07-УП</b>	К инфекционисту посещение профилактическое
08	Хирургия	<b>ПЗ-08-УП</b>	К хирургу посещение по заболеванию	<b>ОЗ-08-УП</b>	К хирургу обращение по заболеванию	<b>ПП-08-УП</b>	К хирургу посещение профилактическое
09	Урология	<b>ПЗ-09-УП</b>	К урологу посещение по заболеванию	<b>ОЗ-09-УП</b>	К урологу обращение по заболеванию	<b>ПП-09-УП</b>	К урологу посещение профилактическое
10	Акушерство-гинекология	<b>ПЗ-10-УП</b>	К акушеру-гинекологу посещение по заболеванию	<b>ОЗ-10-УП</b>	К акушеру-гинекологу обращение по заболеванию	<b>ПП-10-УП</b>	К акушеру-гинекологу посещение профилактическое
11	Оториноларингология	<b>ПЗ-11-УП</b>	К оториноларингологу посещение по заболеванию	<b>ОЗ-11-УП</b>	К оториноларингологу обращение по заболеванию	<b>ПП-11-УП</b>	К оториноларингологу посещение профилактическое
12	Офтальмология	<b>ПЗ-12-УП</b>	К офтальмологу посещение по заболеванию	<b>ОЗ-12-УП</b>	К офтальмологу обращение по заболеванию	<b>ПП-12-УП</b>	К офтальмологу посещение профилактическое
13	Дерматология	<b>ПЗ-13-УП</b>	К дерматологу посещение по заболеванию	<b>ОЗ-13-УП</b>	К дерматологу обращение по заболеванию	<b>ПП-13-УП</b>	К дерматологу посещение профилактическое
14	Психология					<b>ПП-14-УП</b>	К психологу (предабортное консультирование) посещение профилактическое
15	Средний медицинский работник (фельдшер, акушер)					<b>ПП-15-УП</b>	К СМР (фельдшеру, акушеру) посещение профилактическое

**Выбор кода посещений и обращений для специальностей врачей, не вошедших в основной список тарифов**

Специальность врача (код в справочнике специальностей)	Группа тарифов	Специальности в тарифном соглашении	Код тарифа на посещение по заболеванию	Код тарифа на обращение по заболеванию	Код тарифа на посещение профилактическое
<b>МО и подразделения МО, оказывающие помощь взрослым застрахованным лицам</b>					
кардиолог (3016); ревматолог (3053)	01	Кардиология и ревматология	<b>ПЗ-01-УП</b>	<b>ОЗ-01-УП</b>	<b>ПП-01-УП</b>
врач здравпункта (3068); врач мануальной терапии (3024); врач по леч.физкультуре и спорт.медицине (3021); гастроэнтеролог (3005); гематолог (3006); генетик (3007); гериатр (3008); нефролог (3027); общей практики (семейный) (3028); врач приемного отделения (3039); пульмонолог (3050); радиолог (3051); радиотерапевт (3113); рефлексотерапевт (3054); терапевт (3063); терапевт участковый городского участка (3064);	03	Терапия	<b>ПЗ-03-УП</b>	<b>ОЗ-03-УП</b>	<b>ПП-03-УП</b>



