

ИНСТРУКЦИЯ ПО УЧЕТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Настоящая инструкция применяется для учёта первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, условиях дневного и круглосуточного стационара.

Учёт скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с приложением № 3 к настоящей Инструкции.

Дополнительные технические требования к процедуре оформления счетов устанавливаются Регламентом информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования г. Москвы с использованием веб-сервисов, Регламентом приёма-передачи данных при информационном взаимодействии участников системы ОМС в АИС ОМС, инструкциями по работе с программным обеспечением (подсистема ПУМП АИС ОМС).

При наличии разночтений между вышеуказанными документами действуют требования настоящей Инструкции.

Более детальные разъяснения об особенностях учёта медицинской помощи в той или иной ситуации могут быть даны информационными письмами МГФОМС.

Раздел 1. Основные термины и определения

Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Основное заболевание – заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Сопутствующее заболевание – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Законченный случай госпитализации – совокупность медицинских услуг, предоставленных пациенту в стационаре в пределах одной госпитализации, в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, при условии достижения в оптимальные сроки необходимого клинического результата, подтверждённого первичной медицинской документацией.

Прерванный случай госпитализации – случай госпитализации, в процессе которой по тем или иным причинам не выполнена необходимая технологическая совокупность медицинских услуг, в связи с чем клинический результат не достигнут.

Лицо, застрахованное в городе Москве – физическое лицо, подлежащее обязательному медицинскому страхованию в соответствии с действующим законодательством, получившее полис ОМС в страховой медицинской организации города Москвы. Для полиса ОМС нового образца – допускается получение полиса на территории иных субъектов Российской Федерации с последующим прикреплением к страховой медицинской организации города Москвы.

Лицо, застрахованное на территории иного субъекта Российской Федерации – физическое лицо, подлежащее обязательному медицинскому страхованию в соответствии с действующим законодательством, получившее полис ОМС в страховой медицинской организации на территории другого субъекта Российской Федерации (без последующего прикрепления к страховой медицинской организации города Москвы).

Лицо, не идентифицированное и не застрахованное по ОМС (далее также – «неидентифицированный пациент») - физическое лицо, документально не подтвердившее свой статус застрахованного по обязательному медицинскому страхованию при получении экстренной медицинской помощи, либо лицо, не подлежащее обязательному медицинскому страхованию в соответствии с действующим законодательством.

Простая медицинская услуга – неделимая медицинская услуга, имеющая законченное, самостоятельное лечебное или диагностическое значение.

Комплексная медицинская услуга – набор простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактических мероприятий, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определённого этапа лечения (стационарный, реабилитационный и т.д.).

Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС (далее – «Реестр») – перечень простых услуг, с указанием наименований медицинских услуг, затрат времени врачебного и среднего медицинского персонала на их выполнение в условных единицах труда (УЕТ), и комплексных медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями – участниками системы обязательного медицинского страхования города Москвы. Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС представляет собой совокупность приложений к Тарифному соглашению, устанавливающих тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, и предназначен для кодирования простых и комплексных услуг. Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС имеет унифицированную систему кодирования: каждая медицинская услуга имеет индивидуальный шестизначный код.

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включённое в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в городе Москве.

Филиал медицинской организации – территориально и административно обособленное структурное подразделение медицинской организации.

Справочник НСИ – справочник нормативно-справочной информации, используемый в информационной системе приёма, обработки и хранения счетов за оказанную медицинскую помощь.

Медицинская услуга АПП – {Медицинская услуга из справочника «reesus»} и {НЕ из разделов «97» / «197» / «897» / «997» / «99» / «199» МГР} И {НЕ является услугами

«56029» / «156003», оказанными в отделении с 2-3 символами «IOTD», соответствующими значению «USL_OK» \diamond «3» по справочнику «profot» } И {НЕ является дополнительной по отношению к ВМП / МС (НЕ имеет значение «F_TYPE» = «st»), услугам ДС (раздел «97» / «197» / «897» / «997» МГР) / услугам раздела «99» / «199» МГР} И {НЕ входят в случай оказания медицинской помощи в приёмном отделении} И {НЕ являются стоматологической услугой АПП}.

Госпитализация в КС – Случай госпитализации в круглосуточный стационар. {Медицинские услуги раздела «99» / «199» МГР} или {из справочника «reesms» за исключением услуг раздела «84» / «184» / «95» / «200» / «297» / «300» МГР } ИЛИ {услуга «56029» / «156003», оказанная в отделении с 2-3 символами «IOTD», соответствующими значению «USL_OK» = «1» по справочнику «profot», за исключением таких услуг, зарегистрированных в приёмном отделении (2-3 символы «IOTD» соответствует значению «70» или «73»)}, а также дополнительные к ним услуги. Одним случаем госпитализации в КС считается одна уникальная в рамках календарного года и рассматриваемой МО история болезни со стоимостью, равной суммарной стоимости медицинских услуг, зарегистрированных на такую историю болезни.

Госпитализация в ДС – Случай госпитализации в дневной стационар. Медицинские услуги раздела «97» / «197» / «897» / «997» МГР и дополнительные к ним услуги. Одним случаем госпитализации в ДС считается одна уникальная в рамках календарного года и рассматриваемой МО история болезни со стоимостью, равной суммарной стоимости медицинских услуг, зарегистрированных на такую историю болезни.

Госпитализация по ВМП – случай госпитализации в круглосуточный стационар для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Медицинские услуги разделов 200/300 МГР и дополнительные к ним услуги. Одним случаем госпитализации по ВМП считается одна уникальная в рамках календарного года и рассматриваемой МО история болезни со стоимостью, равной суммарной стоимости медицинских услуг, зарегистрированных на такую историю болезни.

Госпитализация по ВМП (дневной стационар) – случай госпитализации в дневной стационар для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Медицинские услуги разделов «297» / «397» МГР и дополнительные к ним услуги. Одним случаем госпитализации по ВМП (дневной стационар) считается одна уникальная в рамках календарного года и рассматриваемой МО история болезни со стоимостью, равной суммарной стоимости медицинских услуг, зарегистрированных на такую историю болезни.

Случай оказания медицинской помощи в приёмном отделении – Случай оказания медицинской помощи в приёмном отделении. {Медицинские услуги АПП и стоматологические услуги АПП, а также медицинские услуги раздела «84» / «184» / «95» МГР, зарегистрированные на одну уникальную в рамках календарного года и рассматриваемой МО историю болезни (поле «C_I»), при условии, что хотя бы одна медицинская услуга зарегистрирована в отделении с 2-3 символами «IOTD» = «70», «73»} ИЛИ {медицинские услуги «56029» / «156003», зарегистрированные в отделении с 2-3 символами «IOTD» = «70», «73», а также другие медицинские услуги АПП и стоматологические услуги АПП, зарегистрированные на одну уникальную в рамках календарного года и рассматриваемой МО историю болезни (поле «C_I») с указанными услугами «56029» / «156003»}, зарегистрированные в тот же или на следующий день в той же медицинской организации на того же пациента и на тот же номер истории болезни (поле «C_I») со стоимостью, равной суммарной стоимости таких медицинских услуг.

Случай оказания неотложной медицинской помощи в приёмном отделении – случаи оказания медицинской помощи в приёмном отделении, НЕ содержащие в своём составе ни одной медицинской услуги с кодами раздела «84» / «184» / «95» МГР.

Случай госпитализации на диагностическую койку приёмного отделения – случаи оказания медицинской помощи в приёмном отделении, содержащие в своём составе хотя бы одну медицинскую услугу с кодами раздела «84» / «184» / «95» МГР.

Дополнительная медицинская услуга в ДС – Дополнительная услуга к госпитализации в ДС или госпитализации по ВМП (дневной стационар). Дополнительными услугами для услуг разделов «97» / «197» / «897» / «997» / «297» / «397» МГР считаются только услуги, зарегистрированные на одну уникальную в рамках календарного года и рассматриваемой МО историю болезни (поле «С_I») не ранее даты начала госпитализации и не позже даты выбытия из ДС (включая сами даты начала госпитализации и окончания госпитализации). Дополнительными медицинскими услугами в ДС могут являться только услуги «36022» - «36024» / «136022» - «136024», «101781».

Дополнительная медицинская услуга в КС – Дополнительная услуга к госпитализации в КС или госпитализации по ВМП. Дополнительными услугами для случаев госпитализации в КС или госпитализации по ВМП считаются только услуги, зарегистрированные в период госпитализации или хронологически более поздний период, не превышающий 30 календарных дней с даты выбытия из стационара на одну уникальную в рамках календарного года и рассматриваемой МО историю болезни (поле «С_I»). Дополнительными медицинскими услугами в КС могут являться только услуги разделов «51» - «55» / «151» - «155», «49» / «149», «59» / «159», «29» / «129» МГР, а также услуги «101740», «46033», «36022» - «36024» / «136022» - «136024», «101781», «28215», «128215».

Стоматологическая услуга АПП – Медицинские услуги, {имеющие по справочнику «USVMP» сочетание «VMP» = «11» / «13» и «VMP146» = «2»} И {НЕ является дополнительной по отношению к ВМП / МС (НЕ имеет значение «F_TYPE» = «st»), услугам ДС (раздел «97» / «197» / «897» / «997» МГР) / услугам раздела «99» / «199» МГР} И {НЕ входят в случай оказания медицинской помощи в приёмном отделении}.

Раздел 2.

Общие принципы учёта. Правила заполнения реестра счета

Общие принципы персонифицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, определены Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), в т.ч. в ст. 44 указанного Федерального закона.

2.1. Сведения о получателе медицинской услуги

2.1.1 Фамилия пациента

Указывается фамилия пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорождённого).

Фамилия записывается в соответствии с тем, как она указана в полисе ОМС или временном свидетельстве, а при их отсутствии как в ДУДЛ.

При написании фамилии допускаются:

Знак(и)	Код(ы)	Название
---------	--------	----------

Буквы русского алфавита		
А - Я, Ё	192 - 223, 168	прописные буквы русского алфавита
а - я, ё	223 - 255, 184	строчные буквы русского алфавита
Буквы латинского алфавита		
A-Z	65 - 90	прописные буквы латинского алфавита
a - z	97 - 122	строчные буквы латинского алфавита
Цифры		
0 - 9	48 - 57	цифры
Знаки препинания		
.	46	точка
,	44	запятая
Пробел и его эквиваленты		
	32	пробел
	160	неразрывный пробел
—	95	знак подчёркивания (подчерк)
Горизонтальные разделители		
-	45	минус
—	150	короткое тире
—	151	длинное тире
Кавычки и их заменители		
'	39	апостроф
"	34	двойная кавычка
`	96	гравис (диакритический знак)
'	145	одиночная открывающая кавычка
"	147	двойная открывающая кавычка
'	146	одиночная закрывающая кавычка

"	148	двойная закрывающая кавычка
<	60	знак "меньше"
<	139	одионочная открывающая угловая кавычка
<<	171	двойная открывающая угловая кавычка
>	62	знак "больше"
>	155	одионочная закрывающая угловая кавычка
>>	187	двойная закрывающая угловая кавычка
"	132	нижняя двойная кавычка

Справочно:

1. Указание фамилии, состоящей только из символа «_», приравнивается к отсутствию фамилии у пациента.
2. Знаки, входящие в каждую из групп, перечисленных в разделе "Группы эквивалентных знаков" таблицы, являются эквивалентными: использование любого знака, входящего в группу. Знак "нижняя одионочная кавычка" выведен из группы "Кавычки и их заменители" и считается эквивалентом запятой, поскольку его начертание неотлично от запятой.
3. Не допускается следование друг за другом знаков, входящих в одну и ту же группу, из групп "Знаки препинания", "Горизонтальные разделители", "Вертикальные и наклонные разделители", "Кавычки" как непосредственно, так и разделённых пробелами или его эквивалентами (знаками из группы "Пробел и его эквиваленты").

Допускается отсутствие фамилии у пациента (при этом корректность персональных данных пациента подтверждается положительными результатами сверки с РС ЕРЗЛ / ФЕРЗЛ (либо ЦС ЕРЗЛ) в рамках медико-экономического контроля по алгоритмам с кодами «ЕС» и «ЕР»).

2.1.2. Имя пациента

Указывается имя пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорождённого). Требования по заполнению – аналогично требованиям по записи фамилии.

Допускается отсутствие имени у пациента (при этом корректность персональных данных пациента подтверждается положительными результатами сверки с РС ЕРЗЛ / ФЕРЗЛ (либо ЦС ЕРЗЛ) в рамках медико-экономического контроля по алгоритмам с кодами «ЕС» и «ЕР»).

2.1.3. Отчество пациента

Указывается отчество пациента (при наличии) (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорождённого). Требования по заполнению – аналогично требованиям по записи фамилии.

Допускается отсутствие отчества у пациента (при этом корректность персональных данных пациента подтверждается положительными результатами сверки с РС ЕРЗЛ /

ФЕРЗЛ (либо ЦС ЕРЗЛ) в рамках медико-экономического контроля по алгоритмам с кодами «ЕС» и «ЕР»).

2.1.4. Пол пациента

Указывается пол пациента: 1 – мужской, 2 – женский.

Для незарегистрированного новорождённого указывается «2» (пол матери ребёнка).

2.1.5. Дата рождения пациента

Указывается дата рождения пациента в последовательности ГГГГММДД.

При отсутствии дня или дня и месяца в документе, удостоверяющем личность, указывается ГГГГММ01/ ГГГГ0101 соответственно.

Для незарегистрированного новорождённого, в том числе в случае регистрации незарегистрированных новорождённых из многоплодных родов указывается дата рождения матери.

2.1.6. Признак «Особый случай в реестре пациентов»

Указывается признак «Особый случай в реестре пациентов» по кодификатору «osoree» пакета НСИ АИС ОМС.

Таблица 1. Особый случай в реестре пациентов

D_TYPE	Наименование
0	Обычное кодирование
1	Направление выдано МО иной территории (для направлений на ЭКО при изменении территории страхования на г. Москва)
8	Незарегистрированный новорождённый или мертворождённый в отсутствие законного представителя (для неидентифицированных)
9	Незарегистрированный новорождённый или мертворождённый в присутствии законного представителя
d	Совпадение ФИО (полных) и даты рождения у различных физических лиц
P	Наличие признаков совершения в отношении пациента противоправных действий

2.1.7. Медицинская организация, прикрепившая пациента

Указывается идентификатор медицинской организации («LPU_ID»), к которой прикреплен застрахованный. Заполнение обязательно. Для застрахованных, не имеющих прикрепления, указывается значение «0».

2.1.8. Серия и номер полиса

Указывается серия и номер документа ОМС (полиса) пациента (матери или иного законного представителя новорождённого, не имеющего свидетельства о рождении (незарегистрированного новорождённого)).

Для неидентифицированных пациентов указывается серия и номер листа регистрации пациента (матери незарегистрированного новорождённого):

- серия = «Н» (кириллица) + код округа, где расположена МО (по справочнику «admokt» пакета НСИ АИС ОМС) + «знак тире» + идентификатор МО («LPU_ID»). Записывается без пробелов (пример: Н01-2386).

- собственно номер = девятиразрядный номер наряда ССиНМП. При поступлении пациента иным путём (доставлен бригадой СМП медицинской организации (не ССиНМП), «самотёком» и т.п.) номер формируется по правилам = LPU_ID+ГММДД + двухзначный порядковый номер с левым значащим нулём, где ГММДД - последняя цифра года + номер месяца + день поступления в МО.

В случае ссылки на лист регистрации матери незарегистрированного новорождённого в параметре «особый случай в реестре пациентов» «D_TYPE» указывается код «9».

В случае ссылки на лист регистрации самого незарегистрированного новорождённого в параметре «особый случай в реестре пациентов» «D_TYPE» указывается код «8».

Алгоритм определения плательщика за оказанную медицинскую помощь

Страховая принадлежность застрахованного лица определяется:

– Для медицинских услуг АПП, стоматологических услуг АПП, вызовов бригад ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ» – на дату каждой отдельной медицинской услуги в каждой отдельной МО;

– Для госпитализаций в КС, госпитализаций в ДС, госпитализаций по ВМП, госпитализаций по ВМП (дневной стационар) и случая оказания медицинской помощи в приёмном отделении – на дату завершения госпитализации по каждому законченному / прерванному случаю оказания медицинской помощи.

При обращении пациента, застрахованного на территории иного субъекта РФ, каждая МО обязана самостоятельно провести его идентификацию в ФЕРЗЛ с целью установления территории страхования, а также проверки корректности вводимых персональных данных.

Запрос на определение страховой принадлежности выполняется по следующим правилам:

1. Для получения сведений о застрахованном лице из ФЕРЗЛ необходимо использовать механизм поиска, реализованный в подсистеме РС ЕРЗЛ 2.

