

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ
от 13 мая 2013 г. N 445/63

**О ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ,
ДЕЙСТВУЮЩИХ В СИСТЕМЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ,
ПО ИТОГАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В 2012 ГОДУ**

В целях реализации статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", дальнейшего совершенствования организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях города Москвы, оптимизации использования и повышения эффективности работы коечного фонда, совершенствования организации ведомственного и вневедомственного контроля специализированной и стационарозамещающей медицинской помощи, а также во исполнение пункта 5 совместного приказа Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 29 марта 2013 г. N 290/43 "О внесении изменений в нормативные правовые акты, действующие в системе московского городского здравоохранения и обязательного медицинского страхования города Москвы, по итогам реализации пилотного проекта в 2012 году" приказываем:

1. Ввести в действие с 1 мая 2013 года:

1.1. **Инструкцию** по применению медицинских стандартов в больничных учреждениях и учету медицинской помощи в дневных стационарах (всех типов) в системе ОМС города Москвы - для практического использования в работе специалистами всех медицинских организаций, оказывающих стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощь, страховых медицинских организаций и МГФОМС.

1.2. **Положение** о пилотном проекте по организации оказания, учета и оплаты специализированной медицинской помощи населению в условиях трехуровневой системы здравоохранения города Москвы - для практического использования в работе специалистами медицинских организаций, участвующих в реализации пилотного проекта, в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда ОМС от 29.03.2013 N 290/43, страховых медицинских организаций и МГФОМС.

2. Руководителям медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте, в установленном порядке обеспечить предоставление в Департамент здравоохранения города Москвы и МГФОМС ежемесячных отчетов об объемах и стоимости оказанной медицинской помощи (по законченным и прерванным случаям госпитализации), эффективности работы коечного фонда в разрезе профильных отделений.

3. Департаменту здравоохранения города Москвы и МГФОМС ежеквартально осуществлять анализ представляемых медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями сведений об объемах оказанной и оплаченной медицинской помощи с учетом результатов медико-экономического контроля и экспертизы качества медицинской помощи.

4. Считать утратившими силу Инструкцию по применению медицинских стандартов в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного), от 15.11.2010 и Положение о пилотном проекте по отработке отдельных норм нового законодательства об ОМС и программы модернизации здравоохранения города Москвы от 16.05.2011.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Н.Ф. Плавуну и заместителя директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования Т.И. Юрьеву.

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы
Г.Н. Голухов

Директор Московского городского
фонда обязательного медицинского
страхования
А.В. Решетников

УТВЕРЖДАЮ

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы
Г.Н. Голухов
29 апреля 2013 года

УТВЕРЖДАЮ

Директор Московского городского
фонда обязательного медицинского
страхования
А.В. Решетников
29 апреля 2013 года

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ СТАНДАРТОВ В БОЛЬНИЧНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ И УЧЕТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ
(ВСЕХ ТИПОВ) В СИСТЕМЕ ОМС ГОРОДА МОСКВЫ**

1. Общие положения

1.1. Инструкция по применению медицинских стандартов в больничных учреждениях и учету медицинской помощи в дневных стационарах (всех типов) в системе ОМС города Москвы (далее - Инструкция) разработана в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 N 1074 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов", постановлением Правительства Москвы от 25.12.2012 N 799-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов" в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, рационального и эффективного использования целевых финансовых средств системы ОМС.

1.2. Инструкция, разработанная на основе анализа объемов, качества, условий и структуры медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС, вводится в действие с 1 мая 2013 года и регламентирует основные положения по применению медицинских стандартов, включенных в Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС, в больничных учреждениях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС города Москвы, и дневных стационарах (всех типов), осуществляющих расчеты за законченный случай госпитализации по тарифам, утвержденным в системе ОМС.

1.3. Формирование тарифов производится в соответствии с законодательством Российской Федерации. Величина тарифов определяется исходя из финансовых возможностей системы ОМС и утверждается Комиссией по разработке территориальной программы ОМС города Москвы.

1.4. Структура тарифов в системе ОМС определяется Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на соответствующий финансовый год.

**2. Общие принципы учета и кодирования стационарной
медицинской помощи**

2.1. Кодирование диагнозов заболеваний (состояний) производится по МКБ-10, медицинских стандартов - в соответствии с Московским городским реестром медицинских услуг в системе ОМС.