терапевт участковый приписного участка (3065); терапевт участковый цехового участка (3066); токсиколог (3070); физиотерапевт (3076); эндоскопист (3082)					
диабетолог (3013); эндокринолог (3081)	04	Эндокринология	ПЗ-04-УП	ОЗ-04-УП	ПП-04-УП
аллерголог - иммунолог (3003)	05	Аллергология	ПЗ-05-УП	ОЗ-05-УП	ПП-05-УП
невролог (3025)	06	Неврология	ПЗ-06-УП	ОЗ-06-УП	ПП-06-УП
инфекционист (3015)	07	Инфекционные болезни	ПЗ-07-УП	ОЗ-07-УП	ПП-07-УП
колопроктолог (3019); нейрохирург (3026); онколог (3029); сердечно-сосудистый хирург (3056); торакальный хирург (3071); травматолог-ортопед (3072); хирург (3080); челюстно-лицевой хирург (3102)	08	Хирургия	ПЗ-08-УП	ОЗ-08-УП	ПП-08-УП
уролог (3075)	09	Урология	ПЗ-09-УП	ОЗ-09-УП	ПП-09-УП
акушер-гинеколог (3001)	10	Акушерство-гинекология	ПЗ-10-УП	ОЗ-10-УП	ПП-10-УП
отоларинголог (3030); сурдолог-оториноларинголог (3061)	11	Оториноларингология	ПЗ-11-УП	ОЗ-11-УП	ПП-11-УП
офтальмолог (3031)	12	Офтальмология	ПЗ-12-УП	ОЗ-12-УП	ПП-12-УП
дерматовенеролог (3009)	13	Дерматология	ПЗ-13-УП	ОЗ-13-УП	ПП-13-УП
Психолог, в т.ч. медицинский (402)	14	Психология			ПП-14-УП
акушерка (409); фельдшер (410)	15	Средний медицинский работник (фельдшер, акушер)			ПП-15-УП

Специальность врача (код в справочнике специальностей)	Группа тарифов	Специальности в тарифном соглашении	Код тарифа на посещение по заболеванию	Код тарифа на обращение по заболеванию	Код тарифа на посещение профилактическое
<b>МО и подразделения МО, оказывающие помощь детям («Детские» медицинские организации, детские отделения в ГБ, РБ, ЦРБ)</b>					
кардиолог детский (3109); ревматолог (3053)	<b>01</b>	Кардиология и ревматология	<b>ПЗ-01-УП</b>	<b>ОЗ-01-УП</b>	<b>ПП-01-УП</b>
врач мануальной терапии (3024); врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине (3021); гастроэнтеролог (3005); гематолог (3006); неонатолог (3038); нефролог (3027); общей практики (семейный) (3028); педиатр (3034); педиатр городской (районный) (3037); педиатр участковый городского участка (3035); педиатр участковый приписного участка (3036); врач приемного отделения (3039); пульмонолог (3050); рефлексотерапевт (3054); физиотерапевт (3076)	<b>02</b>	Педиатрия	<b>ПЗ-02-УП</b>	<b>ОЗ-02-УП</b>	<b>ПП-02-УП</b>
детский эндокринолог (3012);	<b>04</b>	Эндокринология	<b>ПЗ-04-УП</b>	<b>ОЗ-04-УП</b>	<b>ПП-04-УП</b>
аллерголог - иммунолог (3003)	<b>05</b>	Аллергология	<b>ПЗ-05-УП</b>	<b>ОЗ-05-УП</b>	<b>ПП-05-УП</b>
невролог (3025)	<b>06</b>	Неврология	<b>ПЗ-06-УП</b>	<b>ОЗ-06-УП</b>	<b>ПП-06-УП</b>
инфекционист (3015)	<b>07</b>	Инфекционные болезни	<b>ПЗ-07-УП</b>	<b>ОЗ-07-УП</b>	<b>ПП-07-УП</b>

анестезиолог - реаниматолог (3004); детский онколог (3010); детский хирург (3011); колопроктолог (3019); нейрохирург (3026); онколог (3029); сердечно-сосудистый хирург (3056); торакальный хирург (3071); травматолог-ортопед (3072); хирург (3080); челюстно-лицевой хирург (3102)	<b>08</b>	Хирургия	<b>ПЗ-08-УП</b>	<b>ОЗ-08-УП</b>	<b>ПП-08-УП</b>
уролог (3075); уролог-андролог детский (3114)	<b>09</b>	Урология	<b>ПЗ-09-УП</b>	<b>ОЗ-09-УП</b>	<b>ПП-09-УП</b>
акушер-гинеколог (3001)	<b>10</b>	Акушерство- гинекология	<b>ПЗ-10-УП</b>	<b>ОЗ-10-УП</b>	<b>ПП-10-УП</b>
отоларинголог (3030); сурдолог-оториноларинголог (3061)	<b>11</b>	Оториноларингология	<b>ПЗ-11-УП</b>	<b>ОЗ-11-УП</b>	<b>ПП-11-УП</b>
офтальмолог (3031)	<b>12</b>	Офтальмология	<b>ПЗ-12-УП</b>	<b>ОЗ-12-УП</b>	<b>ПП-12-УП</b>
дерматовенеролог (3009)	<b>13</b>	Дерматология	<b>ПЗ-13-УП</b>	<b>ОЗ-13-УП</b>	<b>ПП-13-УП</b>
акушерка (409); фельдшер (410)	<b>15</b>	Средний медицинский работник (фельдшер, акушер)			<b>ПП-15-УП</b>