Данные запрашиваются по реквизитам ДПФС (то есть в первую очередь по ЕНП, при его наличии, или реквизитам ДПФС, при отсутствии ЕНП).

2. После получения данных об истории страхования выбирается единственный полис, подходящий под сроки лечения указанные выше для каждого типа случая лечения:

2.1. При получении двух и более записей исключаются полисы, для которых справедливы следующие условия:

- полис перестал быть действующим на начало лечения;
- полис начал действовать после окончания лечения;

2.2. Если после обработки, описанной выше, осталось более одного полиса, то выбирается полис, где дата окончания пустая или наибольшая.

3. У оставшегося полиса проверяется:

– соответствие фамилии, имени, отчества и даты рождения, указанных в информационной посылке МО, соответствующим данным найденного полиса в ФЕРЗЛ. При отличии типа ДПФС («TIP_P») от значений «П» / «К» / «Э» (то есть в информационной посылке указан полис ОМС старого образца или временное свидетельство) дополнительно проверяется соответствие реквизитов ДУДЛ, указанных в информационной посылке МО, соответствующим данным найденного полиса в ФЕРЗЛ. При соответствии данных персональные сидения о пациенте будут удовлетворять условиям МЭК по алгоритму «ES».

– если ОКАТО (вычисляется по значению поля «C_T» информационной посылки от МО) совпадает с атрибутом ОКАТО территории, в которую выставлен счёт, то данный полис будет удовлетворять условиям МЭК по алгоритму «EP».

При получении информации из ФЕРЗЛ, если запрос в РС ЕРЗЛ не был сделан или совпадает с РС ЕРЗЛ, о том, что данный пациент на момент оказания

ему медицинской помощи застрахован в городе Москве, МО направляет счёт на такого пациента в соответствующую страховую медицинскую организацию системы ОМС города Москвы. При расхождении данных в РС ЕРЗЛ и ФЕРЗЛ медицинские организации обязаны оперативно сообщать в СМО и МГФОМС о случаях отличия информации. МГФОМС в данном случае будет определять плательщика путём анализа сведений из РС ЕРЗЛ и ФЕРЗЛ.

Все МО проводят обязательную подачу предварительных счетов в первый рабочий день месяца, следующего за отчётным, в целях проверки корректности определения плательщика за оказанную медицинскую помощь.

Алгоритм определения медицинской организации, принявшей заявление пациента о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Медицинская организация, принявшая заявление пациента о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, определяется по данным, содержащимся в РС ЕРЗЛ / ФЕРЗЛ, на дату оказания медицинской услуги или дату выдачи направления на получение медицинской помощи в плановой форме.

2.1.9. Тип документа ОМС

Указывается тип документа ОМС (полиса):

«С» - полис старого образца

«В» - временное свидетельство

«Е» - временное свидетельство в формате электронного документа

«П» - полис единого образца на бумажном носителе

«Э» – электронный полис

«Х» (кириллица) – символ указывается на учтённого пациента, не имеющего полиса ОМС (используется в ситуациях, возникающих при распределении по СМО застрахованных лиц, не подавших заявление на выбор СМО)

«Н» (кириллица) – символ указывается в счетах за оказание медицинской помощи лицам, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС.

2.1.10. Идентификатор застрахованного лица в системе ОМС

Указывается идентификатор застрахованного лица в системе ОМС (номер действующего полиса единого образца либо расчётный номер полиса единого образца, который зарегистрирован в ЦС ЕРЗЛ по полису старого образца).

Для старого полиса (тип «С») и ВС (тип «В» / «Е») указывается расчётный номер полиса единого образца (ЕНП), считанный с ответа РС ЕРЗЛ; при отсутствии временного свидетельства в РС ЕРЗЛ – не заполняется.

Для полиса типа П, Э – повторяется номер полиса.

2.1.11. Идентификатор страховой медицинской организации

Указывается идентификатор страховой медицинской организации, выдавшей полис (по справочнику «sprsmo» пакета НСИ АИС ОМС).

Таблица 2. Идентификатор страховой медицинской организации

QQ	Наименование
I3	ООО «СК «Ингосстрах-М»
M1	АО «МАКС-М»
M4	ООО МСК «Медстрах»

R4	ООО «СМК РЕСО-Мед» Московский филиал
S7	АО «СК «СОГАЗ-Мед»
R8	ООО «Капитал МС»
I2	ООО «МСК «ИНКО-МЕД» Московский филиал

2.1.12. Номер медицинской карты

Указывается номер медицинской карты амбулаторного/стационарного больного.

В случае оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара номер истории болезни для каждого отдельного случая госпитализации должен быть уникален в рамках одной медицинской организации в течение календарного года.

Правила регистрации номера медицинской карты

При учёте медицинской помощи пациентам, госпитализированным в дневной стационар, госпитализированным в стационар, а также не госпитализированным пациентам, получившим помощь в приёмном отделении стационара, указывается номер медицинской карты стационарного больного (ф.003/у).

При регистрации в счёте медицинской организации случаев госпитализаций в КС, госпитализаций в ДС, госпитализаций по ВМП, госпитализаций по ВМП (дневной стационар) и случаев оказания медицинской помощи в приёмном отделении номер медицинской карты стационарного больного должен быть уникален в рамках одной медицинской организации (юридического лица) в пределах одного календарного года для каждого отдельного законченного или прерванного случая оказания медицинской помощи, а также каждого отдельного обращения в приёмное отделение стационара.

Для пациентов амбулаторно-поликлинической медицинской организации (отделения) в общем случае указывается номер медицинской карты амбулаторного больного (ф.025/у). При учёте медицинской помощи в случае оказания только лабораторных исследований допускается ссылка на номер талона (записи в журнале) при регистрации исследований.

При учёте комплексных услуг по диспансеризации, профилактических осмотров и т.п. номер медицинской карты строится по правилу: аббревиатура вида диспансеризации и/или профилактического осмотра + реквизиты документа ОМС пациента через знак подчёркивания.

При учёте услуг, выполненных при углублённом медицинском осмотре несовершеннолетних, номер медицинской карты строится по правилу: аббревиатура вида осмотра + номер врачебно-контрольной карты диспансерного наблюдения спортсмена (форма 062/у).

Аббревиатура вида диспансеризации/осмотра:

ДД - диспансеризация отдельных групп взрослого населения,

ДС - диспансеризация пребывающих в стационарных медицинских организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,

ДУ - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство) в приёмную или патронатную семью,

ПРОФД – профилактические осмотры несовершеннолетних,

ПРОФВ – профилактические осмотры взрослого населения,

УМО – углублённый медицинский осмотр лиц моложе 18 лет, занимающихся спортом,

УД – углублённая диспансеризация лиц, перенёсших COVID-19.

Комплексная услуга профилактического направления (1-ый этап) регистрируется на день завершения исследований; услуги, выполненные в составе комплексной услуги, в реестр счетов не включаются.

Ссылка на указанный номер медицинской карты сохраняется при проведении осмотров и исследований второго этапа диспансеризации, профилактических осмотров и т.д. По завершении диспансеризации и профилактических осмотров устанавливается группа здоровья пациента по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС.

Правила регистрации новорождённых, не имеющих государственной регистрации рождения (незарегистрированные новорождённые), в сопровождении законного представителя

При оформлении счёта за лечение незарегистрированного новорождённого в качестве сведений о пациенте и его документе по ОМС указываются сведения о матери новорождённого либо иного законного представителя, случай отмечается как «особый случай в реестре пациентов» по кодификатору «osogee» пакета НСИ АИС ОМС («D_TYPE» = «9»).

Номер медицинской карты амбулаторного/стационарного больного, оформленной на незарегистрированного новорождённого, дополняется сведениями о поле, дате рождения и «условном номере», которые разделены символом «#» («решётка»):

- собственно номер карты (не более 12 символов, в котором могут присутствовать цифровые и буквенные символы за исключением символа «#»)¹;
- пол (один символ: «1» – мужской, «2» – женский);
- дата рождения (8 символов, записывается в последовательности ГГГГММДД);
- «условный номер» ребёнка при многоплодных родах (при единственном новорождённом указывается символ «1»).

При одновременном лечении новорождённых при многоплодных родах фасетный номер медицинской карты, оформленной на каждого из них, должен быть уникален: для пациентов амбулаторно-поликлинических МО – в течение отчётного периода, стационаров – в течение календарного года.

При одновременном лечении (в один и тот же отчётный период) незарегистрированного новорождённого и его матери / законного представителя в счёте на представителя указывается номер медицинской карты без дополнительных символов по полу и дате рождения, при этом сведения о матери / законном представителе не требуют отдельной записи в файле «реестр пациентов».

Для медицинских организаций (отделения), финансирование которых осуществляется по подушевым нормативам на прикрепившихся лиц, незарегистрированного новорождённого, лечение которого оформлено по документу его матери/законного представителя, следует отнести в группу «неприкрепившиеся лица».

1 Для незарегистрированных новорожденных из многоплодных родов собственно номер медицинской карты каждого пролеченного новорожденного должен быть уникальным: для пациента амбулаторно-поликлинической МО / отделения – в течение отчетного периода, для госпитализированного новорожденного – в пределах одного страхового случая.

Правила регистрации новорождённых, не имеющих государственной регистрации рождения (незарегистрированные новорождённые), находившихся в стационаре и не имеющих матери или иного законного представителя (только для категории лиц, не идентифицированных по ОМС)

Сведения о новорождённом, отнесённом к категории лиц, не идентифицированных в системе ОМС, находившемся в стационаре и не имеющем матери или иного законного представителя, вносятся в счёт со ссылкой на «особый случай в реестре пациентов» по кодификатору НСИ («D_TYPE» = «8»).

2.1.13. Признак детского профиля медицинской помощи

0 – нет, 1 – да.

При регистрации услуги устанавливается автоматически по первой позиции кода. При регистрации ВМП вычисляется в соответствии с возрастом пациента (1- для детей в возрасте до 18 лет).

2.1.14. Признак незарегистрированного новорождённого

Параметр оформляется автоматически по анализу номера медицинской карты, оформленной на незарегистрированного новорождённого, по шаблону: ПДДММГГН, где:

П – пол новорождённого (1 - мужской/2 - женский)

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние 2 цифры года рождения;

Н – порядковый номер новорождённого при многоплодных родах (до двух знаков).

В обычной ситуации признак отсутствует.

2.1.15. Вес при рождении

Заполнение обязательно при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям весом от 300 до 2500 грамм.

2.1.16. Категория пациента

Для пациентов, застрахованных на иных территориях РФ, указывается значение «IN» (латиница).

Для пациентов, не идентифицированных и не застрахованных по ОМС, указывается значение «XX» (латиница).

2.1.17. Серия, номер документа удостоверяющего личность, а также орган, выдавший документ, удостоверяющий личность, и дата выдачи документа.

Указываются серия и номер документа УДЛ пациента (законного представителя незарегистрированного новорождённого), а также орган, выдавший документ УДЛ, и дата выдачи документа УДЛ.

Для лиц, застрахованных по ОМС на территории иных субъектов РФ, заполнение строго обязательно при предъявлении полиса ОМС старого образца или временного свидетельства.

Для лиц, не идентифицированных и не застрахованных по ОМС – при наличии.

2.1.18. Код вида документа

Указывается код вида документа согласно справочнику «viddoc» пакета НСИ АИС ОМС. Для документов, отсутствующих в справочнике, указывается значение = «0», при отсутствии документа – не заполняется.

Для лиц, застрахованных по ОМС на территории иных субъектов РФ, заполнение строго обязательно при предъявлении полиса ОМС старого образца или временного свидетельства.

Код вида документа	Наименование документа	Код вида документа по ФОМС	Шаблон серии	Шаблон номера
v	Вид на жительство	11	S1	00000000009
p	Военный билет	7	ББ	9999990
7	Военный билет офицера запаса	17	ББ	999999
6	Временное удостоверение личности гражданина РФ	13	S	00000000009
d	Дипломатический паспорт гражданина РФ	8	99	9999999
c	Документ иностранного гражданина	21	S1	00000000009
e	Документ лица без гражданства	22	S1	00000000009
z	Заграничный паспорт гражданина РФ	15	99	9999999
8	Загранпаспорт гражданина СССР	2	S	00000009
t	Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации	28	S1	00000000009
w	Иные документы	18	S1	0000000009
2	Копия жалобы о лишении статуса беженца	27	S	00000000009
1	Паспорт гражданина РФ	14	99 99	9999990
3	Паспорт гражданина СССР	1	R-ББ	999999
a	Паспорт иностранного гражданина	9	S	00000000009
o	Паспорт Минморфлота	6	ББ	999999
4	Паспорт моряка	16	ББ	999990
q	Разрешение на временное проживание	23	S1	00000000009
g	Свидетельство о предоставлении временного убежища на тер. РФ	25	ЦЦ	9999999
b	Свидетельство о регистрации ходатайства о признании иммигрант	10	S	00000000009
9	Свидетельство о рождении	3	R-ББ	999999

	РФ			
f	Свидетельство о рождении, выданное не в РФ	24	S1	000000000009
i	Справка об освобождении из места лишения свободы	5	S	00000009
y	Трудовой договор	29	S1	000000000009
5	Удостоверение беженца в РФ	12	S	000000000009
u	Удостоверение личности офицера	4	ББ	9999999
r	Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии	26		999999

Обозначения в шаблонах серий и номеров ДУДЛ:

R – на месте одного символа R располагается целиком римское число, заданное символами «I», «V», «X», «L», «C», набранными на верхнем регистре латинской клавиатуры;

9 – любая десятичная цифра (обязательная);

0 – любая десятичная цифра (необязательная);

Б – любая русская заглавная буква;

«-» (знак «-») – указывает на обязательное присутствие данного символа в контролируемом значении;

S – последовательность символов, символы не контролируются (может содержать любые буквы или цифры, символ « » или вообще отсутствовать). Все символы должны быть из одного алфавита;

S1 – расширенная последовательность символов, символы не контролируются (может содержать любые буквы или цифры, символы «-», «/», «\», « »), или вообще отсутствовать). Все символы должны быть из одного алфавита.

2.1.19. СНИЛС пациента

Указывается страховой номер индивидуального лицевого счёта пациента (законного представителя незарегистрированного новорождённого) (при наличии).

При формировании счёта за оказание медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС на иных территориях РФ, дополнительно указываются следующие параметры:

2.1.20. Код территории страхования

Указывается код субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС пациенту (законному представителю незарегистрированного новорождённого) согласно справочнику «territ» пакета НСИ АИС ОМС.

2.1.21. Место рождения пациента

Указывается место рождения пациента (законного представителя незарегистрированного новорождённого) по документу, удостоверяющему личность.

2.1.22. Код территории места жительства

Указывается код субъекта РФ, на территории которого проживает (зарегистрирован) пациент (законный представитель незарегистрированного новорождённого) согласно справочнику «territ» пакета НСИ АИС ОМС. Заполняется по документу, удостоверяющему личность.

2.1.23. Наименование муниципального образования (район, городской округ) места жительства

Указывается наименование муниципального образования (уровня района, городского округа), на территории которого проживает (зарегистрирован) пациент (законный представитель незарегистрированного новорождённого) (при наличии). Заполняется по документу, удостоверяющему личность. Записывается заглавными буквами.

2.1.24. Наименование муниципального образования (населённый пункт) места жительства

Указывается наименование муниципального образования (уровня населённого пункта), на территории которого проживает (зарегистрирован) пациент (законный представитель незарегистрированного новорождённого). Заполняется по документу, удостоверяющему личность. Записывается заглавными буквами.

2.1.25. Наименование улицы

Указывается наименование улицы (со ссылкой на тип), на которой проживает (зарегистрирован) пациент (законный представитель незарегистрированного новорождённого). Заполняется по документу, удостоверяющему личность. Записывается заглавными буквами.

2.1.26. Номер дома места жительства

Указывается номер дома, в котором проживает (зарегистрирован) пациент (законный представитель незарегистрированного новорождённого). При отсутствии – не заполняется.

2.1.27. Номер корпуса дома места жительства

Указывается номер корпуса дома, в котором проживает (зарегистрирован) пациент (законный представитель незарегистрированного новорождённого). При отсутствии не заполняется.

2.1.28. Номер квартиры места жительства

Указывается номер квартиры, в которой проживает (зарегистрирован) пациент (законный представитель незарегистрированного новорождённого). Заполняется по документу, удостоверяющему личность. Записывается заглавными буквами. При отсутствии – не заполняется.

При формировании счета за оказание медицинской помощи лицам, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС, дополнительно указываются следующие параметры:

2.1.29. Адрес жительства (текст)

Указывается адрес проживания пациента, либо адрес регистрации пациента (при наличии).

2.1.30. Код гражданства

Указывается код гражданства пациента (законного представителя незарегистрированного новорождённого) согласно справочнику «countr» пакета НСИ АИС ОМС (при наличии сведений).

