

СОГЛАСИТЕЛЬНАЯ КОМИССИЯ ПО ТАРИФАМ
НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Оренбург

27 января 2011г.

ПОЛОЖЕНИЕ
о порядке оплаты медицинских услуг в системе
обязательного медицинского страхования населения
Оренбургской области на 2011 год

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее положение о порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Оренбургской области (далее – Положение) разработано на основании Закона РФ от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", постановления Правительства РФ от 4 октября 2010 г. №782, "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год", Правил обязательного медицинского страхования.

1.2. Положение устанавливает единые способы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, а также определяет механизм взаимодействия территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее ТФ ОМС), страховых медицинских организаций (далее СМО) и медицинских организаций (далее МО) по вопросам финансового обеспечения обязательного медицинского страхования.

1.3. На территории Оренбургской области в системе обязательного медицинского страхования применяются способы оплаты медицинской помощи, способствующие повышению уровня доступности и качества медицинской помощи и максимально эффективного использования средств в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования.

1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется страховыми медицинскими организациями, а так же территориальным фондом обязательного медицинского страхования (оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования; оплата дополнительных статей расходов медицинских учреждений, не включенных в Базовую программу обязательного медицинского страхования).

1.5. Оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии с условиями, установленными в территориальной программе обязательного медицинского страхования, договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и в соответствии с Соглашениями между муниципальными образованиями и Оренбургским областным фондом обязательного медицинского страхования об обеспечении преимущественно одноканального финансирования через систему обязательного медицинского страхования муниципальных учреждений здравоохранения.

1.6. Объёмы медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, (план-задание) устанавливаются Комиссией по формированию плана-задания и распределяются между медицинскими учреждениями и страховыми медицинскими организациями.

Медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, не учитывается в предельных объемах, устанавливаемых Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Учёт выполнения объёмов медицинской помощи, утвержденных для медицинских учреждений и страховщиков, осуществляет территориальный фонд обязательного медицинского страхования, который при возникновении необходимости вносит предложения в Комиссию о перераспределении объемов между страховщиками.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Основным способом оплаты медицинской помощи является оплата услуг медицинским организациям за фактически выполненные объёмы в пределах утвержденных ассигнований по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи по программе ОМС по тарифам, утвержденным на соответствующий год Генеральным тарифным соглашением в системе ОМС.

2.2. Показатели муниципальных заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи устанавливаются, исходя из численности населения и федеральных нормативов объемов медицинской помощи, скорректированных для применения в Оренбургской области в соответствии с утвержденной Правлением фонда методикой.

Численность обслуживаемого населения согласовывается Фондом, медицинскими организациями или органами управления здравоохранения муниципальных образований на основании данных о численности населения, прикрепившегося по месту постоянного или временного проживания к медицинским учреждениям в соответствии с Порядком прикрепления граждан для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденного совместным приказом Министерства здравоохранения Оренбургской области и Фонда ОМС № 48/1/550 от 11.04.2008г. (с изменениями от 30.12.2008г., 30.03.2009г.). Для учета данного населения медицинские учреждения ежеквартально сдают Фонду реестры прикрепленного населения в соответствии с положением об информационном обмене в системе ОМС.

Показатели муниципальных заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи по программе ОМС и плановые задания медицинских учреждений могут быть пересмотрены не чаще одного раза в квартал при изменении численности обслуживаемого населения более чем на 5%.

2.3. Для некоторых медицинских услуг (услуг, оказанных застрахованным в иных субъектах РФ), а также для некоторых медицинских организаций (с небольшими и/или непостоянными объемами медицинской помощи) применяются гонорарные способы оплаты за фактические объемы оказанных медицинских услуг по тарифам, утвержденным на соответствующий год Генеральным тарифным соглашением в системе ОМС.

3. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗА ФАКТИЧЕСКИ ВЫПОЛНЕННЫЕ ОБЪЕМЫ СОГЛАСОВАННЫХ ЗАДАНИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РФ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ОМС.

3.1. Планирование и согласование заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи по программе ОМС (план-задание) осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 6 мая 2003 г. N 255 "О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией" и иными действующими нормативными документами.