### Разделение операций в амбулаторной хирургии по категориям сложности

код	Наименование операции
<b>Операции 1 категории сложности (АХ-1)</b>	
A11.01.001	Биопсия кожи
A11.18.003	Бужирование колостомы
A16.01.001	Удаление поверхностно расположенных инородных тел
A16.01.005	Иссечение поражения кожи
A16.01.028	Удаление мозоли
A16.08.011	Удаление инородного тела носа
A16.08.016	Промывание лакун миндалин
<b>A16.21.519</b>	Рассечение ущемляющего кольца при парафимозе
A16.26.034	Удаление инородного тела конъюнктивы
A16.28.058	Вправление парафимоза
<b>Операции 2 категории сложности (АХ-2)</b>	
A16.01.002	Вскрытие панариция
A16.01.003	Некрэктомия
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной раны
A16.01.016	Удаление атеромы
A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.01.019	Вскрытие инфильтрата (угревого элемента) кожи и подкожно-жировой клетчатки
A16.03.033	Наложение наружных фиксирующих устройств
A16.03.034	Репозиция отломков костей при переломах
A16.04.002	Терапевтическая аспирация содержимого сустава
A16.08.023	Промывание верхнечелюстной пазухи носа
A16.12.014	Перевязка сосуда
A16.12.020	Остановка кровотечения из периферического сосуда
<b>A16.16.041.003</b>	Эндоскопическое удаление инородных тел пищевода
<b>A16.16.048</b>	Эндоскопическое удаление инородных тел из желудка
<b>A16.16.500</b>	Эндоскопическое удаление инородных тел верхних отделов пищеварительного тракта
<b>A16.26.060</b>	Иридэктомия
<b>A22.26.006</b>	Лазергониотрабекулопунктура
<b>A22.26.019</b>	Лазерная гониодесцеметопунктура
<b>A22.26.502</b>	Лазерная передняя капсулотомия
<b>A22.26.503</b>	Лазерная задняя капсулотомия
<b>A22.26.504</b>	Лазерное снятие преципитатов с искусственной оптической линзы

<b>Операции 3 категории сложности (АХ-3)</b>	
A11.01.005	Биопсия узелков, тофусов
A11.06.002	Биопсия лимфатического узла
A11.26.008	Биопсия участков глаза, глазницы, новообразований, удаление инородных тел, паразитов
A16.01.006	Иссечение поражения подкожно-жировой клетчатки
A16.01.011	Вскрытие фурункула (карбункула)
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)
A16.01.014	Удаление звездчатой ангиомы
A16.01.015	Удаление телеангиоэктазий
A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
A16.01.023	Иссечение рубцов кожи
A16.01.027	Удаление ногтевых пластинок
A16.02.002	Удаление новообразования мышцы
A16.02.003	Удаление новообразования сухожилия
A16.02.004	Иссечение контрактуры Дюпюитрена
A16.02.007	Освобождение мышцы из рубцов и сращений (миолиз)
A16.02.009	Восстановление мышцы и сухожилия
A16.02.501	Шов сухожилия
A16.04.019	Иссечение суставной сумки (синовэктомия)
A16.12.012	Перевязка и обнажение варикозных вен
A16.12.516	Венэктомия при осложненном варикозном расширении вен
A16.19.003	Иссечение ректальной слизистой оболочки
A16.19.018	Удаление инородного тела прямой кишки без разреза
A16.19.024	Иссечение эпителиального копчикового хода
A16.21.024	Иссечение оболочек яичка
A16.26.025	Удаление инородного тела или новообразования век
<b>A16.26.097</b>	Капсулотомия, капсулэктомия
A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
<b>A22.26.007</b>	Лазергониопластика (гониоспазис)
<b>A22.26.009</b>	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна
<b>A22.26.023</b>	Лазерная трабекулопластика
<b>A22.26.505</b>	Барьерная лазерная коагуляция
<b>A22.26.506</b>	Лазерная коагуляция при отслойке сетчатки
<b>A22.26.507</b>	Крио- или лазерокоагуляция сетчатки