2.2. Сведения об исполнителе услуги

2.2.1. Идентификатор медицинской организации

Указывается код медицинской организации, представляющей счёт за медицинскую помощь. Параметр должен соответствовать справочнику «sprlru» пакета НСИ АИС ОМС.

2.2.2. ОГРН медицинской организации

Указывается Общероссийский государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации.

2.2.3. Идентификатор филиала медицинской организации

Указывается код филиала медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь. Для головной организации указывается идентификатор медицинской организации. При отсутствии филиала повторяется идентификатор медицинской организации. Параметр должен соответствовать справочнику «sprlru» пакета НСИ АИС ОМС.

2.2.4. Код отделения медицинской организации

Указывается код отделения медицинской организации, в котором оказывалась медицинская помощь. Параметр должен корреспондироваться со справочником отделений медицинской организации, входящим в состав информационной посылки.

Код отделения медицинской организации («фасетный код») состоит из 4 показателей **ВНХФ** и строится по следующим правилам:

- **В** – символ, определяющий возраст пациентов отделения:
 - «1» - взрослое (от 18 лет и старше),
 - «2» - детское (до 17 полных лет включительно),
 - «3» - смешанное (границы возраста не установлены);
- **Н** – двухзначный код условия оказания медицинской помощи. Устанавливается по кодификатору «profot» НСИ АИС ОМС, параметр <Otd>. В обязательном порядке выделяются:
 - дневной стационар в составе отделений МО (<80>, <81>);
 - центр здоровья (<91>);
 - приёмное отделение больничного учреждения без штатных коек (<73>);
 - приёмное отделение больничного учреждения с коечным фондом (<70>);
 - женская консультация (<08>);
 - выездная бригада больничного учреждения (<93>);
 - отделение патанатомии (<85>);
 - центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) (<22>);
 - стационар кратковременного пребывания (СКП) (<09>);
 - Московский городской гематологический центр (МГГЦ) (<46>);

- Межкрупной нефрологический центр (<42>);
- Межкрупной ревматологический центр (<51>).

Для остальных отделений амбулаторно-поликлинических учреждений (в т.ч. для отделений филиалов поликлиник, стоматологических поликлиник и т.д.) и поликлинических отделений с прикрепленным населением МО больничного типа код условия равняется <00>, для консультативно-диагностических поликлиник в составе больничного учреждения код условия равен <01>, для диагностических и врачебных кабинетов стационаров круглосуточного пребывания (за исключением КДО) код условия равен <90>. Для отделений стационаров круглосуточного пребывания код условия выбирается в соответствии с профилем койки (кодификатор «profot» пакета НСИ АИС ОМС, параметр <Otd>). Например, для отделения нефрологии больничного учреждения код условия <17>, для кабинета нефролога МО с ПФ код условия <00>, для кабинета консультативной поликлиники в составе больничного учреждения код условия <01>, для кабинета лучевой диагностики стационара круглосуточного пребывания, оказывающего медицинские услуги пациентам в рамках обращения в приёмное отделение, код условия <90>. Централизованная клиничко-диагностическая лаборатория в обязательном порядке имеет код условия <00>.

Таблица 3. Значение показателя «Н» в фасетном коде отделения

Код	Наименование
00	Поликлинические (консультативно-диагностические) отделения
01	КДО в составе больничных учреждений
02	Терапевтические
03	Кардиологические
04	Кардиологические интенсивной терапии
05	Гастроэнтерологические
06	Токсикологические
07	Аллергологические
08	Женская консультация в составе медицинской организации
09	СКП
10	Скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания
11	Эндокринологические
12	Инфекционные
13	Инфекционные боксированные
14	Скорой медицинской помощи суточного пребывания
15	Гематологические
16	Кардиологические для детей
17	Нефрологические
18	Эндокринологические для детей
19	Хирургические
20	Патологии новорождённых и недоношенных детей
21	Нейрохирургические
22	Центр амбулаторной онкологической помощи
23	Торакальной хирургии
24	Централизованная клиничко-диагностическая лаборатория
25	Кардиохирургические

26	Сосудистой хирургии
27	Травматологические
28	Хирургические для детей
29	Ожоговые
30	Ортопедические
31	Уроандрологические для детей
32	Урологические
33	Онкологические для детей
34	Стоматологические для детей
35	Онкологические
36	Химиотерапевтические
37	Хирургические (хирургия (трансплантация органов и (или) тканей))
38	Для беременных и рожениц (кроме патологии беременности)
39	Патологии беременности
40	Гинекологические
41	Челюстно-лицевой хирургии
42	Межклубной нефрологический центр
43	Реанимационные для новорожденных (анестезиология и реаниматология)
44	Пульмонологические
46	Московский городской гематологический центр (МГГЦ)
47	Неврологические
48	Геронтологические
49	Психоневрологические
50	Неврологические интенсивной терапии
51	Межклубной ревматологический центр
53	Онкологические торакальные
54	Онкологические абдоминальные
55	Офтальмологические
56	Онкоурологические
57	Оториноларингологические
59	Дерматологические
61	Радиологические и рентгенологические (в т.ч. онкорadiологические)
62	Педиатрические соматические
63	Педиатрические для недоношенных и новорожденных
64	Для новорожденных
65	Проктологические
66	Ревматологические
67	Онкогинекологические
68	Гнойные хирургические
69	Реабилитационные
70	Приемное отделение с коечным фондом
71	Реанимационно-анестезиологические отделения
73	Приемное отделение (без коечного фонда)
74	Абдоминальной хирургии
76	Психосоматические
77	Кардиологические для больных с острым инфарктом миокарда

78	Гинекологические для детей
79	Онкологические опухолей головы и шеи
80	Отделение дневного стационара в АПУ
81	Отделение дневного стационара в составе стационарных отделений МО больничного типа
83	Онкологические опухолей костей, кожи и мягких тканей
84	Неврологические для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения
85	Патологоанатомическое
86	Психоневрологические для детей
87	Реабилитационные соматические
88	Реабилитационные для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств
89	Реабилитационные для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы
90	Параклинические кабинеты стационара круглосуточного пребывания
91	Центр здоровья
92	Травматологическое отделение в амбулаторно-поликлинической МО
93	Выездная бригада
94	Соматопсихиатрические
95	Бригада НМП (ССиНМП)
96	Станция СМП

X – трехзначный код профиля отделения медицинской организации по кодификатору ФФОМС.

В отделении дневного или круглосуточного стационара профиль отделения устанавливается по профилю коек.

Для амбулаторно-поликлинической медицинской организации в качестве кода отделения, помимо профиля отделения, может быть указан профиль специализированного кабинета (например, кабинет ревматолога – профиль <077>, кабинет невролога – <053>, кабинет окулиста – <065> и т.д.) и лаборатории.

Лаборатории в составе медицинских организаций описываются как «отделение клинической лабораторной диагностики» - профиль <034> и/или «отделение лабораторной диагностики» - профиль <038>.

Отделение медицинской организации, включающее в себя несколько кабинетов врачей-специалистов разного профиля (например КДО) может быть закодировано кодом профиля одного из кабинетов на усмотрение медицинской организации.

Таблица 4. Значение показателя "X" в фасетном коде отделения

Код	Наименование профиля отделения/кабинета специалиста
001	Абдоминальная хирургия
003	Акушерское дело
004	Аллергология и иммунология
005	Анестезиология и реаниматология
006	Бактериология
007	Вирусология
011	Гастроэнтерология
012	Гематология
013	Генетика
014	Гериатрия

015	Гистология
016	Дерматовенерология
017	Детская кардиология
018	Детская онкология
019	Детская урология-андрология
020	Детская хирургия
021	Детская эндокринология
022	Диабетология
023	Диетология
028	Инфекционные болезни
029	Кардиология
030	Колопроктология
034	Клиническая лабораторная диагностика
035	Клиническая микология
037	Лабораторное дело
038	Лабораторная диагностика
039	Лабораторная микология
040	Лабораторная генетика
041	Лечебная физкультура и спортивная медицина
042	Лечебное дело
043	Мануальная терапия
045	Медицинская генетика
046	Медицинский массаж
048	Медицинские осмотры (предварительные, периодические)
053	Неврология
054	Нейрохирургия
055	Неонатология
056	Нефрология
057	Общая врачебная практика (семейная медицина)
058	Общая практика
060	Онкология
061	Операционное дело
063	Ортодонтия
065	Офтальмология
066	Паразитология
067	Патологическая анатомия
068	Педиатрия
075	Пульмонология
076	Радиология
077	Ревматология
078	Рентгенология
079	Рефлексотерапия
081	Сердечно-сосудистая хирургия
082	Сестринское дело
083	Сестринское дело в педиатрии
084	Скорая медицинская помощь

085	Стоматология
086	Стоматология детская
087	Стоматология профилактическая
088	Стоматология ортопедическая
089	Стоматология терапевтическая
090	Стоматология хирургическая
096	Сурдология-оториноларингология
097	Терапия
098	Токсикология
099	Торакальная хирургия
100	Травматология и ортопедия
105	Трансфузиология
106	Ультразвуковая диагностика
108	Урология
109	Физиотерапия
111	Функциональная диагностика
112	Хирургия
113	Хирургия (трансплантация органов и тканей)
114	Хирургия (комбустиология)
116	Челюстно-лицевая хирургия
122	Эндокринология
123	Эндоскопия
136	Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)
137	Акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)
138	Вакцинация (проведение профилактических прививок)
147	Лечебная физкультура
151	Медицинские осмотры профилактические
158	Медицинская реабилитация
160	Неотложная медицинская помощь
162	Оториноларингология (за исключением кохlearной имплантации)
163	Оториноларингология (кохlearная имплантация)
166	Радиотерапия
167	Реаниматология
168	Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение
171	Стоматология общей практики
179	Хирургия (трансплантация органов и (или) тканей)

Примеры сочетания условия оказания медицинской помощи и профиля отделения (показатели Н+Х):

- отделение травматологии в поликлинике кодируется <92100>, в стационаре – <27100>;
- амбулаторный кабинет восстановительного лечения <00158>;
- отделение дневного стационара в стационарной МО (Н = 81) или амбулаторно-поликлинической МО (Н = 80) кодируется (профиль показан с учётом возраста пациентов):

с койками терапевтического профиля / педиатрического профиля - <180097> /<280068>;

с койками хирургического профиля / хирургического профиля в педиатрии - <180112> /<280020>;

с койками гематологического профиля - <180012>;

с койками восстановительного лечения детей - <280158>.

метод ЭКО (в отделении дневного стационара + взрослое население) - <180137>.

Примеры кодов отделений (кабинетов) в поликлинике и круглосуточном стационаре (показатели В+Н+Х):

- кабинет невролога в детской городской поликлинике <200053>;

- кабинет невролога в консультативно-диагностическом отделении городской больницы <101053>;

- кабинет нефролога в городской поликлинике для взрослого населения <100056>;

- кабинет нефролога в консультативно-диагностическом отделении круглосуточного стационара <101056>;

- кабинет нефролога в поликлиническом отделении (с прикрепленным населением) круглосуточного стационара <100056>;

- амбулаторный кабинет восстановительного лечения <300158>;

- отделение нефрологии круглосуточного стационара для взрослого населения <117056>.

Е - уникальный для данной медицинской организации (филиала медицинской организации) двухзначный код (сочетание цифр и букв любого алфавита), разделяющий отделения одного профиля.

Например, в круглосуточном стационаре первое отделение нефрологии и второе отделение нефрологии записываются одинаковым кодом условия и профиля с разными ссылками на наименование: <117056a1> и <117056a2> или <11705601> и <11705602>.

2.2.5. Код медицинской организации (филиала медицинской организации)

Указывается код медицинской организации (филиала медицинской организации) по справочнику «sprlpu» пакета НСИ АИС ОМС, оказавшей медицинскую помощь.

2.2.6. Наименование отделения медицинской организации (отделения филиала медицинской организации)

Указывается наименование отделения медицинской организации (отделения филиала медицинской организации), оказавшего медицинскую помощь.

2.2.7. Наименование профиля отделения

Указывается наименование профиля отделения, оказавшего медицинскую помощь, по справочнику «prv002» пакета НСИ АИС ОМС (таблица 5 настоящей Инструкции).

2.2.8. Количество коек отделения/Расчётное количество приёмов в смену

Для отделений круглосуточного и дневного стационара указывается количество коек отделения.

Для амбулаторно-поликлинических медицинских организаций (отделений) указывается расчётное количество приёмов в смену.

2.2.9. Код исполнителя медицинской услуги

Указывается код медицинского работника – исполнителя медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащего врача).

Идентификационный код (номер) медицинского работника должен быть уникальным для данной медицинской организации или филиала медицинской организации.

Допускаются любые буквенные и цифровые символы, а также знаки «-», «/», «_», «()». Пробел в качестве разделителя идентификатора не допускается.

2.2.10. Серия и номер документа ОМС исполнителя медицинской услуги

Указываются серия и номер действующего полиса ОМС медицинского работника, исполнителя медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащего врача), вне зависимости от территории субъекта РФ, на которой выдан полис ОМС. Для медицинских работников, не имеющих полиса ОМС, могут быть указаны реквизиты документа, удостоверяющего личность, разрешения на работу в РФ.

2.2.11. Фамилия исполнителя медицинской услуги

Указывается фамилия медицинского работника-исполнителя медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащего врача).

Кириллица. Первая буква заглавная, далее – строчные. Каждая часть составной фамилии начинается с заглавной буквы. Записывается через тире или пробел в соответствии с записью в документе ОМС.

2.2.12. Имя исполнителя медицинской услуги

Указывается имя медицинского работника-исполнителя медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащего врача).

Требования – аналогично фамилии.

2.2.13. Отчество исполнителя медицинской услуги

Указывается отчество медицинского работника-исполнителя медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащего врача).

Требования – аналогично фамилии. При отсутствии в документе ОМС – не заполняется

2.2.14. Дата рождения исполнителя медицинской услуги

Указывается дата рождения медицинского работника-исполнителя медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащего врача) (формат - ГГГГММДД).

2.2.15. Пол исполнителя медицинской услуги

Указывается пол медицинского работника-исполнителя медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащего врача) (значения: 1 – мужской / 2 – женский).

2.2.16. Специальность исполнителя медицинской услуги

Указывается код специальности медицинского работника-исполнителя медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащего врача) по справочнику «sprv015» пакета НСИ АИС ОМС, параметр «Code» в соответствии с заключённым с работником трудовым договором.

2.2.17. Дата выдачи сертификата исполнителю медицинской услуги

Указывается дата выдачи сертификата / свидетельства об аккредитации медицинскому работнику-исполнителю медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащему врачу). Указываются данные сертификата / свидетельства об аккредитации по профилю медицинской услуги.

В случаях истечения срока действия сертификата / свидетельства об аккредитации в течение отчётного периода получения медицинским работником-исполнителем медицинской услуги нового сертификата / свидетельства об аккредитации, данные о нём также указываются.

2.2.18. Дата приёма исполнителя медицинской услуги на работу по специальности

Дата приёма медицинского работника-исполнителя медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащего врача) на работу по специальности.

2.2.19. Отметка о включении исполнителя медицинской услуги в перечень врачей, имеющих право выписки льготных рецептов

Указывается отметка о включении медицинского работника-исполнителя медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащего врача) в перечень врачей, имеющих право выписки льготных рецептов (значение «1»).

2.3. Сведения о направлении пациента

2.3.1. Организация, выдавшая направление / доставившая пациента (при экстренной госпитализации)

Указывается код медицинской организации, направившей пациента. Параметр должен соответствовать одному из значений: «LPU_ID» или «FIL_ID» по справочнику «sprlpu» пакета НСИ АИС ОМС, значениям «5650», «7665», «8888», коду медицинской организации («LPU_ID») по справочнику «F032» НСИ ФОМС.

Для иногородних пациентов должен указываться код медицинской организации («LPU_ID») по справочнику «F032» НСИ ФОМС.

При учёте медицинских услуг, оказанных в соответствии с имеющимся договором МО с дошкольным / школьным учреждением в соответствии с приказом ДЗМ о раскреплении – в части медицинских услуг, выполняемых в дошкольно-школьном отделении, или договором МО с учреждением по проведению вакцинопрофилактики, наличие договора/раскрепления ДЗМ на проведение лабораторной диагностики по направлению МО, не участвующих в реализации ТПОМС, оказанных иногородним пациентам, в качестве направившей МО должен указываться код МО, принявшей решение об оказании медицинской помощи, по справочнику «F032» НСИ ФОМС.