Стандарты медицинской помощи для стационаров содержат наименования заболеваний и шифры в соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти X пересмотра (МКБ-10).

Медицинские стандарты сгруппированы в 26 разделов соответственно для взрослого и детского населения по профилям заболеваний, объему и структуре медицинской помощи.

2.2. Учет законченных случаев лечения, оказанного на основе порядков оказания медицинской помощи, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, и актуализированных городских стандартов стационарной медицинской помощи осуществляется в структурных подразделениях больничных учреждений, имеющих коечный фонд (за исключением дневных стационаров, отделений по уходу, восстановительного лечения и токсикологических).

2.3. В отделениях восстановительного лечения, отделениях по уходу и токсикологических отделениях стационаров учет оказанной медицинской помощи осуществляется по законченным случаям стационарного

лечения в соответствии с кодами услуг разделов 99/199 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС на основе числа койко-дней, фактически проведенных пациентом в стационаре.

2.4. Медицинский стандарт, применяемый при учете оказанной медицинской помощи, должен соответствовать профилю отделения (исключения представлены в п. 5 Инструкции).

2.5. В соответствии с инструкциями, утвержденными приказом МЗ СССР от 04.10.1980 N 1030 и приказом Минздрава России от 30.12.2002 N 413, при поступлении в стационар оформляется первичная медицинская документация: Медицинская карта стационарного больного (форма N 003/у), История родов (форма 096/у), Медицинская карта прерывания беременности (форма 003-1/у). В первичной медицинской документации в обязательном порядке отражаются следующие сведения:

2.5.1. Указывается серия и номер страхового медицинского полиса пациента, а также код страховой медицинской организации, которая его застраховала.

2.5.2. Регистрируются данные обследования пациента, включая приемы (консультации) врачей, проведенного в период подготовки к плановой госпитализации. Данные обследования считаются действительными в течение срока, установленного ведомственными нормативно-методическими документами.

2.6. Для статистического учета всех выбывших из стационара (выписанных, умерших, переведенных в другие стационары) в больничных учреждениях заполняется Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 66/у-02), которая составляется на основании записей в первичной медицинской документации, включая эпикриз.

При переводе больного из одного отделения в другое этой же больницы Статистическая карта выбывшего из стационара составляется в отделении, из которого выбыл пациент, подписывается лечащим врачом, указывается код отделения и личный код врача.

Порядок кодирования формы 066/у-02 в стационаре определяется руководителем медицинской организации. Кодирование может проводить лечащий врач, заведующий профильным отделением или врач-статистик. При этом основной диагноз кодируется в соответствии с МКБ-10 с обязательным обозначением пяти- или шестизначного шифра (с учетом точки), кроме случаев, когда в МКБ-10 предусмотрен только трехзначный шифр заболевания.

2.7. Некоторые заболевания с одинаковыми шифрами по МКБ-10 включены в различные медицинские стандарты, встречающиеся как в различных разделах, так и в пределах одного раздела, что дает возможность выбора медицинского стандарта в зависимости от стадии и тяжести течения этих заболеваний, наличия и характера осложнений и, как следствие, отличающихся по срокам и методам лечения, включая применение сложных и (или) уникальных методов диагностики и лечения в отделениях одного профиля или в отделениях разного профиля.

2.8. При выявлении в процессе госпитализации заболеваний, относящихся к особо опасным инфекциям, заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, пациент подлежит переводу в специализированное больничное учреждение или диспансер.

В этих случаях медицинская помощь учитывается с использованием кода прерывания "3" (указанные коды представлены в п. 6 Инструкции). При переводе в специализированное больничное учреждение или диспансер:

- лиц, застрахованных по ОМС в Москве, используется код медицинского стандарта, соответствующего выявленному заболеванию;
- лиц, застрахованных по ОМС на иных территориях, используется код медицинского стандарта, соответствующего направлению диагноза.

2.9. При переводе пациента по медицинским показаниям из одного отделения в другое отделение (кроме реанимационного) в пределах одного больничного учреждения в связи с заболеванием, этиологически не связанным с предыдущим, допускается учет медицинской помощи по каждому профильному отделению больницы при условии фактического соответствия объема и сроков медицинской помощи, оказанной в каждом из этих отделений, соответствующих медицинскому стандарту.