Приложение №4  
к письму МЗ ТО и ТФОМС ТО  
от 08.02.2017 № 15-05-08/1432и № 235/06

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ	Код услуги	Наименование услуги	Тариф оплаты по состоянию на январь 2017 г.	Кол-во услуг на 2017 г.	Расчетная стоимость услуг на 2017 год
ГУЗ "АРБ №1 ИМ. ПРОФЕССОРА В.Ф. СНЕГИРЕВА"	Д3039-53	ди дц - РКТ БЕЗ УСИЛЕНИЯ	1422,1	500	711050,0
	Д3039-52	ди дц - РКТ С УСИЛЕНИЕМ	1973,6	20	39472,0
	Д3058-50	ди дц - ИФА КРОВИ	308,1	600	184860,0
	Д3052-52	ди дц - УЗИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ (2-ОЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ)	277,5	850	235875,0
	Д3004-50	ди дц - ФИБРОГАСТРОСКОПИЯ (ФГС)	532,3	600	319380,0
	Д3043-50	ди дц - ДОПЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ	356,8	600	214080,0
	Д3037-50	ди дц - ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭКГ)	291,8	900	262620,0
	Д3018-50	ди дц - КОЛОНОСКОПИЯ	899,3	200	179860,0
ГУЗ "ГБ №10 Г. ТУЛЫ"	Д3015-50	ди дц - ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ (ФБС)	449,6	400	179840,0
ГУЗ "ГБ №11 Г. ТУЛЫ"	Д3039-53	ди дц - РКТ БЕЗ УСИЛЕНИЯ	1422,1	100	142210,0
ГУЗ "ГБ №13 Г. ТУЛЫ"	Д3037-50	ди дц - ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭКГ)	291,8	900	262620,0
	Д3117-50	ди дц - АППАРАТНАЯ ПРОВЕРКА ОДНОКАМЕРНОГО ЭКС	443,2	500	221600,0
	Д3118-50	ди дц - АППАРАТНАЯ ПРОВЕРКА ДВУХКАМЕРНОГО ЭКС	598,5	500	299250,0
ГУЗ "ГБ №2 Г. ТУЛЫ ИМЕНИ Е.Г. ЛАЗАРЕВА"	Д3037-50	ди дц - ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭКГ)	291,8	600	175080,0
	Д3052-52	ди дц - УЗИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ (2-ОЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ)	277,5	1300	360750,0
	Д3004-50	ди дц - ФИБРОГАСТРОСКОПИЯ (ФГС)	532,3	120	63876,0
	Д3058-50	ди дц - ИФА КРОВИ	308,1	300	92430,0
ГУЗ "ГБ №9 Г. ТУЛЫ"	Д3018-50	ди дц - КОЛОНОСКОПИЯ	899,3	240	215832,0