План-задание формируется в разрезе медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

План-задание формируется в разрезе условий предоставления медицинской помощи: стационарная, стационарозамещающая, амбулаторная, стоматологическая, оказываемая средним медицинским персоналом на ФАПах.

План-задание формируется на год без разбивки по профилям (специалистам) с указанием ожидаемых объемов оказания помощи (за исключением медицинской помощи, оказываемой

на ФАПах) и предельной суммы ассигнований на их выполнение. План-задание утверждается совместным приказом Министерства здравоохранения Оренбургской области и Оренбургским областным фондом ОМС.

Медицинским организациям, выполняющим межрайонные функции, а также медицинским организациям, выполняющим по ряду профилей функции областных больниц, на данные объемы медицинской помощи формируются отдельные планы-задания в разрезе профилей по тарифам клинического уровня.

В объёмы, установленные Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2011 год, учитываются и соответственно оплачиваются только медицинские услуги, оказанные в текущем году.

3.2. Единицей оплаты является:

- для амбулаторной стоматологической помощи – условные единицы труда (УЕТ), согласно утвержденным стандартам на стоматологические манипуляции,
- для иных видов амбулаторной помощи – законченные случаи (совокупность посещений, когда выполняется определенный объем лечебно-диагностических мероприятий, в результате которых достигается та или иная цель: выздоровление, ремиссия, госпитализация и т.д. При этом в соответствии с действующим законодательством заполняется талон амбулаторного пациента);
- для стационаров - законченные случаи (случай госпитализации, при котором в соответствии с действующими правилами оформляется одна медицинская карта стационарного больного и одна статистическая карта вышедшего из стационара),
- для стационарозамещающих видов помощи – законченные случаи (случай госпитализации, когда оформляется одна медицинская карта стационарного больного и одна статистическая карта вышедшего из стационара).

Допускается оплата случаев стационарного и стационарозамещающих видов лечения при переводе из отделения в отделение внутри МО и повторных госпитализаций в день выписки или на следующий день в ту же МО при возникновении у пациентов новых патологических состояний.

Не подлежат оплате случаи оказания амбулаторно-поликлинической помощи больным, находящимся на стационарном лечении, за исключением посещений к стоматологу МО, куда госпитализирован больной, либо в иной МО в случае оказания экстренной стоматологической помощи.

3.3. Поквартальные планы-задания устанавливаются в размере ¼ от годового суммового показателя.

3.4. Учет выполнения планов-заданий, осуществляется ТФ ОМС по суммам счетов принятых к оплате страховыми медицинскими организациями области в разрезе медицинских учреждений и раздельно по видам помощи за периоды 3, 6, 9 и 12 месяцев (нарастающим итогом).

3.5. К оплате принимаются только случаи, признанные подлежащими к оплате по результатам медико-экономического контроля реестров счетов.

3.6. Оплата производится за фактически выполненные объёмы в пределах согласованной на квартал суммы ассигнований согласно плану-заданию.

К оплате принимается сумма, не превышающая плановую.

В случае невыполнения медицинским учреждением плана-задания в последующих периодах учитываются суммы, перевыполнения в предыдущих периодах, но не более чем на разницу между согласованным на отчетный период заданием и фактически выполненным.

3.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом на ФАПах, производится ежемесячно равными долями, независимо от объемов, в размере 1/12 от годового лимита.

По страховым компаниям, данная сумма должна делиться в счете медицинской организации пропорционально количеству пролеченных застрахованных каждой СМО.

3.8. Оплата родов производится по факту, без ограничения объёмов и суммы ассигнований. К оплате сверх плана-задания принимаются только те случаи госпитализации, которые имеют коды (по МКБ-10), соответствующие Приложению 2 к Генеральному тарифному соглашению в системе ОМС на 2011 год, при несоответствии указанным кодам законченный случай оплачивается в рамках плана-задания.

3.9. Оплата помощи в случае госпитализации в круглосуточный стационар с длительностью пребывания 4 и менее дней (за исключением аборт, родов и некоторых других кодов болезней, имеющих утвержденную стоимость ниже тарифа краткосрочной госпитализации) производится по тарифу «краткосрочная госпитализация».