При внесении в форму 066/у-02 кодов нескольких медицинских стандартов указывается длительность лечения по каждому стандарту отдельно.

2.10. Если в период одной госпитализации пациент неоднократно поступает в одно и то же отделение (кроме реанимационного), медицинская помощь в данном отделении учитывается однократно с использованием только одного кода стандарта по основному заболеванию.

2.11. Учет медицинской помощи в психосоматических отделениях осуществляется с использованием кодов медицинских стандартов, соответствующих соматическому заболеванию.

2.12. Медицинская помощь (медицинские услуги), оказанная в приемном отделении пациентам, у которых выявляются симптомы, признаки и неуточненные состояния, описанные в соответствующих подразделах МКБ-10, учитывается с использованием кодов медицинских стандартов для приемного отделения, укомплектованного койками, или кодов услуг соответствующих разделов Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

2.13. С учетом того, что не все шифры МКБ-10 соотнесены с действующей редакцией медицинских стандартов, вопросы применения тех или иных стандартов при учете оказанной медицинской помощи решаются

врачебной комиссией медицинской организации с обязательным представлением [протокола](#) по установленной форме (приложение 1) в соответствующую страховую медицинскую организацию (для лиц, застрахованных по ОМС на территории Москвы) или в МГФОМС (для лиц, застрахованных на иных территориях); при формировании счета указывается код "особый случай в счете на пациента", равный 1.

2.14. Симультанные (одномоментные) хирургические вмешательства, выполненные при наличии соответствующих показаний, учитываются кодом стандарта (основная патология) и кодом хирургического вмешательства в соответствии с разделами 51-55/151-155 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС (сопутствующая патология). При формировании счета, включающего симультанное хирургическое вмешательство, оформляется [протокол](#) врачебной комиссии (приложение 2). При учете симультанной операции указывается код "особый случай в счете на пациента", соответствующий "S".

2.15. В случае смерти пациента патологоанатомическое исследование подлежит отдельному учету и кодируется по соответствующему коду услуги раздела 59/159 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

3. Учет и кодирование медицинской помощи в приемном отделении

3.1. Учет неотложной медицинской помощи, оказанной пациентам в приемном отделении, в составе которого имеются штатные койки, осуществляется с использованием кодов медицинских стандартов раздела 84/184.

3.2. Учет медицинской помощи, оказанной в приемном отделении пациентам (беременным, роженицам), не нуждающимся в госпитализации или отказавшимся от нее, осуществляется по фактически выполненным услугам.

3.3. Медицинские услуги, оказанные в приемных отделениях пациентам, впоследствии госпитализированным в профильные отделения, включены в медицинские стандарты.

4. Учет и кодирование медицинской помощи в отделениях реанимации и интенсивной терапии

4.1. Медицинская помощь, оказанная пациенту в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, подлежит отдельному учету и кодированию по реанимационным стандартам только в тех случаях, когда пациенту в полном объеме проводился комплекс реанимационной помощи и интенсивной терапии.

4.2. Учет медицинской помощи осуществляется по количеству дней, фактически проведенных пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии, по одному страховому случаю, но не более 30 дней.

4.3. В случаях пребывания пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 6 часов, например в целях наблюдения за больным в ближайшем послеоперационном периоде, медицинская помощь учитывается по профильному отделению (за исключением случаев с летальным исходом, которые учитываются согласно [п. 4.2 Инструкции](#)).

4.4. Врач отделения реанимации и интенсивной терапии в Статистической карте выбывшего из стационара производит запись о количестве дней, проведенных больным в отделении, и указывает код соответствующего реанимационного пособия из раздела 83/183, код отделения реанимации и интенсивной терапии и свой личный код.

4.5. При вводе информации в автоматизированную систему учета число дней, проведенных пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии, вычитается из общего числа дней лечения больного в стационаре с целью корректного кодирования медицинской помощи, оказанной в профильном отделении ("законченный" или "прерванный" случай госпитализации).