ГУЗ "ЕФРЕМОВСКАЯ РБ"	Д3039-52	ди дц - РКТ С УСИЛЕНИЕМ	1973,6	60	118416,0
	Д3039-53	ди дц - РКТ БЕЗ УСИЛЕНИЯ	1422,1	120	170652,0
	Д3018-50	ди дц - КОЛОНОСКОПИЯ	899,3	120	107916,0
	Д3052-52	ди дц - УЗИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ (2-ОЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ)	277,5	400	111000,0
ГУЗ "БОГОРОДИЦКАЯ ЦРБ"	Д3052-52	ди дц - УЗИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ (2-ОЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ)	277,5	150	41625,0
ГУЗ "НОВОМОСКОВСКАЯ ГКБ"	Д3043-50	ди дц - ДОППЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ	356,8	400	142720,0
	Д3037-50	ди дц - ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭКГ)	291,8	1100	320980,0
	Д3004-50	ди дц - ФИБРОГАСТРОСКОПИЯ (ФГС)	532,3	500	266150,0
	Д3058-50	ди дц - ИФА КРОВИ	308,1	2000	616200,0
	Д3039-53	ди дц - РКТ БЕЗ УСИЛЕНИЯ	1422,1	600	853260,0
	Д3015-50	ди дц - ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ (ФБС)	449,6	60	26976,0
	Д3018-50	ди дц - КОЛОНОСКОПИЯ	899,3	300	269790,0
ГУЗ "РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №1 Г. ТУЛЫ"	Д3043-50	ди дц - ДОППЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ	356,8	1800	642240,0
	Д3052-52	ди дц - УЗИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ (2-ОЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ)	277,5	2500	693750,0
ГУЗ "СУВОРОВСКАЯ ЦРБ"	Д3039-53	ди дц - РКТ БЕЗ УСИЛЕНИЯ	1422,1	600	853260,0
	Д3058-50	ди дц - ИФА КРОВИ	308,1	600	184860,0
	Д3037-50	ди дц - ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭКГ)	291,8	300	87540,0
	Д3004-50	ди дц - ФИБРОГАСТРОСКОПИЯ (ФГС)	532,3	60	31938,0
	Д3018-50	ди дц - КОЛОНОСКОПИЯ	899,3	60	53958,0
	Д3043-50	ди дц - ДОППЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ	356,8	60	21408,0
ГУЗ "УЗЛОВСКАЯ РБ"	Д3052-52	ди дц - УЗИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ (2-ОЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ)	277,5	800	222000,0

ГУЗ "ТГК БСМП ИМ. Д.Я.ВАНЬКИНА"	Д3039-53	ДИ ДЦ - РКТ БЕЗ УСИЛЕНИЯ	1422,1	2600	3697460,0
	Д3102-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ ОТДЕЛЯЕМОГО ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ)	158,0	240	37920,0
	Д3058-50	ДИ ДЦ - ИФА КРОВИ	308,1	1100	338910,0
	Д3103-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА НА УСЛОВНО-ПАТОГЕННУЮ КИШЕЧНУЮ ФЛОРУ	147,0	1200	176400,0
	Д3106-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ СЛИЗИ ИЗ ЗЕВА И НОСА НА МИКРОФЛОРУ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АБ (ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ)	179,1	8500	1522350,0
	Д3108-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА НА ДИЗЕНТЕРИЙНУЮ ГРУППУ	172,8	6000	1036800,0
	Д3105-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА НА КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ (ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ)	102,6	1200	123120,0
	Д3107-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЮМБАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ НА ТРАДИЦИОННЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ)	197,6	10	1976,0
	Д3101-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ НОСОГЛОТОЧНОЙ СЛИЗИ НА ДИФТЕРИЮ(ЗЕВ И НОС)	135,9	2200	298980,0
	Д3099-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОКУЛЬТУРЫ	140,8	50	7040,0
	Д3098-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА НА МИКРОФЛОРУ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ (ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ)	343,2	6000	2059200,0
	Д3104-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА СТЕРИЛЬНОСТЬ (ВЗРОСЛЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ)	642,7	300	192819,0
Д3039-52	ДИ ДЦ - РКТ С УСИЛЕНИЕМ	1973,6	40	78944,0	
ГУЗ "ТДОКБ"	Д3068-50	ДИ ДЦ - МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ)	929,8	100	92980,0
	Д3004-50	ДИ ДЦ - ФИБРОГАСТРОСКОПИЯ (ФГС)	532,3	300	159690,0
	Д3037-50	ДИ ДЦ - ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭКГ)	291,8	1200	350160,0