В случаях, когда короткие сроки лечения связаны с оказанием интенсивной помощи при экстренных состояниях, закончившихся летальным исходом в течение четырех дней со дня госпитализации, а также при применении инновационных методов лечения с длительностью лечения 4 и менее дней, делается соответствующая пометка в реестрах и оплата производится по МКБ.

3.10. Оплата помощи в случае госпитализации в дневной стационар с длительностью пребывания 3 и менее дней производится по тарифу «краткосрочная госпитализация (дневной стационар)».

В случаях, когда короткие сроки лечения обусловлены применением инновационных методов лечения, делается соответствующая пометка в реестрах и оплата производится по профильному тарифу.

3.11. Оплата случаев лечения в круглосуточном стационаре, на которые Генеральным тарифным соглашением не установлен тариф, производится по тарифу «прочие».

3.12. Оплата стационарной и стационарозамещающей помощи по профилю «восстановительное лечение» (без учета МКБ) производится только следующим учреждениям здравоохранения:

ГУЗ «Оренбургская областная клиническая больница»;
ГУЗ «Областная Соль-Илецкая больница восстановительного лечения»;
ММУЗ «Муниципальная детская городская клиническая больница» г.Оренбурга;
ММУЗ «Клиническая больница восстановительного лечения»;
ГУЗ «Областной детский санаторий №1»;
Открытое акционерное общество «Санаторий - профилакторий «Солнечный»;
Открытое акционерное общество «Санаторий «Строитель»;
Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Рябиноушка»;
ОАО «ПО «Стрела» санаторий-профилакторий «Чайка»;
ГУП Оренбургской области «Санаторий «Южный урал»;
ОАО «Санаторий «Дубовая роща»;
Лечебно-оздоровительное учреждение «Санаторий «Гай»;
Санаторий-профилакторий «ЕврАзия Оренбургского центра оздоровления

ЮУЖД – филиал ОАО «РЖД»;
ООО «Озон».

3.13. При оказании стационарной медицинской помощи больным с кодом заболевания (по МКБ-10): I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I22.0, I22.1, I22.8 в случаях применения тромболитических препаратов, в дополнение к основному тарифу МО возмещаются расходы на их приобретение.

Применение указанных препаратов осуществляется в соответствии с Порядком, разработанным Министерством здравоохранения области.

На данные расходы МО формируют счета, которые оплачиваются по тарифу «тромболитическая терапия» сверх суммы ассигнований на выполнение плана-задания.

3.14. При оказании стационарной медицинской помощи больным с кодом заболевания (по МКБ-10): S12.0-12.7, S22.0-22.2, S32.0, S32.3-32.4, S42.2-42.4, S52.0-52.6, S62.1-62.8, S72.0-72.4, S82.1-82.4, S82.6, S92.0-92.9, T02.2-02.5 в случаях применения металлоконструкций, в дополнение к основному тарифу медицинской организации возмещаются расходы на их приобретение.

Применение и порядок учета указанных конструкций осуществляется в соответствии с Порядком, разработанным Министерством здравоохранения области.

На данные расходы МО формируют счета, которые оплачиваются по соответствующим тарифам сверх суммы ассигнований на выполнение плана-задания.

3.15. При оказании стационарной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в ГУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер», ГУЗ «Орский онкологический диспансер», МУЗ «Бугурусланская центральная городская больница», МУЗ «Центральная городская больница г. Бузулука» в случаях применения аппаратов для наложения швов, в дополнение к основному тарифу МО возмещаются расходы на их приобретение.

Применение и порядок учета указанных аппаратов осуществляется в соответствии с Порядком, разработанным Министерством здравоохранения области.

На данные расходы МО формируют счета, которые оплачиваются по соответствующим тарифам сверх суммы ассигнований на выполнение плана-задания.

3.16 Оплата расходов МО в соответствии с пп.3.13, 3.14 и 3.15 настоящего Положения осуществляется в пределах лимитов, устанавливаемых на год Согласительной комиссией по тарифам.