5. Особенности учета и кодирования стационарной медицинской помощи в других отделениях

5.1. В разделе 64/164 ("Болезни крови и кроветворных органов") медицинские стандарты разделяются на стандарты для терапевтических отделений и стандарты для специализированных гематологических стационаров с подразделением на первичную и повторную госпитализацию.

5.2. Медицинский стандарт с кодом 64.071 (шифр заболевания по МКБ-10 - C91.1) применяется для учета медицинской помощи в специализированных гематологических отделениях стационара при первичной госпитализации, в процессе которой больному впервые устанавливается диагноз и проводится подбор базисной терапии.

Медицинский стандарт с кодом 64.072 (шифр заболевания по МКБ-10 - C91.1) используется для учета медицинской помощи при повторной госпитализации в специализированное отделение, в процессе которой купируется обострение основного заболевания и проводится контроль лечения.

5.3. Медицинские стандарты с кодами 64.010, 64.020, 64.032, 64.100 могут быть использованы для учета медицинской помощи при болезнях крови и кроветворных органов в любом отделении стационара.

5.4. Коды раздела 72/172 ("Болезни хирургического профиля") применяются для кодирования заболеваний

исключительно в хирургическом отделении и только при условии проведения оперативных вмешательств, в противном случае используется код прерывания "9" (см. п. 6.5).

5.5. Коды раздела 74/174 медицинских стандартов ("Болезни почек") применяются для кодирования заболеваний в терапевтическом, педиатрическом и нефрологическом отделениях.

5.6. Коды раздела 75/175 медицинских стандартов ("Урология") (кроме 75.070, 75.140) и 76/176 медицинских стандартов ("Гинекология") применяются только при проведении оперативного лечения данной патологии в отделениях хирургического профиля.

5.7. Медицинские стандарты с кодами 76.410-76.570, содержащие медицинские мероприятия, направленные на сохранение и вынашивание беременности, применяются в отделениях патологии беременности (включая наблюдательные и изолированные палаты).

5.8. Медицинская помощь при родовспоможении и в послеродовом периоде учитывается с использованием кодов стандартов 76.580-76.930 (включая наблюдательные и изолированные палаты).

5.9. Медицинская помощь, предоставляемая новорожденным в раннем неонатальном периоде, включена в медицинские стандарты раздела "Акушерство".

5.10. При возникновении у новорожденных патологии в антенатальном и постнатальном периодах медицинская помощь оказывается в соответствующих профильных (специализированных) педиатрических отделениях в составе городских больниц; для учета медицинской помощи используются медицинские стандарты раздела 187 "Болезни перинатального периода". При оказании в этих отделениях медицинской помощи детям, поступившим в возрасте старше 7 дней и/или выбывшим в возрасте старше 3 месяцев, учет производится по медицинским стандартам раздела 187 "Болезни перинатального периода".

5.11. Медицинские стандарты с кодами 76.740 "Родоразрешение путем кесарева сечения" и 76.750 "Родоразрешение с применением щипцов или вакуум-экстрактора" при учете медицинской помощи не используются, т.к. представляют собой разновидности оперативных пособий, выполняемых по соответствующим медицинским показаниям, включенных в другие медицинские стандарты.

5.12. Медицинские стандарты с кодами 79.061, 79.170, 79.180, 79.190, 79.200, 79.210, 79.290, 79.330 могут использоваться для учета медицинской помощи, включающей оперативные пособия с применением микрохирургической техники в отделениях хирургии.

5.13. При учете медицинской помощи по медицинскому стандарту из раздела 79/179 в случаях плановой госпитализации с целью извлечения ранее установленных металлоконструкций следует использовать код прерывности "9" (п. 6.5 Инструкции).

5.14. Медицинские стандарты с кодами раздела 80 применяются только при лечении больных злокачественными новообразованиями методами лучевой терапии.

5.15. Медицинские стандарты с кодами раздела 81 используются в онкологических отделениях только при химиотерапевтическом лечении больных.

5.16. Медицинские стандарты с кодами раздела 90/190 применяются в онкологических отделениях при комбинированных методах лечения больных злокачественными новообразованиями. В случае неполного выполнения лечебных мероприятий, включенных в данный раздел медицинских стандартов, случай госпитализации кодируется как прерванный с применением кода прерывания "9" (п. 6.5 Инструкции).