Обязательно заполнение:

- при учёте медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара при госпитализации пациента (за исключением случаев самостоятельного обращения пациентов в стационар за медицинской помощью в связи с развитием острого (обострением хронического) заболевания по инициативе пациента). При этом для пациентов, застрахованных на территории других субъектов РФ, направившая медицинская организация должна соответствовать медицинской организации, принявшей заявление пациента о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи;

- при оказании неотложной медицинской помощи иногородним пациентам, самостоятельно обратившимся в приёмное отделение стационара в связи с развитием острого (обострением хронического) заболевания (указывается код медицинской организации, оказавшей неотложную медицинскую помощь);

- при оказании медицинской помощи пациентам, получившим амбулаторные услуги, по направлениям из других организаций. При этом направившая медицинская организация должна соответствовать медицинской организации, принявшей заявление пациента о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. Исключение составляют медицинские услуги по проведению лабораторной диагностики (при направлении биологического материала, забор которого произведён в условиях круглосуточного или дневного стационара в период госпитализации пациента, в соответствии с маршрутизацией, утверждённой уполномоченным Правительством Москвы органом исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения);

- при оказании иногородним пациентам медицинской помощи в условиях дневного стационара. При этом направившая медицинская организация должна соответствовать медицинской организации, принявшей заявление пациента о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи;

В случае направления пациента из иной МО в связи с подозрением на наличие злокачественного новообразования («DS_ONK» = 1), а также основным диагнозом раздела «С», или код основного диагноза входит в рубрики «D00» - «D09», «D45» - «D47» заполнение обязательно.

При обращении пациента в стационар за медицинской помощью в связи с развитием острого (обострением хронического) заболевания по личной инициативе пациента параметр «LPU_ORD» не указывается (за исключением иногородних пациентов, которым оказывалась неотложная медицинская помощь в приёмном отделении).

Для случая экстренной госпитализации пациента указывается медицинская организация, доставившая пациента («LPU_ORD» = «4708» (идентификатор ССиНМП им. Пучкова, или «LPU_ID» службы СМП иного субъекта РФ), для иногородних пациентов должен указываться «LPU_ID» медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, по справочнику «F032» НСИ ФОМС).

При проведении углублённых медицинских осмотров спортсменов (несовершеннолетних), застрахованных в Москве, указываются последние четыре цифровых символа номера письма Москомспорта.

При оказании застрахованным в Москве услуг МО по договорам с дошкольным / школьным учреждением, включая договор на проведение вакцинопрофилактики, в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы о раскреплении в части медицинских услуг, выполняемых в дошкольно-школьном отделении, договорам/раскреплении ДЗМ на проведение лабораторной диагностики по направлению МО, не участвующих в реализации ТПОМС, указывается код = «8888».

При направлении пациента военным комиссариатом, указывается код «5650» (номер Положения о военно-врачебной экспертизе с приписанным правым «0»).

При направлении иногородних пациентов медицинской организацией, работающей в системе ОМС Российской Федерации, указывается LPU_ID данной организации по справочнику «F032» НСИ ФОМС.

При направлении иногородних пациентов органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации допускается указание медицинской организации, принявшей решение об оказании медицинской помощи, в качестве направившей медицинской организации с указанием кода особого случая реестра счетов «D_TYPE» = «6».

2.3.2. Тип направления

Указывается тип направления пациента на получение медицинской услуги согласно таблице 6.

Таблица 6. Тип направления

Код	Стационар	Поликлиника	Застрахованные в г. Москве	Застрахованные на иных территориях РФ	Не идентифицированные и не застрахованные по ОМС (только круглосуточный стационар + ПАО)
	<i>дневные стационары, круглосуточные стационары, включая приёмное и (при составном счёте на выбывшего пациента тип направления сопровождает либо все стационарные составляющие счёта (МС/ВМП/раздел 99/199), либо только «последнюю» (по дате выписки из стационара))</i>	<i>амбулаторно-поликлинические МО (в т.ч. поликлиники, КДО, патологоанатомические отделения в составе стационаров)</i>			
0	При учёте медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, пациентам, застрахованным в городе Москве и прикрепленным к медицинской организации, в которой они проходят лечение.	для пациентов амбулаторно-поликлинической МО – по умолчанию (для услуг, оказанных пациентам, прикрепленным к данной МО, в том числе для учёта услуг неотложной помощи, включённых в приложение 1.5 к Тарифному соглашению, оказанных пациентам, не прикрепленным к данной МО). Также, указывается по умолчанию при оказании медицинских услуг в ПАО.	+	+	+
1	- плановая госпитализация, в том числе в дневной стационар (за исключением медицинских организаций федеральной формы собственности); - при учёте симультанных услуг и оказании в приёмном отделении медицинских услуг из справочника «geesus» пакета НСИ АИС ОМС - «Реестр медицинских услуг» пациентам, направленным в плановом порядке, без последующей госпитализации.		+	+	
2	- экстренная госпитализация (пациент доставлен бригадой СМП и НМП) (в условиях		+	+	+

	<p>дневных стационаров не применяется);</p> <p>- при учёте симультанных услуг и оказании в приёмном отделении медицинских услуг из справочника «geesus» пакета НСИ АИС ОМС - «Реестр медицинских услуг» пациентам, поступившим в экстренном порядке, без последующей госпитализации;</p>				
3	<p>- пациент обратился самостоятельно по поводу заболевания, представляющего угрозу жизни пациента (перечень кодов медицинских услуг, принимаемых на этапе МЭК, без подтверждения обоснованности экстренной госпитализации путём проведения МЭЭ и ЭКМП), указан в справочнике «msexr» пакета НСИ АИС ОМС и соответствующем приложении к настоящему Тарифному соглашению) (в условиях дневных стационаров не применяется);</p> <p>- при учёте симультанных услуг и оказании в приёмном отделении медицинских услуг из справочника «geesus» пакета НСИ АИС ОМС - «Реестр медицинских услуг» пациентам, самостоятельно обратившимся в стационар в связи с развитием (или подозрением) острого (или обострением хронического) заболевания, без последующей госпитализации</p> <p>- пациент предъявил направление от медицинской организации, не работающей в системе ОМС Российской Федерации.</p>		+	+	+
4	<p>при учёте услуг из справочника «geesus» пакета НСИ АИС ОМС - «Реестр медицинских услуг», разрешённых к учёту в стационарах, выполненных по направлению из других МО, участников системы ОМС, в параклиническом отделении (кроме медицинских услуг, оказанных в приёмном</p>	<p>направление от МО - участника системы ОМС города Москвы, в т.ч. «актив» ССиНМП им. Пучкова</p>	+	+	

	отделении).				
6	допризывник военкоматом	направлен	допризывник направлен военкоматом	+	
7			наличие распределения Москомспорта на проведение углублённых медицинских осмотров несовершеннолетних. В случаях, когда дата письма Москомспорта является более ранней, чем дата рождения пациента, может быть указана дата непосредственного оказания медицинской услуги.	+	+
8			наличие договора МО с дошкольным / школьным учреждением в соответствии с приказом ДЗМ г. Москвы о раскреплении – в части медицинских услуг, выполняемых в дошкольно-школьном отделении, наличие договора МО с учреждением по проведению вакцинопрофилактики, наличие договора/раскрепления ДЗМ на проведение лабораторной диагностики по направлению МО, не участвующих в реализации ТПОМС (Дата выдачи направления / дата начала действия договора МО с дошкольным / школьным учреждением, дата начала действия договора МО с учреждением по проведению вакцинопрофилактики / дата начала действия договора/дата приказа ДЗМ о раскреплении по проведению лабораторной диагностики). В случаях, когда дата договора/приказа ДЗМ является более ранней, чем дата рождения пациента, может быть указана дата непосредственного оказания медицинской услуги.	+	+

В направлении поликлиники должна быть чётко указана цель – специальное исследование / консультация / госпитализация.

2.3.3. Дата выдачи направления / дата госпитализации / дата заключения договора / дата письма Москомспорта

Указывается дата выдачи направления на госпитализацию (включая сопроводительный лист скорой медицинской помощи), консультацию, обследование и т.д. В случаях самостоятельного обращения иногородних пациентов дата обращения указывается обязательно. Данное поле также предназначено для регистрации даты начала действия договора МО с дошкольным/школьным учреждением, даты начала действия договора МО с учреждением по проведению вакцинопрофилактики, даты письма Москомспорта о проведении углублённых медицинских осмотров.

В случаях самостоятельного обращения иногородних пациентов в приёмное отделение круглосуточного стационара – без дальнейшей госпитализации заполнение поля обязательно.

В случаях самостоятельного обращения не идентифицированных в системе ОМС пациентов параметр «DATE_ORD» обязателен к заполнению (указывается дата поступления в стационар).

В случаях самостоятельного обращения пациентов, застрахованных по ОМС в городе Москве, в приёмное отделение стационара без последующей госпитализации заполнение не обязательно.

В случаях самостоятельного обращения застрахованных по ОМС пациентов за медицинской помощью (самотёк) с последующей госпитализацией заполнение указанного поля не обязательно.

В случае направления пациента из иной МО в связи с подозрением на наличие злокачественного новообразования («DS_ONK» = 1), а также основным диагнозом раздела «С», или код основного диагноза входит в рубрики «D00» - «D09», «D45» - «D47», заполнение обязательно.

2.3.4. Номер наряда вызова бригады скорой медицинской помощи (девятиразрядный)

Поле заполняется при экстренной госпитализации пациента бригадой ССиНМП им. А.С. Пучкова («ORD» = «2», «LPU_ORD» = «4708» / «774708») девятизначным номером наряда бригады СМП. При экстренной госпитализации пациента бригадой скорой медицинской помощи, участвующей в реализации территориальной программы ОМС другого субъекта РФ, поле не контролируется на состав и количество знаков.

2.3.5. Номер талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

Поле заполняется при учёте высокотехнологичной медицинской помощи.

2.3.6. Код направительного диагноза

Указывается код диагноза, указанного в направлении (по МКБ-10).

Заполнение обязательно при госпитализации пациента в круглосуточный стационар (за исключением госпитализации при самостоятельном обращении пациента (самотёк)).

2.4. Сведения о медицинской помощи, оказанной пациенту

2.4.1. Код медицинской услуги

Простые и комплексные медицинские услуги, включённые в Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС, перечислены в приложениях к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы.

Для учёта медицинских услуг используются справочники «Reesus», «Reesms», «Reesvr» пакета НСИ АИС ОМС.

2.4.2. Дата оказания услуги/выписки

При учёте простых медицинских услуг указывается дата оказания услуги.

При учёте стационарной медицинской помощи указывается дата выписки пациента из отделения (дата выписки, смерти, перевода в другое отделение, перевода в другую медицинскую организацию и др.).

2.4.3. Количество услуг, имеющих одинаковый код. Количество фактических дней лечения.

Параметр «K_U» – указывается количество услуг, зарегистрированных по данному диагнозу на данную дату у данного специалиста / количество койко-дней при лечении в отделении дневного стационара (от даты начала лечения, до даты выписки из дневного стационара) / количество койко-дней при лечении в отделении круглосуточного стационара. Параметр «KD_FACT» – указывается количество фактических дней, проведённых пациентов в дневном стационаре. Для круглосуточного стационара соответствует значению параметра «K_U» + 1.

2.4.4. Код законченного (прерванного) случая госпитализации

Применяется при учёте медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационара. Код применяется при выписки пациента из стационара. В случае последовательного лечения пациента в двух и более отделениях в рамках одной госпитализации в круглосуточный стационар соответствующий код применяется при учёте медицинской помощи по каждому отделению.

Таблица 7. Кодирование законченных (прерванных) случаев госпитализации

код	Описание
Законченные случаи	
0	специализированная медицинская помощь, не включённая в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (за исключением медицинской реабилитации)
v	высокотехнологичная медицинская помощь
A	применяется при учёте случая госпитализации при циклическом химиотерапевтическом (в т.ч. таргетном) лечении онкологических, гематологических, ревматологических, системных и иммунологических заболеваний
T	перевод в отделение медицинской реабилитации той же или другой медицинской организации (юридического лица) после 10 и более дней лечения в профильном отделении
R	применяется при учёте медицинской помощи, оказанной в отделении медицинской реабилитации в течение не менее 14 дней.
S	применяется при учёте медицинской помощи в рамках спецпроекта.
Прерванные случаи (только для учёта специализированной медицинской помощи, не включённой в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи)	
1	применяется при учёте случая госпитализации, прерванного в связи с преждевременной выпиской пациента из стационара по собственному желанию (по семейным обстоятельствам), по требованию родителей (для детей), подтверждённому соответствующим заявлением в первичной медицинской документации
2	применяется при учёте случая госпитализации, прерванного в связи с преждевременной выпиской пациента из стационара за нарушение больничного режима, подтверждённое в первичной медицинской документации, а также в связи с самовольным уходом больного из стационара, подтверждённым первичной медицинской документацией
3	применяется при учёте случая госпитализации, прерванного в связи с переводом пациента в стационар другой медицинской организации (юридического лица), подтверждённым первичной медицинской документацией
5	применяется при учёте случая госпитализации, прерванного в связи со смертью больного в данном отделении стационара (за исключением услуги «66212»)
6	применяется при учёте случая госпитализации в целях проведения диагностического обследования (в том числе допризывников) в стационарных условиях
7	применяется при учёте случая госпитализации, прерванного в связи с переводом пациента в другое отделение той же медицинской организации (юридического лица)
9	применяется при учёте случая госпитализации, прерванного по причинам, не включённым в данный перечень. Также код «9» применяется:

	- при введении карантинных мероприятий; - при невыполнении по тем или иным причинам оперативного вмешательства при использовании для учёта кодов медицинских услуг, предусматривающих его обязательное проведение (за исключением медицинских услуг, не требующих обязательного выполнения оперативного вмешательства в соответствии с технологической картой); - в случаях невыполнении условий (по срокам лечения / кратности циклов химиотерапии), установленных для законченных случаев госпитализации.
D	применяется в дневном стационаре химиотерапевтического профиля для учёта в подсистеме ПУМП АИС ОМС промежуточных движений пациента (фактических дат введения химиопрепарата).
P	применяется в дневном стационаре химиотерапевтического профиля для учёта случаев прекращения схемы химиотерапии по медицинским показаниям (развития осложнений, возникновения/обострения сопутствующих заболеваний/состояний и т.п.).

При наличии оснований для применения кода прерванного случая госпитализации, применение кода законченного случая госпитализации не допускается.

2.4.5. Код диагноза / состояния

Диагноз заболевания / состояния, послужившего поводом для госпитализации, учитывается с использованием кодов Международной классификации болезней 10 пересмотра (далее МКБ-10).

Код диагноза должен соответствовать заболеванию / состоянию, по поводу которого пациенту оказывалась медицинская помощь. Диагноз заболевания должен соответствовать коду медицинской услуги, используемой для учёта медицинской помощи

2.4.6. Код диагноза сопутствующего заболевания

Указывается код сопутствующего заболевания (при наличии). Требования аналогичны основному заболеванию. Заполнение необязательно.

2.4.7. Код дополнительного диагноза осложнения заболевания

Указывается код осложнения основного заболевания (при наличии). Требования аналогичны основному заболеванию. Заполнение необязательно.

2.4.8. Код медицинской манипуляции

Учёт медицинских манипуляций ведётся по кодам услуг в соответствии с приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Перечень наименований и кодов указанных медицинских манипуляций приведён в кодификаторе «horff» пакета НСИ АИС ОМС.

2.4.9. Количество проведённых медицинских манипуляций с данным кодом

Указывается количество проведённых медицинских манипуляций с данным кодом при учёте лечения с использованием одного кода комплексной медицинской услуги.

2.4.10. Признак «Особый случай счета пациента»

При учёте медицинской помощи используются следующие коды особого случая (справочник «ososch» пакета НСИ АИС ОМС).