3.17 Оплата стационарной медицинской помощи при онкологических заболеваниях по каждому тарифицированному коду МКБ осуществляется дифференцированно, с учетом кодов (с 31 по 33) медицинской помощи, предусмотренных пп.8.7.3 Положения о порядке информационного обмена в системе обязательного медицинского страхования Оренбургской области.

3.18. Оплата медицинских услуг Центров здоровья при первичном обращении граждан производится по тарифу законченного случая «комплексное обследование в Центре здоровья», которое включает в себя полный комплекс диагностических услуг, предусмотренный соответствующими нормативными документами, и посещение к врачу, не более одного раза в год на каждого обратившегося в Центр здоровья.

Оплата посещений в Центры здоровья с целью динамического наблюдения осуществляется по тарифу законченного случая «динамическое наблюдение в Центре здоровья» в объеме не более двух случаев на человека в год и только после прохождения обратившихся комплексного обследования ранее.

3.19. Оплата помощи в рамках диспансерного наблюдения здоровых детей первого, второго, третьего годов жизни и диспансеризации беременных женщин осуществляется поэтапно (с заполнением талона амбулаторного пациента на этап):

для законченного случая по диспансерному наблюдению здоровых детей первого года жизни (включая исполнение 1 года) устанавливается двенадцать этапов (месяцев), соответственно, оплата законченного случая производится ежемесячно в размере одной двенадцатой от утвержденного для этих целей тарифа;

для законченного случая по диспансерному наблюдению здоровых детей второго года жизни (включая исполнение 2-х лет) устанавливается четыре этапа, соответственно, оплата законченного случая производится поэтапно в размере одной четвертой от утвержденного для этих целей тарифа;

для законченного случая по диспансерному наблюдению здоровых детей третьего года жизни (включая исполнение 3-х лет) устанавливается два этапа, соответственно, оплата законченного случая производится поэтапно в размере одной второй от утвержденного для этих целей тарифа;

для законченного случая по диспансеризации беременных женщин устанавливается семь этапов (месяцев), соответственно, оплата законченного случая производится ежемесячно в размере одной седьмой от утвержденного для этих целей тарифа.

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОРГАНИЗАЦИЙ С НЕБОЛЬШИМИ И/ИЛИ НЕПОСТОЯННЫМИ ОБЪЕМАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Для медицинских организаций с небольшими и/или непостоянными объемами медицинской помощи планы-задания не формируются. Оплата медицинских услуг данных организаций осуществляется с применением гонорарных способов оплаты за фактические объемы оказанных медицинских услуг: законченный случай, УЕТ.

5. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ТЕРРИТОРИИ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным в Оренбургской области в медицинских учреждениях за ее пределами, а также медицинской помощи, оказанной медицинскими учреждениями Оренбургской области застрахованным за ее пределами гражданам, осуществляется в соответствии Правилами обязательного медицинского страхования.

6. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОДНОКАНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

6.1. Оплата медицинской помощи, оказанной государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в части статей расходов, не включенных в базовую программу ОМС в соответствии с постановлением Правительства РФ от 04.10.2010 № 782 «Об утверждении программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» (дополнительных статей расходов), осуществляется Фондом ОМС.

6.2. Фонд оплачивает предоставление медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам по дополнительным тарифам, утвержденным Генеральным тарифным соглашением в системе ОМС на текущий год, в соответствии с условиями, установленными в территориальной программе обязательного медицинского страхования, правилами обязательного медицинского страхования за счет средств полученных в соответствии с Соглашениями между муниципальными образованиями и Оренбургским областным фондом обязательного медицинского страхования об обеспечении преимущественно одноканального финансирования через систему обязательного медицинского страхования муниципальных учреждений здравоохранения по

видам медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также в соответствии п.3 постановления Правительства Оренбургской области от 30.12.2010 № 964-п «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации в Оренбургской области бесплатной медицинской помощи на 2011 год».

6.3. Предельный лимит ассигнований на выполнение плана-задания по дополнительным статьям расходов устанавливается Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом наличия Соглашений (для муниципальных учреждений здравоохранения) между муниципальными образованиями и Оренбургским областным фондом обязательного медицинского страхования об обеспечении преимущественно одноканального финансирования через систему обязательного медицинского страхования муниципальных учреждений здравоохранения по видам медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и предусмотренной в нем суммы межбюджетного трансферта.