ГУЗ "ТДОКБ"	Д3091-50	ди дц - ЭЭГ ВИДЕОМОНИТОРИНГ	822,0	90	73980,0
	Д3070-50	ди дц - ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (ЭЭГ)	307,5	800	246000,0
	Д3071-50	ди дц - РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (РЭГ)	168,5	200	33700,
	Д3073-50	ди дц - ЭХОЭНЦЕФАЛОСКОПИЯ	168,5	200	33700,0
	Д3080-50	ди дц - ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (КРОМЕ ИФА И ПСА)	113,0	100	11300,0
	Д3096-50	ди дц - КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ	125,2	500	62600,0
ГУЗ "ТООД"	Д3061-50	ди дц - ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	252,5	120000	30300000,0
	Д3039-52	ди дц - РКТ С УСИЛЕНИЕМ	1973,6	1000	1973600,0
	Д3092-50	ди дц - МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) С УСИЛЕНИЕМ	4438,5	420	1864170,0
	Д3018-50	ди дц - КОЛОНОСКОПИЯ	899,3	750	674475,0
	Д3116-50	ди дц - АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ	347,0	12000	4164000,0
ГУЗ "ТУЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА №2 ИМ.Л.Н. ТОЛСТОГО"	Д3043-50	ди дц - ДОПЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ	356,8	500	178400,0
	Д3037-50	ди дц - ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭКГ)	291,8	500	145900,0
	Д3018-50	ди дц - КОЛОНОСКОПИЯ	899,3	50	44965,0
ГУЗ "ЩЕКИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"	Д3037-50	ди дц - ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭКГ)	291,8	120	35016,0
	Д3043-50	ди дц - ДОПЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ	356,8	120	42816,0
	Д3018-50	ди дц - КОЛОНОСКОПИЯ	899,3	120	107916,0
	Д3052-52	ди дц - УЗИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ (2-ОЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ)	277,5	900	249750,0
ГУЗ ТО "ТОКБ"	Д3039-53	ди дц - РКТ БЕЗ УСИЛЕНИЯ	1422,1	7000	9954700,0
	Д3097-50	ди дц - БИОПСИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (С ПОМОЩЬЮ АВТОМАТИЧЕСКОГО УСТРОЙСТВА ПОД УЗИ КОНТРОЛЕРОМ)	2887,0	1200	3464400,0
	Д3081-50	ди дц - КОАГУЛОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ГЕМОСТАЗ)	337,05	1200	404460,0
	Д3088-50	ди дц - ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА	343,1	100	34310,0
	Д3070-50	ди дц - ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (ЭЭГ)	307,5	1100	338250,0

ГУЗ ТО "ТОКБ"	Д3080-50	ДИ ДЦ - ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (КРОМЕ ИФА И ПСА)	113,0	2500	282500,0
	Д3071-50	ДИ ДЦ - РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (РЭГ)	168,5	1900	320150,0
	Д3061-50	ДИ ДЦ - ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	252,5	4000	1010000,0
	Д3068-50	ДИ ДЦ - МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ)	929,8	4200	3905160,0
	Д3043-50	ДИ ДЦ - ДОПЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ	356,8	10000	3568000,0
	Д3037-50	ДИ ДЦ - ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭКГ)	291,8	8600	2509480,0
	Д3085-50	ДИ ДЦ - ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ	454,9	2200	1000780,0
	Д3039-52	ДИ ДЦ - РКТ С УСИЛЕНИЕМ	1973,6	800	1578880,0
	Д3015-50	ДИ ДЦ - ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ (ФБС)	449,6	400	179840,0
	Д3058-50	ДИ ДЦ - ИФА КРОВИ	308,1	4000	1232400,0
	Д3052-52	ДИ ДЦ - УЗИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ (2-ОЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ)	277,5	1000	277500,0
	Д3090-50	ДИ ДЦ - ДЛИТЕЛЬНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭЭГ	684,4	30	20532,0
	Д3004-50	ДИ ДЦ - ФИБРОГАСТРОСКОПИЯ (ФГС)	532,3	3000	1596900,0
	Д3062-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОНКОМАРКЕРЫ	449,6	1500	674400,0
	Д3018-50	ДИ ДЦ - КОЛОНОСКОПИЯ	899,3	1700	1528810,0
	Д3113-50	ДИ ДЦ - ИГХ ОПУХОЛЕЙ ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ	7029,7	150	1054455,0
	Д3115-50	ДИ ДЦ - ИГХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	3286,4	600	1971840,0
	Д3111-50	ДИ ДЦ - ХРОМОГЕННАЯ IN SITU ГИБРИДИЗАЦИЯ (CISH)	5599,4	60	335964,0
	Д3092-50	ДИ ДЦ - МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) С УСИЛЕНИЕМ	4438,5	400	1775400,0
	Д3112-50	ДИ ДЦ - ИГХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ТКАНЕЙ	14083,6	50	704180,0
	Д3117-50	ДИ ДЦ - АППАРАТНАЯ ПРОВЕРКА ОДНОКАМЕРНОГО ЭКС	443,2	500	221600,0
	Д3118-50	ДИ ДЦ - АППАРАТНАЯ ПРОВЕРКА ДВУХКАМЕРНОГО ЭКС	598,5	250	149625,0
	Д3116-50	ДИ ДЦ - АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ	347,0	20600	7148200,0
ГУЗ ТО "ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ"	Д3088-50	ДИ ДЦ - ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА	343,1	600	205860,0
	Д3071-50	ДИ ДЦ - РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (РЭГ)	168,5	1800	303300,0