Таблица 8. Особый случай счета пациента

Код	Описание	применение
0	Обычное кодирование	
1	Счёт пациента подтверждён протоколом	Решение об учёте медицинской помощи принято ВК

	заседания ВК	и не соответствует стандартным требованиям
3	Перевод в другую МО	Применяется при учёте перевода в другую МО пациента, в том числе находившегося в отделении реанимации менее 12 часов
4	Обоснованное в ПМД оказание медицинской помощи с нарушением установленного соответствия полу пациента	Применяется в случаях подтверждённой ПМД необходимости оказания медицинской услуги, используемой для лиц определённого пола, лицам иного пола. В том числе при расхождении документального и медицинского пола
5	Констатация смерти пациента	Применяется при учёте смерти пациента, находившегося в отделении реанимации менее 12 часов, а также наступившая при оказании высокотехнологичной медицинской помощи / амбулаторной медицинской помощи / медицинской помощи в дневном стационаре
6	Направление выдано органом власти	Применяется в случаях указания в качестве направившей медицинской организации кода медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, при наличии у пациента направления, выданного органом исполнительной власти РФ
7	Направление выдано врачом-онкологом	Применяется при учёте медицинской помощи, оказанной по направлению врача-онколога (в том числе, при проведении КТ/МРТ)
8	Обоснованное превышение регламентированной кратности оказания услуги	Применяется при обоснованном (подтверждённом первичной медицинской документацией) превышением установленной кратности (по справочнику «codku» пакета НСИ АИС ОМС) оказания медицинских услуг
9	Обоснованное включение в счёт повторяющейся записи о медицинской услуге	Применяется при обоснованном (подтверждённом первичной медицинской документацией) включением в счёт двух и более записях о медицинской услуге, для которых параметры «MCOD», «SN_POL», «IOTD», «DS», «COD», «D U», «PCOD» идентичны
С	Оказание медицинской помощи в связи с заболеванием COVID-19 лиц, включённых в группы риска, в условиях СКП	Применяется в случаях оказания медицинской помощи в связи с заболеванием COVID-19 лицам, включённым в группы риска, в условиях стационара кратковременного пребывания (допускается несколько посещений в рамках одного случая госпитализации) в специализированных медицинских организациях
R	Услуга оказана в отделении медицинской реабилитации	Применяется при оказании пациенту медицинских услуг по реабилитации
a	Обоснованное отсутствие совместно выполняемой услуги / наличие несовместимой услуги	Применяется при обоснованном (подтверждённом первичной медицинской документацией) нарушении правил регистрации совместно выполняемых услуг/несовместимых медицинских услуг (по справочнику «sovmpo» пакета НСИ АИС ОМС)
e	Оказание медицинской помощи с обоснованным в ПМД нарушением соответствия возрасту и т.д.	Применяется при обоснованной (подтверждённой первичной медицинской документацией) необходимостью нарушения установленных соответствий услуги и возраста пациента, возраста пациента и профиля оказанной медицинской помощи и т.д.
j	Обследование проведено по направлению центра здоровья	

s	Симультанное хирургическое вмешательство, подтверждённое протоколом ВК	Применяется при выполнении дополнительных оперативных вмешательств, не относящихся к основной медицинской услуге
w	Услуга выполнена выездной бригадой	Применяется при оказании медицинских услуг выездной бригадой стационара

2.4.11. Исход заболевания

Указывается исход заболевания

Таблица 9. Исход заболевания

Код	Наименование	Использование
101	Выздоровление в стационаре	Круглосуточный стационар, включая приёмное отделение
102	Улучшение в стационаре	
103	Без перемен в стационаре	
104	Ухудшение в стационаре	
201	Выздоровление в дневном стационаре	Дневной стационар
202	Улучшение в дневном стационаре	
203	Без перемен в дневном стационаре	
204	Ухудшение в дневном стационаре	
301	Выздоровление в поликлинике	Амбулаторно-поликлиническая медицинская организация, поликлиническое и клиничко-диагностическое отделение стационара, патологоанатомическое отделение (коды 304, 305)
302	Ремиссия в поликлинике	
303	Улучшение в поликлинике	
304	Без перемен в поликлинике	
305	Ухудшение в поликлинике	

2.4.12. Результат лечения

Указывается результат лечения пациента. При регистрации комплексной услуги по диспансеризации, профилактическому осмотру указывается установленная группа здоровья.

Таблица 10. Результат лечения

Код	Наименование	Использование
101	Выписан из стационара	Круглосуточный стационар, включая приёмное отделение
102	Переведён в другую МО из стационара	
103	Переведён в дневной стационар из стационара	
104	Переведён на другой профиль коек стационара	
105	Умер в стационаре	
106	Умер в приёмном покое стационара	
107	Лечение прервано по инициативе пациента в стационаре	
108	Лечение прервано по инициативе МО в стационаре	
109	Лечение продолжено в стационаре	
110	Самовольно прерванное лечение в стационаре	
201	Выписан из дневного стационара	Дневной стационар
202	Переведён в другую МО из дневного стационара	

203	Переведён в стационар из дневного стационара	
204	Переведён на другой профиль коек дневного стационара	
205	Умер в дневном стационаре	
206	Умер в приёмном покое дневного стационара	
207	Лечение прервано по инициативе пациента в дневном стационаре	
208	Лечение прервано по инициативе МО в дневном стационаре	
301	Лечение завершено в поликлинике	Амбулаторно-поликлиническая медицинская организация, поликлиническое и клиничко-диагностическое отделение стационара, патологоанатомическое отделение (коды 301-315)
302	Лечение прервано по инициативе пациента в поликлинике	
303	Лечение прервано по инициативе МО в поликлинике	
304	Лечение продолжено в поликлинике	
305	Направлен на госпитализацию из поликлиники	
306	Направлен в дневной стационар из поликлиники	
307	Направлен в стационар на дому из поликлиники	
308	Направлен на консультацию из поликлиники	
309	Направлен на консультацию в другое МО из поликлиники	
310	Направлен в реабилитационное отделение из поликлиники	
311	Направлен на санаторно-курортное лечение из поликлиники	
312	Проведена дополнительная диспансеризация в поликлинике	
313	Констатация факта смерти в поликлинике	
315	Направлен на обследования из поликлиники	
317	Проведена диспансеризация определённых групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья	
318	Проведена диспансеризация определённых групп взрослого населения - присвоена II группа здоровья	
321	Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных медицинских организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена I группа здоровья	
322	Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных медицинских организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена II группа здоровья	
323	Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных медицинских организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена III группа здоровья	
324	Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных медицинских организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена IV группа здоровья	
325	Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена V группа здоровья	
332	Проведён профилактический медосмотр несовершеннолетнего - присвоена I группа здоровья	
333	Проведён профилактический медосмотр несовершеннолетнего - присвоена II группа здоровья	
334	Проведён профилактический медосмотр несовершеннолетнего - присвоена III группа здоровья	
335	Проведён профилактический медосмотр несовершеннолетнего - присвоена IV группа здоровья	
336	Проведён профилактический медосмотр несовершеннолетнего - присвоена V группа здоровья	
343	Проведён профилактический медосмотр взрослого населения - присвоена I группа здоровья	

344	Проведён профилактический медосмотр взрослого населения - присвоена II группа здоровья	
347	Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку, в приёмную или патронатную семью - присвоена I группа здоровья	
348	Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку, в приёмную или патронатную семью - присвоена II группа здоровья	
349	Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку, в приёмную или патронатную семью - присвоена III группа здоровья	
350	Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку, в приёмную или патронатную семью - присвоена IV группа здоровья	
351	Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку, в приёмную или патронатную семью - присвоена V группа здоровья	
353	Направлен на II этап диспансеризации определённых групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья	
355	Проведена диспансеризация определённых групп взрослого населения - присвоена IIIа группа здоровья	
356	Проведена диспансеризация определённых групп взрослого населения - присвоена IIIб группа здоровья	
357	Направлен на II этап диспансеризации определённых групп взрослого населения - предварительно присвоена IIIа группа здоровья	
358	Направлен на II этап диспансеризации определённых групп взрослого населения - предварительно присвоена IIIб группа здоровья	
361	Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена II группа здоровья	
362	Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена III группа здоровья	
363	Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена IV группа здоровья	
364	Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена V группа здоровья	
365	Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена II группа здоровья	
366	Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена III группа здоровья	
367	Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена IV группа здоровья	
368	Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена V группа здоровья	
369	Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную	

	семью, предварительно присвоена II группа здоровья	
370	Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, предварительно присвоена III группа здоровья	
371	Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, предварительно присвоена IV группа здоровья	
372	Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, предварительно присвоена V группа здоровья	
373	Проведён профилактический медосмотр взрослого населения - присвоена IIIa группа здоровья	
374	Проведён профилактический медосмотр взрослого населения - присвоена IIIб группа здоровья	

2.4.13. Цель посещения

Указывается цель посещения.

При оказании амбулаторной медицинской помощи пациентам, имеющим хроническое заболевание (в том числе, онкологическое), в рамках диспансерного наблюдения, в реестре счетов регистрируется параметр «P_CEL» - «Цель посещения», равный «1.3» - «Диспансерное наблюдение».

2.4.14. Признак подозрения на наличие злокачественного новообразования

Указывается значение «1» при наличии подозрения на злокачественное новообразование.

Указание значения «1» является обязательным для всех медицинских услуг от приёма / консультации врача-специалиста (врача-терапевта / врача-педиатра / врача общей практики) или профилактического осмотра / диспансеризации при появлении подозрения на злокачественное новообразование до снятия подозрения на злокачественное новообразование врачом-онкологом / врачом-гематологом или верификации диагноза, включая диагностические медицинские услуги.

В иных случаях указывается значение «0».

2.4.15. Диспансерное наблюдение

Указывается одно из значений «1» - «Состоит», «2» - «Взят», «3» - «Снят», «4» - «В том числе, по выздоровлению», «5» - «В том числе, в связи со смертью», «6» - «В том числе, по другим причинам», в случае оказания медицинской услуги в рамках диспансерного наблюдения. В иных случаях указывается значение «0».

При первичной постановке пациентов, имеющих хроническое заболевание (в том числе, онкологическое), на диспансерное наблюдение в реестре счетов регистрируется параметр «DN» - «Диспансерное наблюдение», равный «2» - «Взят». При дальнейшем оказании в медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения в реестре счетов регистрируется параметр «DN», равный «1» - «Состоит».

2.4.16. Признак реабилитации

Указывается значение «1» в случае оказания медицинских услуг в рамках медицинской реабилитации пациента. В иных случаях указывается значение «0».

2.4.17. Дата выдачи талона на ВМП

При оказании пациенту ВМП указывается дата выдачи талона.

2.4.18. Цель исходящего направления

Заполняется в случае выдачи пациенту направления. Указывается цель, с которой пациенту выдано направление (на госпитализацию, на консультацию и т. д.).

2.4.19. Цель входящего направления

Заполняется в случае оказания медицинской помощи пациенту по направлению. Указывается цель, с которой пациенту выдано направление (на госпитализацию, на консультацию и т. д.).

2.4.20. Характер основного заболевания

Указывается характер основного заболевания.

Правила регистрации в реестре счетов характера основного заболевания при оказании медицинской помощи по профилю «онкология»:

- в случаях, когда в процессе оказания медицинской помощи у пациента впервые в жизни выявлено онкологическое заболевание, в реестре счетов указывается значение параметра «С_ZAB» - «Характер основного заболевания», равное «2» - «Впервые в жизни установленное хроническое». Указание значения «С_ZAB», равного «2», допускается только при регистрации приёма врача-онколога (врача-детского онколога) или врача-гематолога, а также при проведении онкологического консилиума;

- при лечении и последующей передаче пациента с онкологическим заболеванием на диспансерное наблюдение, вся медицинская помощь, оказанная в рамках лечения онкологического заболевания и диспансерного наблюдения, маркируется в реестре счетов значением параметра «С_ZAB», равным «3» - «Ранее установленное хроническое»;

- при оказании неотложной и экстренной медицинской помощи, связанной с осложнениями онкологического заболевания, учитываемой с указанием диагноза основного заболевания из раздела «С» МКБ 10 или входящего в рубрики «D00» - «D09», «D45» - «D47», либо комплексной медицинской услугой, подразумевающей лечение онкологического заболевания, в реестре счетов указывается значение параметра «С_ZAB», равным «1» - «Острое».

2.4.21. Вид медицинского вмешательства

Обязательно к заполнению:

- для услуг диализа;
- для услуг, условие оказания которых является тарифообразующим, в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в рубрики «D00»-«D09», «D45»-«D47»).

2.4.22. Медицинская организация, в которую направлен пациент

При выдаче пациенту направления в иную МО в связи с подозрением на ЗНО для застрахованных в Москве указывается «LPU_ID» МО системы ОМС города Москвы.

Для иногородних пациентов указывается код МО по справочнику «F032» НСИ ФОМС.

2.4.23. Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека

В случаях проведения имплантации в организм человека медицинских изделий в счёте регистрируются сведения об указанных медицинских изделиях:

– код вида медицинского изделия по справочнику «medizd» пакета НСИ АИС ОМС. Значение указывается в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий справочника Министерства Здравоохранения РФ «Виды медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и иных устройств для пациентов с ограниченными возможностями»;

– дата установки медицинского изделия;

– количество медицинских изделий;

– серийный номер. При отсутствии серийного номера указывается маркировочный код.

Раздел 3.

Особенности учёта медицинской помощи

3.1. Особенности учёта медицинской помощи в амбулаторных условиях

Учёт медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях и поликлинических (в том числе клиничко-диагностических) отделениях стационаров, при оплате за единицу объёма - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, осуществляется с использованием кодов простых, сложных и комплексных медицинских услуг, включённых в Приложение № 6 к Тарифному соглашению. Для учёта кодов услуг используется справочник «reesus» пакета НСИ АИС ОМС.

Перечень простых и комплексных медицинских услуг, финансируемых за счёт средств подушевого финансирования, приведён в Приложении № 1.5.2 к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи.

Учёт 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.

Медицинские услуги, выполняемые в диагностических подразделениях медицинской организации (в том числе стационара) по направлениям других медицинских организаций, подлежат учёту как услуги, выполненные в амбулаторных условиях, в соответствии с Московским городским реестром медицинских услуг в системе ОМС.

Медицинская услуга по лабораторной диагностике, имеющая длительный технологический срок исполнения, может быть предъявлена к оплате в течение 2 месяцев от даты смерти пациента, при условии прижизненного забора биологического материала. Дата направления на данное исследование не должна быть позднее даты регистрации смерти пациента.

Дополнительные требования к учёту приёмов врачей-онкологов, приведены в п. 3.5 настоящей Инструкции.

Учёт стоматологической помощи, оказанной детям в амбулаторных условиях с применением анестезиологического пособия, осуществляется:

- ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы»,

- ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы»,

– ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»

с применением кодов раздела «109» / «909» МГР (для учёта медицинской помощи, оказанной врачом-стоматологом) и услуг 146 раздела МГР (для учёта медицинской помощи, оказанной врачом анестезиологом-реаниматологом), а также с применением медицинской услуги «109634» (санация полости рта) при условии соблюдения требований приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 08.09.2021 № 855 «Об утверждении Регламента оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями в городе Москве». Услуги 146 раздела МГР, оказанные указанными медицинскими организациями, оплачиваются вне системы горизонтальных расчётов. Медицинская услуга «109634» оплачивается только при её оказании в указанных медицинских организациях. Оплата её осуществляется за единицу объёма по установленному тарифу (вне системы подушевого финансирования и горизонтальных расчётов).

Правила регистрации услуг, оказанных в женской консультации

Первичная постановка на диспансерный учёт по беременности осуществляется с использованием медицинской услуги «1980». Услуга «1980» регистрируется в счёте пациентки один раз в рамках одного эпизода беременности.

Последующие посещения врача-акушера-гинеколога по поводу наблюдения за течением беременности до момента родоразрешения учитываются с использованием кода медицинской услуги «1981».

Посещения врача-акушера-гинеколога в рамках послеродового наблюдения учитываются с использованием кода медицинской услуги «1982». Услуга «1982» может быть зарегистрирована в счёте не ранее даты родоразрешения и не позднее 42 календарных дней с даты родоразрешения.

Правила регистрации услуг, оказанных в центре здоровья

Учёт диагностической помощи пациентам центра здоровья осуществляется поэтапно – первичного обращения (комплексное обследование в центре здоровья – коды «15001» / «115001» / «815001» / «915001») и последующих обращений данного пациента в этот центр в течение календарного года, начиная от месяца проведения комплексного обследования.

Комплексная услуга оплачивается один раз в течение года. МГФОМС и СМО ведут и контролируют список пациентов, которым проведено комплексное обследование.

Медицинские услуги, оказанные зарегистрированному в центре здоровья пациенту, регистрируются в соответствии с общими правилами учёта амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

Правила регистрации услуг, оказанных врачами-специалистами

Коды медицинских услуг первичных приёмов врачей-специалистов применяются при учёте первичного обращения пациента по поводу каждого нового случая заболевания, а также обращения пациента, состоящего на диспансерном учёте, впервые в календарном году, обратившегося на врачебный приём.

Коды медицинских услуг повторных приёмов врачей-специалистов применяется для учёта всех последующих обращений пациента в рамках одного случая заболевания.

Коды медицинских услуг диспансерных приёмов врачей-специалистов применяется при учёте диспансерного приёма врачом пациента, состоящего на диспансерном наблюдении.

Правила регистрации услуг, оказанных врачами-онкологами

Код медицинской услуги «1191» / «801191» - «приём врача-онколога лечебно-диагностический, первичный, амбулаторный» применяется при учёте обращения пациента с впервые выявленным онкологическим заболеванием, а также обращения пациента, состоящего на диспансерном учёте в онкологическом отделении, впервые в календарном году, обратившегося на врачебный приём.

Код медицинской услуги «1192» / «801192» - «приём врача-онколога лечебно-диагностический, повторный, амбулаторный» применяется для учёта всех последующих в течение года обращений пациента в период обследования и лечения пациента с подтвержденным диагнозом онкологического заболевания, в том числе рецидиве, прогрессировании заболевания.