5.17. При лечении больных злокачественными новообразованиями в неспециализированных больничных учреждениях без применения комбинированных методов лечения, а также лучевой и химиотерапии для кодирования используются коды медицинских стандартов других разделов в зависимости от профиля и локализации онкологической патологии (хирургия, терапия и др.).

5.18. Учет медицинской помощи в токсикологических отделениях осуществляется по законченному случаю стационарного лечения на основе количества койко-дней. В период пребывания пациента в токсикологическом отделении иные услуги, выполненные в этом же отделении, не подлежат отдельному учету (входят в состав услуги "Койко-день"). Отдельные услуги, выполненные в это же время в иных подразделениях стационара, подлежат отдельному учету.

6. Кодирование законченных и прерванных случаев госпитализации

6.1. Законченный случай госпитализации - совокупность медицинских услуг, предусмотренных в структуре медицинского стандарта, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата, установленного медицинским стандартом, подтвержденного первичной медицинской документацией.

6.2. Кодирование законченных случаев госпитализации:

- код "0" применяется при учете законченного случая госпитализации и лечения по медицинскому стандарту в случае достижения клинического результата в установленные медицинскими стандартами сроки, подтвержденного первичной медицинской документацией;

- код "Д" (особый случай законченной госпитализации) применяется при учете случая стационарного обследования и лечения, законченного с достижением клинического результата ранее сроков, установленных

медицинским стандартом, за счет применения сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, приведших к интенсификации лечебного процесса, подтвержденного первичной медицинской документацией и соответствующим [протоколом](#) врачебной комиссии (приложение 3). Медицинской реабилитации не требуется.

6.3. Наличие кода особого случая законченной госпитализации ("Д") или прерванного случая госпитализации является основанием для проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

6.4. Прерванный случай госпитализации - случай госпитализации, в процессе которой не выполнена технологическая совокупность медицинских услуг, предусмотренных в структуре медицинского стандарта, и/или уменьшен срок лечения в сравнении со сроком, установленным медицинским стандартом, в связи с чем не достигнут клинический результат, а также при необоснованной госпитализации.

6.5. Кодирование прерванных случаев госпитализации:

- код "А" применяется при учете случая госпитализации по медицинскому стандарту при циклическом лечении;

- код "Б" применяется при учете случая госпитализации и лечения по медицинскому стандарту, прерванного в связи с переводом больного из профильного (приемного) отделения в реанимационное отделение с тем же диагнозом и последующим выбытием больного из реанимации;

- код "1" применяется при учете случая госпитализации и лечения по медицинскому стандарту, прерванного в связи с выпиской пациента (в т.ч. беременной, роженицы, родильницы) из стационара по собственному желанию (по семейным обстоятельствам), по требованию родителей (для детей), подтвержденной соответствующим заявлением в первичной медицинской документации;

- код "2" применяется при учете случая госпитализации и лечения по медицинскому стандарту, прерванного в связи с выпиской пациента (в т.ч. беременной, роженицы, родильницы) из стационара за нарушение больничного режима, подтвержденного в первичной медицинской документации;

- код "3" применяется при учете случая госпитализации и лечения по медицинскому стандарту, прерванного в связи с переводом пациента (в т.ч. беременной, роженицы, родильницы) в другой стационар, подтвержденным первичной медицинской документацией;

- код "4" применяется при учете случая госпитализации и лечения по медицинскому стандарту, прерванного в связи с самовольным уходом больного (в т.ч. беременной, роженицы, родильницы) из стационара, подтвержденным первичной медицинской документацией;

- код "5" применяется при учете случая госпитализации и лечения по медицинскому стандарту, прерванного в связи со смертью больного в данном отделении стационара;

- код "6" применяется при учете случая обследования допризывников в стационарных условиях по медицинскому стандарту для подтверждения диагноза;

- код "7" применяется при учете случая госпитализации и лечения по медицинскому стандарту, прерванного в данном отделении в связи с переводом пациента в отделение той же больницы с другим этиологически не связанным диагнозом, или беременной - из отделения патологии беременности в родильное отделение с тем же диагнозом;

- код "8" применяется при учете случая госпитализации и лечения без применения сложных и/или уникальных, а также ресурсоемких методов лечения (в том числе лекарственных средств нового поколения), прерванного в связи с отсутствием необходимости в круглосуточном наблюдении за состоянием пациента и выпиской больного на долечивание в амбулаторно-поликлиническое учреждение;

- код "9" применяется при учете случая госпитализации, в процессе которой не выполнены диагностические и лечебные мероприятия, предусмотренные в структуре медицинского стандарта. Например, при переводе в отделение восстановительного лечения с тем же диагнозом или при невыполнении оперативного вмешательства, предусмотренного в структуре хирургического медицинского стандарта, в связи с отсутствием показаний или наличием противопоказаний.