ГУЗ ТО "ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ	Д3039-51	ДИ ДЦ - РЕНТГЕНОГРАФИЯ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ	359,6	1000	359600,0
	Д3070-50	ДИ ДЦ - ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (ЭЭГ)	307,5	4800	1476000,0
	Д3085-50	ДИ ДЦ - ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ	454,9	1900	864310,0
	Д3052-51	ДИ ДЦ - УЗИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ	277,5	1000	277500,0
	Д3094-50	ДИ ДЦ - ИМПЕДАНСОМЕТРИЯ	144,5	500	72250,0
	Д3043-50	ДИ ДЦ - ДОПЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ	356,8	6000	2140800,0
	Д3068-50	ДИ ДЦ - МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ)	929,8	4800	4463040,0
	Д3090-50	ДИ ДЦ - ДЛИТЕЛЬНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭЭГ	684,4	300	205320,0
	Д3096-50	ДИ ДЦ - КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ	125,2	500	62600,0
	Д3095-50	ДИ ДЦ - ТОНАЛЬНАЯ АУДИОМЕТРИЯ	78,7	1200	94440,0
	Д3037-50	ДИ ДЦ - ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭКГ)	291,8	4000	1167200,0
	Д3073-50	ДИ ДЦ - ЭХОЭНЦЕФАЛОСКОПИЯ	168,5	1000	168500,0
	Д3114-50	ДИ ДЦ - АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ	343,1	300	102930,0
	Д3091-50	ДИ ДЦ - ЭЭГ ВИДЕОМОНИТОРИНГ	822,0	50	41100,0
	Д3086-50	ДИ ДЦ - ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ ИГОЛЬЧАТАЯ	1363,8	40	54552,0
	Д3092-50	ДИ ДЦ - МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) С УСИЛЕНИЕМ	4438,5	120	532620,0
	Д3119-50	ДИ ДЦ - ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В КРОВИ	577,03	200	115406,0
Д3120-50	ДИ ДЦ - МРТ С АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПОСОБИЕМ	1445,6	280	404768,0	
ГУЗ ТОПЦ	Д3052-52	ДИ ДЦ - УЗИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ (2-ОЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ)	277,5	1700	471750,0
ООО "ЛДЦ МИБС-ТУЛА"	00000030	ПОСЕЩЕНИЕ С ПДИ МРТ	929,8	3000	2789400
	00000031	ПОСЕЩЕНИЕ С ПДИ МРТ С УСИЛЕНИЕМ	4438,5	1400	6213900,0
ООО "Медицина" НОВОМОСКОВСК	г. 00000030	ПОСЕЩЕНИЕ С ПДИ МРТ	929,8	1260	1171548,0
	00000031	ПОСЕЩЕНИЕ С ПДИ МРТ С УСИЛЕНИЕМ	4438,5	540	2396790,0