Код медицинской услуги «1195» / «801195» - «приём врача-онколога диспансерный, амбулаторный» применяется при учёте диспансерного приёма врачом-онкологом пациента с подтверждённым диагнозом онкологического заболевания:

- в течение первого года: 1 раз 3 мес.
- в течение второго года: 1 раз 6 мес.
- в дальнейшем – 1 раз в год.

Код медицинской услуги «1193» / «801193» - «приём врача-онколога на дому» применяется для учёта посещений маломобильного пациента – и с впервые выявленным, и с подтверждённым диагнозом онкологического заболевания, в том числе с целью диспансерного осмотра.

Сочетание кодов медицинских услуг «1191», «1192», «1193», «1195», «801191», «801192», «801193», «801195» в один день не допускается.

Особенности регистрации услуг КТ и МРТ

При учёте медицинских услуг КТ и МРТ в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол исследования, содержащий ссылку на изображение в ЕРИС).

Особенности регистрации услуг ПЭТ / КТ

При учёте медицинских услуг ПЭТ / КТ в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол исследования).

Особенности регистрации услуг онкологического консилиума

Проведение онкологического консилиума учитывается с использованием медицинских услуг «1781» – «Онкологический консилиум (определение тактики лечения)», «1782» – «Онкологический консилиум (изменение тактики лечения)», «1783» – «Онкологический консилиум (определение тактики обследования)», «101781» - «Онкологический консилиум». При регистрации в подсистеме ПУМП АИС ОМС услуг по проведению онкологического консилиума указывается ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол).

Правила регистрации услуг по диспансеризации определённых групп взрослого населения (ДД)

Первый этап диспансеризации определённых групп взрослого населения учитывается комплексными услугами, разработанными для различных возрастных групп женщин (коды услуг «1936» - «1948», «801936» - «801948») и мужчин (коды услуг «1955» - «1967», «801955» - «801967»).

Таблица соответствия года рождения пациента и комплексной услуги «Первый этап диспансеризации» на 2023 год:

Возраст	Год рождения	Код комплексной услуги первого этапа диспансеризации			
		женщины		мужчины	
1	2	3		4	
18	2005	1936	801936	1955	801955
21	2002	1937	801937	1956	801956
24	1999	1936	801936	1955	801955
27	1996	1937	801937	1956	801956
30	1993	1936	801936	1955	801955
33	1990	1937	801937	1956	801956
36	1987	1938	801938	1957	801957
39	1984	1939	801939	1958	801958
40	1983	1940	801940	1959	801959
41	1982	1941	801941	1960	801960
42	1981	1942	801942	1959	801959
43	1980	1941	801941	1960	801960
44	1979	1940	801940	1959	801959
45	1978	1943	801943	1961	801961
46	1977	1940	801940	1959	801959
47	1976	1941	801941	1960	801960
48	1975	1942	801942	1959	801959
49	1974	1941	801941	1960	801960
50	1973	1940	801940	1962	801962
51	1972	1944	801944	1960	801960
52	1971	1940	801940	1959	801959
53	1970	1941	801941	1960	801960
54	1969	1942	801942	1959	801959
55	1968	1941	801941	1963	801963
56	1967	1940	801940	1959	801959
57	1966	1944	801944	1960	801960
58	1965	1940	801940	1959	801959
59	1964	1941	801941	1960	801960
60	1963	1942	801942	1962	801962
61	1962	1941	801941	1960	801960
62	1961	1940	801940	1959	801959
63	1960	1944	801944	1960	801960
64	1959	1940	801940	1962	801962
65	1958	1945	801945	1964	801964
66	1957	1946	801946	1965	801965
67	1956	1945	801945	1964	801964
68	1955	1946	801946	1965	801965
69	1954	1945	801945	1964	801964
70	1953	1946	801946	1965	801965

71	1952	1945	801945	1964	801964
72	1951	1946	801946	1965	801965
73	1950	1945	801945	1964	801964
74	1949	1946	801946	1965	801965
75	1948	1945	801945	1964	801964
76	1947	1947	801947	1966	801966
77	1946	1948	801948	1967	801967
78	1945	1947	801947	1966	801966
79	1944	1948	801948	1967	801967
80	1943	1947	801947	1966	801966
81	1942	1948	801948	1967	801967
82	1941	1947	801947	1966	801966
83	1940	1948	801948	1967	801967
84	1939	1947	801947	1966	801966
85	1938	1948	801948	1967	801967
86	1937	1947	801947	1966	801966
87	1936	1948	801948	1967	801967
88	1935	1947	801947	1966	801966
89	1934	1948	801948	1967	801967
90	1933	1947	801947	1966	801966
91	1932	1948	801948	1967	801967
92	1931	1947	801947	1966	801966
93	1930	1948	801948	1967	801967
94	1929	1947	801947	1966	801966
95	1928	1948	801948	1967	801967
96	1927	1947	801947	1966	801966
97	1926	1948	801948	1967	801967
98	1925	1947	801947	1966	801966
99	1924	1948	801948	1967	801967
100 лет и более	1923 год и ранее	1948	801948	1967	801967

По завершении первого этапа диспансеризации определяется код комплексной услуги в соответствии с полом и возрастом пациента (коды «1936» - «1948», «801936» - «801948» и «1955» - «1967», «801955» - «801967»), который вносится в счёт по ОМС на пациента. При оформлении талона на комплексную услугу необходимо внести специальную метку на талон – ДД.

Результат диспансеризации (поле «RSLT» реестра счета) выбирается по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, в который включены коды результата диспансеризации определённых групп взрослого населения в соответствии с группой здоровья (коды 317/318/355/356), либо сведения о направлении на второй этап диспансеризации (коды 353/357/358).

«Исход заболевания» (поле «ISHOD» реестра счета) - выбирается значение «304» по кодификатору «isv012» пакета НСИ АИС ОМС.

Одним из признаков направления на второй этап диспансеризации определённых групп взрослого населения является результат первого этапа диспансеризации (поле «RSLT» счета на пациента), зарегистрированный в счёте на комплексную услугу

по диспансеризации данного пациента «Первый этап диспансеризации» - «Направлен на II этап диспансеризации определённых групп взрослого населения, предварительно присвоена II/IIIa/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 353/357/358 в соответствии с группой здоровья).

При учёте услуг II этапа диспансеризации определённых групп взрослого населения, зарегистрированных в счёте на простые услуги по диспансеризации, в счёте пациента (поле «RSLT» счёта на пациента) указывается «Направлен на II этап диспансеризации определённых групп взрослого населения, предварительно присвоена II/IIIa/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 353/357/358 в соответствии с группой здоровья).

В качестве «результата» осмотра/исследования взрослого населения, проведённого в рамках второго этапа диспансеризации (тип карты - ДД), следует применять (за исключением услуги «Приём врача-терапевта участкового профилактический, амб.» (код «1017» / «801017»)) / «Приём врача общей практики (семейного врача) взрослого населения профилактический, амб» (код «1807» / «801807»)) в счёте пациента (поле «RSLT» счёта) коды результата диспансеризации «Направлен на II этап диспансеризации определённых групп взрослого населения, предварительно присвоена II/IIIa/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 353/357/358). Результатом завершения II этапа диспансеризации взрослого населения является услуга «Приём врача-терапевта участкового профилактический, амб.» (код «1017» / «801017»)) / «Приём врача общей практики (семейного врача) взрослого населения профилактический, амб» (код «1807» / «801807»)) с регистрацией в счёте пациента (поле «RSLT» счёта) кода результата диспансеризации – «Проведена диспансеризация определённых групп взрослого населения – присвоена I/II/IIIa/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 317/318/355/356).

Правила регистрации услуг по углублённой диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 18.06.2021 № 927 граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углублённую диспансеризацию.

Углублённая диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесённом заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Медицинская помощь, оказываемая в рамках I и II этапов углублённой диспансеризации граждан, перенёвших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), учитывается медицинскими услугами:

Код услуги	Наименование услуги
1975 / 801975	Диагностические и лабораторные исследования, включённые в I этап углублённой диспансеризации граждан, перенёвших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1976 / 801976	Тест с 6-минутной ходьбой, включённый в I этап углублённой диспансеризации граждан, перенёвших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

1977 / 801977	Определение концентрации Д-димера в крови, включённое в I этап углублённой диспансеризации граждан, перенёвших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1978 / 801978	Компьютерная томография лёгких и эхокардиография, включённые во II этап углублённой диспансеризации граждан, перенёвших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1979 / 801979	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей, включённое во II этап углублённой диспансеризации граждан, перенёвших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

Комплексная медицинская услуга «1975» / «801975» включает проведение следующих диагностических и лабораторных исследований: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развёрнутый, биохимический анализ крови (включая: исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови).

Медицинская услуга «1976» / «801976» оказывается при исходной сатурации кислорода крови 95% и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность.

Медицинская услуга «1977» / «801977» оказывается гражданам, перенёвшим заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в средней степени тяжести и выше.

Медицинская услуга «1978» / «801978» оказывается в случае показателя сатурации в покое 94% и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой.

Медицинская услуга «1979» / «801979» оказывается при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови.

По завершении первого этапа диспансеризации коды медицинских услуг («1975», «801975», «1976», «801976», «1977», «801977») вносятся в счёт по ОМС на пациента.

Результат диспансеризации (поле «RSLT» реестра счета) выбирается по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, в который включены коды результата диспансеризации определённых групп взрослого населения и углублённой диспансеризации в соответствии с группой здоровья (коды 355, 356), либо сведения о направлении на второй этап диспансеризации (коды 357, 358).

«Исход заболевания» (поле «ISHOD» реестра счета) - выбирается значение «304» по кодификатору «ISV012» пакета НСИ АИС ОМС.

Одним из признаков направления на второй этап углублённой диспансеризации является результат первого этапа диспансеризации (поле «RSLT» счета на пациента), зарегистрированный в счёте на комплексную услугу по углублённой диспансеризации данного пациента (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 357, 358 в соответствии с группой здоровья).

Результатом завершения II этапа углублённой диспансеризации населения является регистрация медицинских услуг «1978» / «801978» и (или) «1979» / «801979» в счёте пациента со значением результата обращения (поле «RSLT» счета), равного 355 или 356 (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 355, 356).

При оформлении талона на любую из медицинских услуг углублённой диспансеризации населения необходимо внести специальную метку на талон – УД.

По результатам оказания медицинских услуг «1975», «801975», «1976», «801976», «1977», «801977», «1978», «801978», «1979», «801979» в счёте пациента регистрируется диагноз основного заболевания:

– «U08.9» - «В личном анамнезе COVID-19, неуточнённый» в случае отсутствия у застрахованного лица жалоб на состояние здоровья после перенесённого COVID-19 и отсутствия выявленных при проведении углублённой диспансеризации отклонений;

– «U09.9» - «Состояние после COVID-19 неуточнённое» в случае наличия у застрахованного лица жалоб на состояние здоровья после перенесённого COVID-19 или в случае выявления при проведении углублённой диспансеризации отклонений.

Медицинские услуги первого этапа углублённой диспансеризации лиц, перенёсших COVID-19 («1975», «801975», «1976», «801976»), должны выполняться в рамках одной медицинской организации (юридического лица).

Медицинская услуга «1977» / «801977» предъявляется к оплате медицинской организацией, имеющей лабораторию, непосредственно осуществившей определение концентрации Д-димера в крови по направлению медицинской организации, выполняющей комплексную услугу «1975» / «801975».

По завершении первого этапа углублённой диспансеризации лиц, перенёсших COVID-19, может быть сформировано направление на второй этап углублённой диспансеризации лиц, перенёсших COVID-19, медицинские услуги в рамках которого могут быть выполнены как в рамках этой же медицинской организации (юридического лица), так и в другой медицинской организации (другом юридическом лице) по направлению от медицинской организации, выполнившей первый этап.

Медицинские услуги второго этапа углублённой диспансеризации лиц, перенёсших COVID-19 («1978», «801978», «1979», «801979»), могут выполняться как в рамках одной медицинской организации (юридического лица), так и в разных медицинских организациях (разных юридических лицах).

Правила регистрации услуг по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения ПРОФВ

Профилактический медицинский осмотр взрослого населения учитывается комплексными услугами, разработанными для различных возрастных групп женщин и мужчин:

Код услуги	Наименование услуги
1949 / 801949	Профилактический медицинский осмотр женщин в возрасте 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 года
1950 / 801950	Профилактический медицинский осмотр женщин в возрасте 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34 лет
1951 / 801951	Профилактический медицинский осмотр женщин в возрасте 35, 37, 39 лет
1952 / 801952	Профилактический медицинский осмотр женщин в возрасте 36, 38 лет
1953 / 801953	Профилактический медицинский осмотр женщин в возрасте 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98
1954 /	Профилактический медицинский осмотр женщин в возрасте 41, 43, 45, 47, 49, 51,

801954	53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99 лет
1968 / 801968	Профилактический медицинский осмотр мужчин в возрасте 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 года
1969 / 801969	Профилактический медицинский осмотр мужчин в возрасте 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34 лет
1970 / 801970	Профилактический медицинский осмотр мужчин в возрасте 35, 37, 39 лет
1971 / 801971	Профилактический медицинский осмотр мужчин в возрасте 36, 38 лет
1972 / 801972	Профилактический медицинский осмотр мужчин в возрасте 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98
1973 / 801973	Профилактический медицинский осмотр мужчин в возрасте 41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99 лет

Таблица соответствия года рождения пациента и комплексных услуг профилактического медицинского осмотра взрослого населения, проводимого в качестве самостоятельного мероприятия, на 2023 год приведена ниже.

Возраст	Год рождения	Код комплексной услуги первого этапа диспансеризации			
		женщины		мужчины	
1	2	3		4	
18	2005	1950	801950	1969	801969
19	2004	1949	801949	1968	801968
20	2003	1950	801950	1969	801969
21	2002	1949	801949	1968	801968
22	2001	1950	801950	1969	801969
23	2000	1949	801949	1968	801968
24	1999	1950	801950	1969	801969
25	1998	1949	801949	1968	801968
26	1997	1950	801950	1969	801969
27	1996	1949	801949	1968	801968
28	1995	1950	801950	1969	801969
29	1994	1949	801949	1968	801968
30	1993	1950	801950	1969	801969
31	1992	1949	801949	1968	801968
32	1991	1950	801950	1969	801969
33	1990	1949	801949	1968	801968
34	1989	1950	801950	1969	801969
35	1988	1951	801951	1970	801970
36	1987	1952	801952	1971	801971
37	1986	1951	801951	1970	801970
38	1985	1952	801952	1971	801971
39	1984	1951	801951	1970	801970
40	1983	1953	801953	1972	801972
41	1982	1954	801954	1973	801973

42	1981	1953	801953	1972	801972
43	1980	1954	801954	1973	801973
44	1979	1953	801953	1972	801972
45	1978	1954	801954	1973	801973
46	1977	1953	801953	1972	801972
47	1976	1954	801954	1973	801973
48	1975	1953	801953	1972	801972
49	1974	1954	801954	1973	801973
50	1973	1953	801953	1972	801972
51	1972	1954	801954	1973	801973
52	1971	1953	801953	1972	801972
53	1970	1954	801954	1973	801973
54	1969	1953	801953	1972	801972
55	1968	1954	801954	1973	801973
56	1967	1953	801953	1972	801972
57	1966	1954	801954	1973	801973
58	1965	1953	801953	1972	801972
59	1964	1954	801954	1973	801973
60	1963	1953	801953	1972	801972
61	1962	1954	801954	1973	801973
62	1961	1953	801953	1972	801972
63	1960	1954	801954	1973	801973
64	1959	1953	801953	1972	801972
65	1958	1954	801954	1973	801973
66	1957	1953	801953	1972	801972
67	1956	1954	801954	1973	801973
68	1955	1953	801953	1972	801972
69	1954	1954	801954	1973	801973
70	1953	1953	801953	1972	801972
71	1952	1954	801954	1973	801973
72	1951	1953	801953	1972	801972
73	1950	1954	801954	1973	801973
74	1949	1953	801953	1972	801972
75	1948	1954	801954	1973	801973
76	1947	1953	801953	1972	801972
77	1946	1954	801954	1973	801973
78	1945	1953	801953	1972	801972
79	1944	1954	801954	1973	801973
80	1943	1953	801953	1972	801972
81	1942	1954	801954	1973	801973
82	1941	1953	801953	1972	801972
83	1940	1954	801954	1973	801973
84	1939	1953	801953	1972	801972
85	1938	1954	801954	1973	801973
86	1937	1953	801953	1972	801972
87	1936	1954	801954	1973	801973

88	1935	1953	801953	1972	801972
89	1934	1954	801954	1973	801973
90	1933	1953	801953	1972	801972
91	1932	1954	801954	1973	801973
92	1931	1953	801953	1972	801972
93	1930	1954	801954	1973	801973
94	1929	1953	801953	1972	801972
95	1928	1954	801954	1973	801973
96	1927	1953	801953	1972	801972
97	1926	1954	801954	1973	801973
98	1925	1953	801953	1972	801972
99	1924	1954	801954	1973	801973
100 лет и более	1923 год и ранее	1954	801954	1973	801973

По завершении профилактического медицинского осмотра и установления группы здоровья пациента определяется код комплексной услуги в соответствии с полом и возрастом пациента (коды «1949» - «1954», «801949» - «801954» и «1968» - «1973», «801698» - «801973»), который вносится в счёт по ОМС на пациента. При оформлении штатного талона по комплексной услуге необходимо внести специальную метку на талон – «ПРОФВ».