6.5.1. Случаи госпитализации, прерванные по причинам, не включенным в данный перечень, кодируются с использованием кода "9".

6.6. Оплата прерванных случаев госпитализации из средств ОМС производится за фактическое количество дней пребывания в стационаре с учетом выполнения требований по обеспечению доступности и качества медицинской помощи.

7. Учет и кодирование медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре

7.1. Медицинская помощь, оказанная пациенту в условиях дневного стационара медицинских организаций амбулаторного или больничного типа, подлежит отдельному учету и кодированию в соответствии с разделами 97/197 или 98/198 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

7.2. Учет медицинской помощи осуществляется по законченному случаю лечения на основе количества дней, фактически проведенных пациентом в дневном стационаре.

7.3. По окончании лечения врач дневного стационара в Статистической карте выбывшего из стационара (ф.

066/y-02) производит запись о количестве дней, проведенных пациентом в дневном стационаре, указывает код дневного стационара, шифр основного заболевания по МКБ-10 и свой личный код.

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

7.5. При вводе информации в автоматизированную систему учета (число дней, проведенных пациентом в дневном стационаре) не подлежат отдельному учету медицинские услуги (процедуры и манипуляции), оказанные пациенту в период лечения по данному заболеванию.

8. Учет и кодирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторном отделении больничного учреждения

8.1. При наличии в структуре больничного учреждения поликлинических отделений, консультативно-диагностического центра или консультативно-диагностического отделения, травматологического пункта, деятельность которых регламентирована соответствующей лицензией, учет медицинской помощи, оказанной в этих подразделениях, осуществляется по фактически оказанным услугам, кодируемым в едином талоне амбулаторного пациента в соответствии с разделами Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

8.2. Медицинские услуги, выполняемые в диагностических подразделениях и в патологоанатомическом отделении больничного учреждения по направлениям других медицинских организаций, подлежат учету как услуги, выполненные в амбулаторных условиях, в соответствии с Московским городским реестром медицинских услуг в системе ОМС (при наличии соответствующей лицензии).

8.3. При выполнении госпитализированным пациентам биопсии, цитологических и/или иных исследований, входящих в медицинский стандарт, в другой медицинской организации эти услуги учитываются медицинской организацией-исполнителем (городской поликлиникой, КДЦ, больничным учреждением) как выполненные амбулаторно и оплачиваются страховой медицинской организацией в соответствии с тарифами на медицинские услуги в системе ОМС города Москвы.

При расчете с больничным учреждением, в котором пациент получал стационарное лечение, страховая медицинская организация оплачивает лечение застрахованных лиц по тарифу соответствующего медицинского стандарта.

Приложение 1
к Инструкции по применению
медицинских стандартов
в больничных учреждениях
и учету медицинской помощи
в дневных стационарах (всех типов)
в системе ОМС города Москвы

ПРОТОКОЛ заседания врачебной комиссии

"__" _____ 20__ г.

Врачебная комиссия _____ (наименование медицинской организации)
в составе (ФИО, должность):

_____,
рассмотрев случай оказания медицинской помощи пациенту (ФИО, возраст):

_____,
медицинская карта стационарного больного № _____, пришла к
выводу, что шифр по МКБ-10 _____, соответствующий данному заболеванию и
не нашедший отражения в стандартах стационарной медицинской помощи, в целях
учета в системе ОМС может быть отнесен к медицинскому стандарту _____
(код стандарта).

Председатель комиссии:

Члены комиссии: (ФИО, подпись)

(ФИО, подпись)
(ФИО, подпись)
(ФИО, подпись)

Приложение 2
к Инструкции по применению
медицинских стандартов
в больничных учреждениях
и учету медицинской помощи
в дневных стационарах (всех типов)
в системе ОМС города Москвы

ПРОТОКОЛ
заседания врачебной комиссии

"__" _____ 20__ г.