6.4. Оплата медицинской помощи по дополнительным статьям расходов осуществляется территориальным фондом по счетам, принятым на оплату медицинской помощи страховыми медицинскими организациями с учетом проведенного медико-экономического контроля и в соответствии с разделом 2, 3 настоящего Положения (за исключением помощи, оказываемой средним медицинским персоналом на ФАПах).

7. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

7.1. На территории Оренбургской области оплата медицинских услуг, оказанных медицинскими учреждениями, осуществляется страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС.

7.2. Регистрация оказанной помощи применительно к разным способам оплаты производится путем заполнения сводных счетов (приложение № 1) и реестров счетов, которые являются документом, подтверждающим факт оказания медицинской помощи. Виды реестров, форма и порядок их заполнения определяются положением об информационном обмене в системе ОМС, утверждаемым Фондом и Министерством здравоохранения области.

7.3. Медицинские организации предоставляют ТФОМС сведения о застрахованных лицах, которым в расчетном периоде была оказана медицинская помощь, в срок до 3 числа месяца следующего за расчетным.

7.4. ТФОМС в течении двух рабочих дней на основании регионального сегмента застрахованных лиц осуществляет идентификацию застрахованных, определяет СМО ответственную за оплату счета, и передает сведения в МО.

7.5. Медицинские организации до 5 числа месяца, следующего за расчетным, предоставляют страховым медицинским организациям сводные счета и реестры счетов за медицинские услуги, оказанные их застрахованным в расчетный период.

7.6. Оплата медицинских услуг МО осуществляется в режиме "аванс - окончательный расчет":

- аванс до 25 числа расчетного месяца,
 - окончательный расчет до 10 числа месяца следующего за расчетным (в случае своевременного представления счетов).
 - допускается дополнительное авансирование медицинских учреждений.
- Сумма по двум авансам не должна превышать месячное финансирование ЛПУ.

7.7. Оплата медицинской помощи по дополнительным тарифам в рамках реализации преимущественно одноканальной модели финансирования осуществляется территориальным фондом ОМС на основании:

- счетов, реестров счетов, принятых страховыми медицинскими организациями, которые передаются фонду с отражением результатов медико-экономического контроля в сроки установленные Положением об информационном обмене.

Оплата медицинской помощи по дополнительным тарифам осуществляется в сроки, указанные в п. 7.6.

Результаты медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи не влияют на оплату медицинской помощи по дополнительным тарифам.

7.8. В случае несвоевременного представления медицинскими организациями сводных счетов и реестров счетов окончательный расчет сдвигается на количество дней задержки предоставления указанных документов.

7.9. Регистрация оказанной помощи применительно к разным видам помощи производится путем заполнения сводных счетов (приложение № 1) и реестров счетов, которые являются документом, подтверждающим факт оказания медицинской помощи. Данный счет составляется в 3-х экземплярах (один экземпляр остаётся в МО, два передаются в СМО, один из которых в дальнейшем СМО передаёт Фонду). Виды реестров, форма и порядок их заполнения определяются положением об информационном обмене в системе ОМС, утверждаемым Фондом и Министерством здравоохранения области.

7.10. При наличии отклоненных от оплаты счетов за оказанную медицинскую помощь по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию, отклоненные ранее от оплаты реестры счетов и счета за оказанную медицинскую помощь, не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации.

7.11. Сводные счета, реестры счетов, оформленные с нарушением требований положения об информационном обмене в системе ОМС, оплате не подлежат.

Председатель комиссии – Криволапов А.В. _____

Сопредседатель комиссии – Башмалух Г.Я. _____

Члены комиссии: Воронов В.П. _____

Гильмутдинов Р.Г. _____

Носова Т.В. _____

Рубцова И.В. _____

Хазиева Л.С. _____

Приложение № 1

Форма сводного счета на оплату медицинских услуг

Платательщик: (Наименование СМО - Фонд ОМС)

банк:

адрес:

Получатель: (наименование медицинского учреждения)

банк:

адрес:

Сводный счет № _____ от _____
 _____ (период оказания медицинских услуг)

Стационар

(отдельно собственное население, межрайонные функции, тромболитические случаи, случаи по диабетической стопе, металлоконструкции, аппараты для наложения швов.)