Результат осмотра (поле «RSLT» реестра счета) выбирается по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, в который включены коды результата профилактического медицинского осмотра взрослого населения в соответствии с группой здоровья - коды 343; 344; 373; 374.

«Исход заболевания» (поле «ISHOD» реестра счета) - выбирается значение «304» по кодификатору «isv012» пакета НСИ АИС ОМС.

Правила регистрации услуг по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних (ПРОФД)

Первый этап медицинских осмотров несовершеннолетних учитывается комплексными услугами (коды услуг «101933» - «101945», «901933» - «901945», «101951», «901951»), разработанными для различных возрастных групп несовершеннолетних.

Возраст ребёнка определяется с точностью до месяца и года рождения для детей до 1 года и 6 месяцев включительно и с точностью до года для детей в возрасте с 2 лет и старше.

Таблица соответствия года рождения ребёнка и кодов комплексных услуг профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на 2023 год.

Год достижения возраста	Услуга по проф. осмотру	
1 год	101933	901933
1,5 года	101934	901934
2 года	101935	901935
3 года	101936	901936
4 года	101937	901937
5 лет	101937	901937
6 лет	101938	901938

7 лет	101939	901939
8 и 9 лет	101940	901940
10 лет	101941	901941
11 лет	101942	901942
12 лет	101943	901943
13 лет	101951	901951
14 лет	101944	901944
15 лет	101945	901945
16 лет	101945	901945
17 лет	101945	901945

По завершении первого этапа профилактического осмотра несовершеннолетнего определяется код комплексной услуги в соответствии с возрастом пациента, который вносится в счёт по ОМС на пациента. При оформлении талона на комплексную услугу на талон необходимо внести специальную метку – «ПРОФД».

Результат осмотра (поле «RSLT» реестра счета) выбирается по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, в который включены коды результата профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в соответствии с группой здоровья (коды 332/333/334/335/336), либо сведения о направлении на второй этап осмотра (коды 361/362/363/364).

«Исход заболевания» (поле «ISHOD» реестра счета) - выбирается значение «304» по кодификатору «isv012» пакета НСИ АИС ОМС.

Одним из признаков направления на второй этап профилактического осмотра несовершеннолетнего является результат первого этапа профилактического осмотра (поле «RSLT» счета на пациента), зарегистрированный в счёте на комплексную услугу «Профилактический медицинский осмотр детей» - «Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 361/362/363/364 в соответствии с группой здоровья).

При учёте услуг II этапа профилактического осмотра несовершеннолетнего, зарегистрированных в счёте на простые услуги по профилактическому осмотру, в счёте пациента (поле «RSLT» счета на пациента) указывается «Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 361/362/363/364 в соответствии с группой здоровья).

В качестве «результата» осмотра / исследования несовершеннолетнего, проведённого в рамках второго этапа профилактического осмотра, следует применять (за исключением услуги «Приём врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код «101028» / «901028») / «Приём врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код «101030» / «901030») в счёте пациента (поле «RSLT» счета) коды результата диспансеризации «Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 361/362/363/364).

Результатом завершения II этапа профилактического осмотра несовершеннолетнего является услуга «Приём врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код «101028» / «901028») / «Приём врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код «101030» / «901030») с регистрацией в счёте пациента (поле «RSLT» счета) кода результата

диспансеризации – «Проведён профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему – присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 332/333/334/335/336).

Правила регистрации услуг по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (ДС), а также диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью (ДУ)

Завершение первого этапа диспансеризации детей-сирот учитывается комплексной услугой с кодом «101952» / «901952», который вносится в счёт по ОМС на пациента. При оформлении талона на комплексную услугу на талон необходимо внести специальную метку – «ДС» / «ДУ».

Значение результата осмотра (поле «RSLT» реестра счета) выбирается по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, в который включены коды результата диспансеризации несовершеннолетнего в соответствии с группой здоровья (коды 321/322/323/324/325 – для ДС, коды 347/348/349/350/351 – для ДУ), либо сведения о направлении на второй этап диспансеризации (коды 365/366/367/368 – для ДС, коды 369/370/371/372 – для ДУ).

«Исход заболевания» (поле «ISHOD» реестра счета) - выбирается значение «304» по кодификатору «isv012» пакета НСИ АИС ОМС.

Одним из признаков направления на второй этап диспансеризации детей-сирот является результат первого этапа диспансеризации (поле «RSLT» счета на пациента), зарегистрированный в счёте на комплексную услугу «Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью»: «Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» или «Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 365/366/367/368 – для ДС, коды 369/370/371/372 – для ДУ в соответствии с группой здоровья).

При учёте услуг II этапа диспансеризации детей-сирот, зарегистрированных в счёте на простые услуги по диспансеризации, в счёте пациента (поле «RSLT» счета на пациента) указывается «Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» - для ДС или «Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью» - для ДУ (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 365/366/367/368 – для ДС или коды 369/370/371/372 – для ДУ в соответствии с группой здоровья).

В качестве «результата» осмотра/исследования несовершеннолетнего, проведённого в рамках второго этапа диспансеризации (тип карты – ДС/ДУ), следует применять

(за исключением услуги «Приём врача-педиатра диспансерный амб.» (код «101003» / «901003») / «Приём врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код «101028» / «901028») / «Приём врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код «101030» / «901030») в счёте пациента (поле «RSLT» счета) коды результата диспансеризации «Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» - для ДС или «Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью» - для ДУ (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 365/366/367/368 – для ДС или коды 369/370/371/372 – для ДУ в соответствии с группой здоровья).

Результатом завершения II этапа диспансеризации несовершеннолетнего является услуга «Приём врача-педиатра диспансерный амб.» (код «101003» / «901003») / «Приём врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код «101028» / «901028») / «Приём врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код «101030» / «901030») с регистрацией в счёте пациента (поле «RSLT» счета) кода результата диспансеризации «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» - для ДС или «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку, в приёмную или патронатную семью - присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» - для ДУ (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 321/322/323/324/325 - для ДС или 347/348/349/350/351 – для ДУ).

Правила выбора значения для параметра «Цель посещения»

Значения целей посещения:

«1.0» - «Посещение по заболеванию» - единица объёма медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с лечебной целью.

«1.1» - «Посещение в неотложной форме» - оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи).

«1.2» - «Активное посещение» - повторное врачебное посещение больного на дому по инициативе врача.

«1.3» - «Диспансерное наблюдение» - проводимое динамически с определённой периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

«2.1» - «Медицинский осмотр» - комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

«2.2» - «Диспансеризация» - комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследования, проводимого в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения), раннего выявления распространённых хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития; профилактическое

консультирование и назначение лечения, осуществляемые в отношении определённых групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

«2.3» - «Комплексное обследование» - комплекс исследований для оценки наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учётом возрастных особенностей пациента (учитываются посещения, выполненные в «Центре здоровья»).

«2.5» - «Патронаж» - проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий, внедрение правил личной гигиены и улучшение санитарно-гигиенических условий в быту.

«2.6» - «Посещение по другим обстоятельствам» - включают посещения в связи:

- с направлением на консультацию, госпитализацию, в том числе в дневной стационар;

- с оформлением справки (в том числе оформление справки о смерти), санаторно-курортной карты и других медицинских документов.

Примечание: оформление справки о смерти относится к посещениям с иными целями в случае, если на больного в этот период не оформлен талон амбулаторного пациента на законченный случай лечения у данного специалиста. В случае, если талон амбулаторного пациента оформлен у врача (врача-специалиста), то единицей учёта медицинской помощи будет обращение по поводу заболевания.

«3.0» - «Обращение по заболеванию» Указывается для всех медицинских услуг, включая приёмы врачей-специалистов, лечебные процедуры и диагностические услуги, оказываемых застрахованному лицу в рамках обращения по одному заболеванию. При этом приём врача-специалиста, завершающий обращение застрахованного лица по одному заболеванию, маркируется значением «1» – «Да» в поле «Законченный случай» формы ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС. Все остальные медицинские услуги, входящие в состав такого обращения маркируются значением «2» – «Нет» в поле «Законченный случай» формы ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС;

«3.1» - «Обращение с профилактической целью» Указывается для всех медицинских услуг, включая приёмы врачей-специалистов и диагностические услуги, оказываемых застрахованному лицу в рамках обращения с профилактической целью. При этом приём врача-специалиста, завершающий обращение застрахованного лица с профилактической целью, маркируется значением «1» – «Да» в поле «Законченный случай» формы ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС. Все остальные медицинские услуги, входящие в состав такого обращения маркируются значением «2» – «Нет» в поле «Законченный случай» формы ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС.

Правила учёта результатов лабораторной диагностики COVID-19.

ПЦР диагностика COVID-19 учитывается кодами медицинских услуг «28212», «828212» и «128212», «928212».

Правила регистрации диагноза основного заболевания:

– при положительном результате ПЦР диагностики (COVID-19 подтверждён) указывается диагноз основного заболевания «U07.1»;

– при отрицательном результате ПЦР диагностики (COVID-19 не подтверждён) указывается диагноз основного заболевания «Z11.5»;

Проведение ИФА исследований в целях определения титров антител к COVID-19 учитывается кодами медицинских услуг «28165» и «128165».

Правила регистрации диагноза основного заболевания:

- при обнаружении иммуноглобулина IgM (при отсутствии IgG) указывается диагноз основного заболевания «U07.1»;
- при обнаружении иммуноглобулина IgG (независимо от наличия IgM) указывается диагноз основного заболевания «Z03.8»;
- при отрицательном результате диагностики (повышенные титры антител не выявлены) указывается диагноз основного заболевания «Z11.5».

Правила учёта транспортировки пациентов, страдающих COVID-19 или пневмонией, для долечивания.

Транспортировка пациентов между стационарами, включёнными в перечень медицинских организаций в соответствии со справочником «спгпс» пакета НСИ АИС ОМС, при переводе пациента для долечивания (пневмонии, коронавирусной инфекции типа 2019-nCoV) осуществляется медицинскими организациями, включёнными в указанный перечень и имеющими значение параметра «TRS» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_6» и не позднее даты, указанной в параметре «DATEEND_6».

Учёт транспортировки ведётся с использованием кодов медицинских услуг «60010» / «160010» - «Транспортировка между стационарами при переводе пациента для долечивания (пневмонии, коронавирусной инфекции типа 2019-nCoV)».

Правила регистрации медицинских услуг по предварительному обследованию пациентов, поступающих в федеральные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при плановой госпитализации.

При проведении лабораторной и инструментальной диагностики в целях подготовки пациентов, застрахованных в городе Москве, к плановой госпитализации в МО, подведомственные федеральным органам власти, в поликлинических / консультационно-диагностических отделениях указанных МО оказанная медицинская помощь учитывается с использованием соответствующих кодов «простых» медицинских услуг и предъявляется к оплате в составе счёта за медицинскую помощь, оказанную в соответствующем отчётном периоде.

По завершении плановой госпитализации пациента, прошедшего предварительное обследование в рамках той же МО, к оплате предъявляется комплексная медицинская услуга «1974» / «101974» - «Предварительное обследование пациентов, поступающих в федеральные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при плановой госпитализации».

Медицинская услуга «1974» / «101974» регистрируется в счёте МО, подведомственных федеральным органам власти, за тот же отчётный период и на ту же дату, что и завершённый случай плановой госпитализации.

Медицинская услуга «1974» / «101974» оплачивается только в случае регистрации в подсистеме ПУМП АИС ОМС ссылки на выписной эпикриз соответствующей плановой госпитализации в ЕМИАС, а также в рамках установленных объёмов медицинской помощи и объёмов финансового обеспечения по данной комплексной медицинской услуге.

В случаях поступления пациента в МО, подведомственные федеральным органам власти, по экстренному каналу госпитализации медицинская услуга «1974» / «101974» в состав счёта не включается и оплате не подлежит.

Особенности учёта медицинской помощи с использованием телемедицинских

технологий

При выполнении описаний исследований по лучевой диагностике в дистанционном режиме с использованием телемедицинских технологий используется код медицинской услуги «1600» / «101600» / «801600» / «901600».

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.02.2022 № 57н, а также во исполнение указа Мэра Москвы от 27.01.2022 № 6-УМ и на основании приказа Департамента здравоохранения города Москва от 27.01.2022 № 62 учёт консультаций пациентов с диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 (диагноз основного заболевания «U07.1» или «U07.2»), а также пациентам с признаками или подтверждённым диагнозом острых респираторных вирусных инфекций (диагноз основного заболевания из рубрики «J02», «J04», «J06»), гриппа (диагноз основного заболевания из рубрики «J09»-«J11»), внебольничной пневмонии (диагноз основного заболевания из рубрики «J12»-«J18»), состояние которых позволяет наблюдаться на дому (при наличии возможности подтверждения диагноза ОРВИ, внебольничной пневмонии или гриппа по результатам консультации дистанционным способом, в том числе с применением телемедицинских технологий, аудиозвонка или видеозвонка с оформлением записи в медицинской документации), осуществляется:– застрахованным лицам в возрасте 18 лет и старше - с использованием кода медицинской услуги «1610» / «801610» – «Консультация врача (фельдшера) дистанционным способом, в том числе с применением телемедицинских технологий»;– застрахованным лицам в возрасте от 6 до 17 лет включительно - с использованием кода медицинской услуги «101610» / «901610» – «Консультация врача (фельдшера) дистанционным способом, в том числе с применением телемедицинских технологий».

При проведении консультации врача-онколога в дистанционном режиме с использованием телемедицинских технологий используется код медицинской услуги «1620» / «801620».

При проведении консультации врача-гематолога в дистанционном режиме с использованием телемедицинских технологий используется код медицинской услуги «1621» / «801621».

Особенности учёта медицинской помощи по профилям «онкология» и «гематология», оказываемой лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории другого субъекта Российской Федерации

Консультация врача-онколога / врача-гематолога в консультативно-диагностических отделениях медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы (далее – КДО МО СП), а также амбулаторно-поликлинических подразделениях медицинских организаций иных форм собственности, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС города Москвы, лиц со злокачественным новообразованием (диагнозы по МКБ-10 раздела «С» или рубрик «D00»-«D09», или «D45»-«D47»), застрахованных по ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации, подлежит оплате при наличии направления по форме 057/у-04, полученного по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования.

Если по результатам консультации врача-онколога / врача-гематолога пациенту требуется проведение дополнительных методов обследования и (или) проведение онкологического консилиума новое направление на консультацию (форма 057/у-04) не требуется. В счёте медицинской организации указываются реквизиты первичного

направления на консультацию врача-онколога / врача-гематолога, выданного медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС субъекта РФ, в котором зарегистрирован полис ОМС.

Лицам, застрахованным по ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации, лабораторные и инструментальные исследования без первичного осмотра врача-онколога / врача-гематолога оплате не подлежат.

Указанные нормы распространяются также на проведение онкологического консилиума.

Особенности учёта медицинской помощи по профилю «онкология», оказываемой лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы

Приёмы врача-онколога (медицинские услуги с кодами «1191», «1192», «1193», «1195», «801191», «801192», «801193», «801195»), а также онкологические консилиумы (медицинские услуги с кодами «1781», «1782», «1783») подлежат оплате в случаях:

– при их оказании застрахованному лицу в медицинской организации, к которой данное застрахованное лицо прикреплено по профилю «онкология»;

– при их оказании застрахованному лицу в медицинской организации, к которой данное застрахованное лицо не прикреплено по профилю «онкология», при наличии направления от медицинской организации, к которой данное застрахованное лицо прикреплено по профилю «онкология»;

– при оказании медицинских услуг с кодами «1191», «1192», «1193», «1195», «801191», «801192», «801193», «801195» в отсутствии верифицированного диагноза ЗНО (код диагноза основного заболевания НЕ из раздела «С» или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»);

– при оказании медицинских услуг с кодами «1191», «1192», «1193», «1195», «801191», «801192», «801193», «801195», «1781», «1782», «1783» в медицинских организациях, НЕ подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, лицам, не имеющим прикрепления по профилю «онкология».