Врачебная комиссия _____ (наименование медицинской организации)
в составе (ФИО, должность):

рассмотрев случай оказания медицинской помощи пациенту (ФИО, возраст):
_____,
медицинская карта стационарного больного N _____, пришла к
выводу, что симультанное (одномоментное) хирургическое вмешательство,
выполненное по показаниям в связи с наличием сопутствующей
патологии _____ (шифр по МКБ-10), подлежит дополнительному учету в
системе ОМС с использованием кода услуги _____ Московского городского
реестра медицинских услуг в системе ОМС города Москвы.

Председатель комиссии:

(ФИО, подпись)

Члены комиссии:

(ФИО, подпись)

(ФИО, подпись)

(ФИО, подпись)

Приложение 3
к Инструкции по применению
медицинских стандартов
в больничных учреждениях
и учету медицинской помощи
в дневных стационарах (всех типов)
в системе ОМС города Москвы

ПРОТОКОЛ
заседания врачебной комиссии

"__" _____ 20__ г.

Врачебная комиссия _____ (наименование медицинской организации)

в составе (ФИО, должность):

_____,
_____,
рассмотрев объем и качество медицинской помощи, оказанной пациенту
(ФИО): _____,
медицинская карта стационарного больного N _____, данные его
(ее) объективного обследования, лабораторных и инструментальных
исследований, пришла к выводу, что лечение проведено в соответствии с
медицинским стандартом _____ (код стандарта). Клинический результат
достигнут за счет применения сложных, ресурсоемких медицинских технологий,
в том числе:

_____,
_____,
приведших к интенсификации лечебного процесса и сокращению срока лечения.
Случай оказания медицинской помощи подлежит кодированию в системе ОМС
как "особый случай законченной госпитализации".

Председатель комиссии:

(ФИО, подпись)

Члены комиссии:

(ФИО, подпись)

(ФИО, подпись)

(ФИО, подпись)

УТВЕРЖДАЮ

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы
Г.Н. Голухов

УТВЕРЖДАЮ

Директор Московского городского
фонда обязательного медицинского
страхования
А.В. Решетников
29 апреля 2013 года

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ПИЛОТНОМ ПРОЕКТЕ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ, УЧЕТА И ОПЛАТЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ
ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

Цель пролонгации пилотного проекта - оптимизация лечебно-диагностического процесса в медицинских организациях города Москвы, оказывающих высокоспециализированную медицинскую помощь, повышение эффективности использования коечного фонда.

1. В срок до 31.12.2013 планируется решить следующие задачи:

Задача 1. Оптимизация оказания медицинской помощи за счет применения сложных и/или уникальных, а также ресурсоемких методов лечения, включая применение лекарственных средств нового поколения, способствующих интенсификации лечебно-диагностического процесса с достижением клинических результатов в сокращенные сроки.

Задача 2. Формирование и внедрение актуализированных медико-экономических стандартов медицинской помощи для поэтапного перехода к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Задача 3. Подготовка предложений по совершенствованию взаимодействия медицинских организаций, оказывающих населению Москвы первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую

помощь на 1-3 уровнях в условиях реформирования системы здравоохранения города Москвы.

2. С целью выполнения поставленных задач необходимо осуществить:

2.1. Обеспечение лечебно-диагностического процесса в медицинских организациях, участвующих в пилотном проекте, необходимыми кадровыми и материально-техническими ресурсами.

2.2. Осуществление страховыми медицинскими организациями (далее - СМО) и МГФОМС контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи гражданам, застрахованным по ОМС в городе Москве, в соответствии с требованиями приказа ФОМС от 01.12.2010 N 230 (в ред. от 16.08.2011) путем проведения:

- медико-экономического контроля (МЭК);
- медико-экономической экспертизы (МЭЭ);
- экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП);

- тематических МЭЭ и ЭКМП на основе анализа интенсивности (объемов и сроков) выполнения лечебно-диагностических мероприятий в период стационарного лечения в сравнении с действующими Московскими городскими стандартами стационарной медицинской помощи, а также анализа организации, сроков, объемов и условий оказания медицинской помощи пациентам после их выписки из стационара.