Отде- ления	Взрослое население				Детское население			
	Пролечено больных	Длитель- ность ле- чения	Сумма к оплате (СМО)	Сумма к оплате по дополни- тельным тарифам (Фонд ОМС)	Пролечено больных	Длитель- ность лечения	Сумма к оплате (СМО)	Сумма к оплате по дополни- тельным тарифам (Фонд ОМС)
ИТОГО								

Дневной стационар

(отдельно собственное население)

Отде- ления	Взрослое население				Детское население			
	Пролечено больных	Длитель- ность лечения	Сумма к оплате (СМО)	Сумма к оплате по дополни- тельным тарифам (Фонд ОМС)	Пролечено больных	Длитель- ность лечения	Сумма к оплате (СМО)	Сумма к оплате по дополни- тельным тарифам (Фонд ОМС)
ИТОГО								

Поликлиника (кроме стоматологии)

(отдельно собственное население, межрайонные функции)

Специалисты	Пролечено больных	Кол-во закончен- ных случаев	Сумма к оплате (СМО)	Сумма к оплате по дополни- тельным тарифам (Фонд ОМС)
	X			
	X			
ИТОГО				

Стоматология

	Пролечено больных	Кол-во УЕТ	Сумма к оплате (СМО)	Сумма к оплате по допол- нительным тарифам (Фонд ОМС)
ИТОГО				

Поликлиника (Центры здоровья)

Услуги	Пролечено больных	Кол-во закончен- ных случаев	Сумма к оплате (СМО)	Сумма к оплате по допол- нительным тарифам (Фонд ОМС)
Комплексное обследование				
Динамическое наблюдение в Центре здоровья				
ИТОГО				

ФАПы

	Пролечено больных	Количество посещений	Сумма к оплате (СМО)
ИТОГО			

Электронный вариант счета – реестра прилагается.

Наименование файла _____

Дата создания файла _____

Размер файла _____ КБ

Всего к оплате _____

Главный врач _____ (подпись)

Главный бухгалтер _____ (подпись)

М.П.

Сдал счет - реестр _____ (Ф.И.О. и подпись)

Принял счет - реестр _____ (Ф.И.О. и подпись)

Форма реестров счетов на оплату медицинских услуг застрахованным за пределами Оренбургской области

РЕЕСТР

счета от _____ № _____ по оплате медицинских услуг, оказанных в медицинских организациях

_____ код территории _____

(наименование субъекта Российской Федерации)

гражданам, застрахованным на территории _____ код территории _____

(наименование субъекта Российской Федерации)

за период с _____ по _____

№	ФИО	Пол	Серия, № полиса ОМС	Серия, № документа, удостоверяющего личность	Наименование СМО с ОГРН	Дата рождения	Адрес регистрации застрахованного по месту жительства	Статус застрахованного, (для работающих-место работы, для студентов-место учебы)	Дата начала лечения (обслед.)	Дата окончания лечения (обслед.)	Код условий оказания медицинской помощи (1,2,3)*	Код профиля оказанной медицинской помощи	Код специальности врача/ср.мед.работника	Код заболевания (состояния) с указанием подрубрики (МКБ-10)	Исход заболевания	Наименование медицинской организации с адресом и ОГРН	Сумма к оплате (руб.)	Признак особый случай (1,2,3,4)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Примечания:

*) 1 – стационарная медицинская помощь, 2 – амбулаторно – поликлиническая медицинская помощь, 3 – медицинская помощь, оказанная в дневных стационарах всех типов

**) 1 – отсутствие полиса ОМС, 2 – оказание медицинской помощи новорожденному; 3 – при оказании медицинской помощи ребенку был предъявлен полис обязательного медицинского страхования и документ, удостоверяющий личность одного из родителей или законных представителей; 4 – отсутствие отчества в документе, удостоверяющем личность пациента (представителя пациента).

Главный врач _____ (подпись)

Главный бухгалтер _____ (подпись)

МП