2.3. Предъявление к медицинским организациям и СМО финансовых санкций, в том числе штрафов, в порядке, установленном федеральными нормативными актами и договорами, заключенными участниками системы ОМС города Москвы.

2.4. Обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на этапах амбулаторного и стационарного лечения пациентов (как до, так и после госпитализации). Подготовку предложений по оптимизации преемственности между больничными учреждениями 1, 2 и 3 уровней.

2.5. Оптимизацию системы учета и кодирования медицинской помощи по действующим московским городским стандартам. На базе медицинских организаций - участников пилотного проекта - продолжить применение кода "Др" (особый случай законченной госпитализации) в следующей формулировке:

- код "Др" (особый случай законченной госпитализации) применяется при учете случая стационарного лечения по медицинскому стандарту, законченного с достижением клинического результата в сокращенные сроки при интенсификации лечебно-диагностического процесса за счет применения сложных и/или уникальных, а также ресурсоемких методов лечения, включая применение лекарственных средств нового поколения, с последующей организацией долечивания пациентов в амбулаторных условиях (стационар дневного пребывания или дневной стационар данного больничного учреждения, дневной стационар поликлиники по месту жительства, патронаж на дому) либо реабилитационного (восстановительного) лечения в медицинских организациях (специализированных отделениях больниц, поликлиник, центров), в профильном санатории.

2.6. Осуществление страховыми медицинскими организациями контроля корректности применения кода "Др" при учете медицинской помощи в стационаре и организации долечивания пациентов в амбулаторных условиях после выписки из больничного учреждения.

2.7. Осуществление Департаментом здравоохранения города Москвы и МГФОМС ежеквартального анализа представляемых медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями сведений об объемах оказанной и оплаченной медицинской помощи.

Приложение
к Положению

(Образец)

Приложение N _____
к выписному эпикризу

Медицинской карты стационарного больного N _____
Домашний адрес: _____

Контактный телефон: _____

Больной (ая) _____, возраст _____
(Ф.И.О.) (полных лет)

Находился (ась) на стационарном лечении в _____ отделении
ГКБ N _____ с "_____" _____ 20__ г. по "_____" _____ 20__ г.

Диагноз при выписке: _____

Даны рекомендации: _____

1. Наблюдение врачами-специалистами _____
амбулаторно-поликлинического учреждения по месту жительства поликлиники
(ДЦ) N ____; поликлинического отделения ГКБ N ____.

(заполнить и подчеркнуть
выбранное)

2. Продолжение лечения в условиях дневного стационара
амбулаторно-поликлинического учреждения по месту жительства поликлиники
(ДЦ) N ____; ГКБ N ____; патронаж на дому; лечение в условиях реабилитационного
отделения поликлиники; стационара (ГКБ N ____); реабилитационное лечение в
условиях профильного санатория _____

(заполнить и подчеркнуть выбранное)

3. Комплекс лечебных мероприятий:

3.1. Соблюдение диеты: _____

3.2. Курсы (противорецидивной) _____ терапии _____ раза (месяц, год)

3.3. Лекарственные средства/препараты: _____

3.4. Другое _____

(по МНН с указанием лекарственной формы, дозы, кратности,
длительности приема)

3.5. Физиотерапевтическое лечение: ЛФК и массаж _____

(методики и длительность курса)

4. Контрольные лабораторные исследования / _____ / сроки: _____
/ _____ / сроки: _____
/ _____ / сроки: _____
(перечень)

5. Функциональные исследования / _____ / сроки: _____
/ _____ / сроки: _____
/ _____ / сроки: _____
(перечень)

6. Другое _____

7. Явка в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства:
поликлинику (ДЦ) N ____; поликлиническое отделение ГКБ N _____, вызов врача
на дом "___" ____ 20__ г.

8. Направлено по электронной почте: _____ (факсу N _____)
в поликлинику (ДЦ) N _____, АО г. Москвы, Ф.И.О. отправившего телефонограмму

Лечащий врач _____ / _____ /

Ф.И.О.

Зав. отделением _____ / _____ /

Ф.И.О.

С условиями долечивания ознакомлен:

Пациент _____ / _____ /

Ф.И.О.