Особенности учёта медицинской помощи по проведению патоморфологических исследований лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы

Гистологические, иммуногистохимические, иммуноцитохимические и молекулярно-генетические исследования лицам со злокачественными новообразованиями (код диагноза основного заболевания из раздела «С» или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»), получающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, учитываются с использованием кодов медицинских услуг раздела 29 МГР. Оплата указанных медицинских услуг, за исключением услуг с кодами «29001» - «29003», осуществляется при их проведении в 6 медицинских организациях: ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ», ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, ГБУЗ «МГОБ № 62 ДЗМ», ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», при выполнении одного из следующих условий:

– медицинская услуга выполнена вне случая госпитализации, при наличии в хронологически более раннем периоде, составляющем 30 календарных дней, зарегистрированных для данного застрахованного лица медицинских услуг по забору

биологического материала: «3069», «3103», «3104», «5034», «8044», «20003», «21004», «21012», «21022», «21027», «21033», «35410», «35411», «45406», «45409», «45410», «803069», «803103», «803104», «805034», «808044», «821004», «821012», «821022», «821027», «845406», «845409», «845410», «51157», «51203», «51354», «51355», «51454», «851454», «51551», «51552», «51651», «52006», «52118», «52360», «52404», «52407», «52408», «53207», «53361», «97159», «97160», «97161», «97162», «97163», «97164», «97165», или при наличии направления по форме 014/у от другой медицинской организации в соответствии с маршрутизацией материала, утверждённой приказом Департамента здравоохранения города Москвы №230.

– медицинская услуга оказана застрахованному лицу, получающему медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (при заборе биологического материала в период госпитализации и выполнении данной услуги в той же медицинской организации). При этом такая медицинская услуга подлежит оплате в случае проведения оперативного вмешательства в рамках данной госпитализации.

Оплата медицинской услуги с кодом «29005» осуществляется только при наличии кода диагноза основного заболевания из раздела «С» или рубрик «D00» - «D09», «D45» - «D47», указанного в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования.

При одномоментном указании в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования услуг «29005» и «29024», количество услуги «29024» не должно превышать количество услуги «29005».

При одномоментном указании в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования услуг «29005» и «29006», количество услуги «29006» не должно превышать количество услуги «29005».

При учёте медицинских услуг по гистологическим, иммуногистохимическим, иммуноцитохимическим и молекулярно-генетическим исследованиям (раздел 29 МГР, независимо от диагноза основного заболевания) в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол исследования).

Особенности формирования обращений при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»

Обращения при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» (комплексные посещения) формируются по следующему принципу:

– одним обращением по медицинской реабилитации при оказании данного вида медицинской помощи взрослому населению является факт регистрации в счёте медицинской услуги «1787» – «Комплексное посещение по медицинской реабилитации».

– одним обращением по медицинской реабилитации при оказании данного вида медицинской помощи детскому населению являются все медицинские услуги АПП, оказанные одному застрахованному лицу в одной медицинской организации в течение 45 календарных дней от даты первичного приёма врача-терапевта (врача-педиатра), врача-онколога (врача-детского онколога), врача-пульмонолога, врача-кардиолога (врача-детского кардиолога), врача-травматолога-ортопеда, врача-невролога. При этом как услуга первичного приёма, так и все остальные услуги должны иметь один диагноз основного заболевания с точностью до рубрики (по маске «XXX»). Минимальный состав обращения составляет: услуга первичного приёма врача-специалиста + услуга первичного приёма физиотерапевта или врача по спортивной медицине + услуги по проведению физиотерапии в количестве не менее 5 штук.

Особенности учёта медицинской помощи при наличии подозрения на злокачественное новообразование

При подозрении (наличии клинических, лабораторных и/или инструментальных данных, которые позволяют предположить наличие онкологического заболевания и/или не позволяют его исключить) у пациента онкологического заболевания, все медицинских услуг от приёма / консультации врача-специалиста (в том числе, врача-терапевта / врача-педиатра / врача общей практики) или профилактического осмотра / диспансеризации при появлении подозрения на злокачественное новообразование до снятия подозрения на злокачественное новообразование врачом-онкологом / врачом-гематологом или верификации диагноза, включая диагностические медицинские услуги, в обязательном порядке маркируется значением признака «DS_ONK» (Признак подозрения на злокачественное новообразование) = «1».

Особенности учёта медицинской помощи при наличии признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента

В случае наличия признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента в обязательном порядке указывается код особого случая реестра пациентов «Р» – «Наличие признаков совершения в отношении пациента противоправных действий».

Особенности учёта медицинской помощи по поводу диспансерного наблюдения лица, страдающего хроническими заболеваниями

Комплексное посещение по диспансерному наблюдению учитывается с использованием медицинских услуг раздела «400» МГР.

Выбор кода комплексной медицинской услуги осуществляется в зависимости от нумерации посещения врача-специалиста (1 посещение, 2 посещение и т.д.) и хронической патологии:

– Артериальная гипертония (АГ). Диагнозы по МКБ-10: I10, I11, I11.0, I11.9, I12, I12.0, I12.9, I13, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9, I15, I15.0, I15.1, I15.2, I15.8, I15.9;

– Гиперхолестеринемия (ГХС). Диагнозы по МКБ-10: E78, E78.0, E78.2;

– Язвенная болезнь (ЯБЖ). Диагнозы по МКБ-10: K25, K25.7, K25.9, K26, K26.7, K26.9;

– Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ). Диагнозы по МКБ-10: J44, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9;

– Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Диагнозы по МКБ-10: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, G45, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46*, G46.0*, G46.1*, G46.2*, G46.3*, G46.4*, G46.5*, G46.6*, G46.7*, G46.8*;

– Последствия острого нарушения мозгового кровообращения (Последствия ОНМК). Диагнозы по МКБ-10: I69, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8;

– Мерцательная аритмия (МА). Диагнозы по МКБ-10: I48, I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9;

– Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Диагнозы по МКБ-10: I50, I50.0, I50.1, I50.9;

- Инфаркт миокарда (ОИМ). Диагнозы по МКБ-10: I20.0, I21, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24, I24.0, I24.8, I24.9, I25.8;
- Ишемическая болезнь сердца (стабильная стенокардия) (ИБС). Диагнозы по МКБ-10: I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.9;
- Сахарный диабет (СД2). Диагнозы по МКБ-10: E11, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9.

* только в сочетании с кодами по МКБ-10: I60-I64

3.2. Особенности учёта медицинской помощи в дневном стационаре

Учёт медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (входящего в структуру поликлиники или круглосуточного стационара), осуществляется с использованием кодов комплексных медицинских услуг, включённых в Приложение № 10 к Тарифному соглашению.

Услуги дневного стационара, не учитываемые в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, включены в Приложение № 10.1 к Тарифному соглашению.

Услуги дневного стационара, финансируемые за счёт средств подушевого финансирования, приведены в Приложении № 1.5.2 к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи.

Для учёта медицинских услуг используется справочник «reesus» пакета НСИ АИС ОМС (коды медицинских услуг раздела «97» / «197» / «897» / «997» МГР).

Для всех медицинских организаций, кроме подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, при регистрации медицинских услуг раздела «297» / «397» МГР в обязательном порядке регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

В случаях назначения противоопухолевой химиотерапии сведения обо всех противоопухолевых препаратах, использованных при оказании медицинской помощи, вносятся в соответствующие поля автоматизированной информационной системы (подсистема ПУМП АИС ОМС), предназначенные для учёта химиопрепаратов.

Учёт лучевой терапии, проведённой в дневном стационаре, учитывается кодами медицинских услуг «97014» – «97018», «197014» – «197016».

В случаях назначения противоопухолевой терапии взрослым пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, а также пациентам с колоректальным раком или меланомой, лекарственными препаратами, включёнными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «1», в дополнение к коду медицинской услуги, включённой в справочник «lr_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «1» вносятся сведения об использованных при лечении опухолей данных локализаций противоопухолевых препаратах, включённых в Приложение № 17 к Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов, превышающий 2 недели, один цикл введения учитывается как 1 законченный случай лечения. В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов менее 2 недель, 1 законченный случай лечения формируется из трёх циклов введения химиопрепаратов.

В случае необходимости организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях дневного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «97» / «197» / «897» МГР используются коды: «36022» / «136022» «Имплантация порт-системы с уходом в период её эксплуатации», «36023» / «136023» «Установка периферического имплантируемого центрального венозного катетера», «36024» / «136024» «Удаление порт-системы».

В случае проведения онкологического консилиума детям с онкологическими заболеваниями в условиях дневного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «197» МГР используется код «101781» - «онкологический консилиум».

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам со злокачественными новообразованиями (основной диагноз из раздела С или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»), застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, с использованием медицинских услуг: «97004», «897004», «97014» – «97018», «97107», «97144» — «97158», «97166» – «97187» осуществляется при наличии у такого застрахованного лица прикрепления по профилю «онкология» к данной медицинской организации. В случае, если застрахованному лицу необходимо оказание указанных выше медицинских услуг в иной медицинской организации, оплата оказанной медицинской помощи осуществляется при наличии направления, выданного медицинской организацией, к которой застрахованное лицо имеет прикрепление по профилю «онкология».

Случаи проведения лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, химиотерапевтического лечения или лучевой терапии, а также их сочетаний подлежат оплате только при наличии ранее проведённого онкологического консилиума, на котором была определена тактика лечения.

По окончании лечения врач дневного стационара в «Статистической карте выбывшего из стационара» (ф. 066/у-02) производит запись о количестве дней, проведённых пациентом в дневном стационаре, указывает код дневного стационара, код основного заболевания по МКБ-10 и свой личный код.

При регистрации услуги «97041» (Лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения в дневном стационаре) параметры «K_U» и «KD_FACT» указываются равным «1».

При выполнении пациентке процедуры экстракорпорального оплодотворения в счёте указывается уникальный шифр, сгенерированный в подсистеме КУ «ЭКО».

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

Случаи оказания в условиях дневного стационара медицинской помощи, относящейся к высокотехнологичной медицинской помощи, предусмотренной приложением № 10.2 к Тарифному соглашению, учитываются в соответствии с пунктом 3.4.1 настоящей Инструкции.

Учёт случаев оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» ведётся:

– случаи оказания медицинской помощи беременным женщинам учитываются медицинской услугой «97189» – «Дневной стационар акушерского профиля (беременные)»;

- случаи оказания медицинской помощи родильницам учитываются медицинской услугой «97190» – «Дневной стационар акушерского профиля (родильницы)»;
- случаи оказания медицинской помощи по лечению, обследованию, наблюдению пациенток (за исключением беременных и рожениц) учитываются медицинской услугой «97191» – «Лечение/обследование/наблюдение пациенток гинекологического профиля в условиях дневного стационара»;
- случаи прерывания беременности медикаментозным способом учитываются медицинской услугой «97192» – «Дневной стационар акушерского профиля (прерывание беременности медикаментозным способом)»;

Особенности учёта медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями

При регистрации медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара пациентам, страдающим онкологическими заболеваниями (основной диагноз из раздела С или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»), с использованием медицинских услуг, «97004», «897004», «97014» – «97018», «97107», «97144» — «97158», «97166» – «97187», «197014» — «197016», «197020» – «197029» регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

Особенности учёта медицинской помощи, оказываемой в эндоскопических центрах и эндоскопических отделениях ЦАОП

При оказании медицинской помощи в эндоскопических центрах используются коды медицинских услуг «97028», «97029», «97159» – «97164».

Оплата медицинской помощи, оказанной в эндоскопических центрах, осуществляется при наличии оформленного направления.

Медицинские услуги «97028», «97029», «97159» – «97164» оказываются в эндоскопических центрах в течение одного дня.

Особенности учёта медицинской помощи, оказываемой в дневном стационаре при родильном доме

При проведении глюкозотолерантного теста используется код медицинской услуги «97005».

Медицинская услуга «97005» оказывается в дневном стационаре при родильном доме в течение одного дня.

Особенности учёта медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»

При проведении медицинской реабилитации в условиях дневного стационара в целях учёта используются коды комплексных медицинских услуг «97193», «97194», «97195».

При проведении медицинской реабилитации детского населения используются коды комплексных медицинских услуг раздела «197» / «997» МГР, которые маркируются значением признака реабилитации (поле «REAB») = «1» или кодом законченного случая госпитализации (поле «TIP») = «R», или кодом особого случая счёта (поле «D_TYPE») = «R», или регистрируются в отделении дневного стационара с профилем «158» (4-6 символы поля «IOTD»).

Особенности учёта медицинской помощи при наличии признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента

В случае наличия признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента в обязательном порядке указывается код особого случая реестра пациентов «Р» – «Наличие признаков совершения в отношении пациента противоправных действий».

3.3. Особенности учёта медицинской помощи в круглосуточном стационаре

3.3.1. Общие принципы учёта

Учёт медицинской помощи, оказанной в структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих коечный фонд (круглосуточный стационар), осуществляется с использованием кодов комплексных медицинских услуг, включённых в разделы Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС, указанных в приложениях № 8.1 и № 8.1.1 к Тарифному соглашению. Для учёта кодов услуг используется справочник «reesms» пакета НСИ АИС ОМС.

Коды Московского городского реестра медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, используемые для учёта медицинской помощи, должны соответствовать профилю медицинской помощи, оказанной пациенту в рамках действующей лицензии. Профиль отделения, профиль койки, специальность лечащего врача, специальность врача, выполнившего оперативное вмешательство и др. должны соответствовать порядкам оказания медицинской помощи и иным нормативным актам, утверждённым федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Информация о соответствии кода медицинской услуги, профиля койки и специальности исполнителя медицинской услуги представлена в справочнике «profms» пакета НСИ АИС ОМС.

Информация по соотношению диагнозов заболеваний (по МКБ-10) и кодов медицинских услуг также представлена в справочнике «profms» пакета НСИ АИС ОМС.

При отсутствии в справочнике «profms» пакета НСИ АИС ОМС данных по соотношению кода заболевания, послужившего причиной госпитализации, коду медицинской услуги решение о выборе кода медицинских услуг, планируемого использовать при учёте оказанной медицинской помощи принимается врачебной комиссией медицинской организации с обязательным представлением протокола по установленной форме (приложение 1). При формировании счета указывается код «особый случай реестра счетов», равный «1».

Нарушение соотношения кода заболевания, послужившего причиной госпитализации, коду медицинской услуги не допускается для:

- случаев проведения противоопухолевой лекарственной терапии, учитываемой медицинскими услугами с кодами «97158» / «81094»);
- случаев оказания ВМП (разделы «200» / «297» / «300» / «397» МГР);
- случаев применения комплексных медицинских услуг, приведённых в приложении № 8.1.1 к Тарифному соглашению.

При выписки пациента из отделения указывается код законченного (прерванного) случая.

Допускается использование кода законченного случая госпитализации «0» с услугой «66212» в случае смерти пациента.

Медицинские услуги, приведённые в приложении № 8.1.1 к Тарифному соглашению подлежат использованию в перечне медицинских организаций в соответствии со справочником «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС.

Диагноз, установленный по окончании стационарного лечения, указывается в выписном эпикризе и включается в счёт на пациента.

Контроль выделенных объёмов медицинской помощи и её финансового обеспечения ведётся с использованием справочника «rprofms» пакета НСИ АИС ОМС, а также по алгоритмам автоматизированного контроля счетов на наличие кода ошибки «PP/PQ» - «Не принято к оплате в связи с превышением / некорректным использованием согласованных объёмов медицинских услуг», «PC/PD» – «Не принято к оплате в связи с исчерпанием 50% от установленных Комиссией плановых годовых объёмов медицинской помощи и (или) её финансового обеспечения» и «PE/PI» – «Не принято к оплате в связи с исчерпанием 75% от установленных Комиссией плановых годовых объёмов медицинской помощи и (или) её финансового обеспечения». В случае превышения установленных плановых объёмов медицинской помощи применяется код ошибки «PP» / «PC» / «PE». В случае превышения установленных объёмов финансового обеспечения медицинской помощи применяется код ошибки «PQ» / «PD» / «PI».

Профиль медицинской помощи для госпитализации пациента, в процессе которой оказано более одного медицинского стандарта, определяется по профилю медицинского стандарта, имеющего код законченного или прерванного случая госпитализации, за исключением внутреннего перевода (код прерванного случая «7»).

При получении после выписки пациента результатов исследований (гистологического, цитологического и др.), назначенных пациенту в период лечения в стационаре, свидетельствующих о наличии у пациента заболевания, не диагностированного ранее (например, злокачественного новообразования), сведения о наличии данного заболевания доводятся до пациента, а при невозможности – до медицинской организации по месту его прикрепления (включая медицинские организации других субъектов РФ); в истории болезни пациента сохраняются копии исследований, указывается дата направления результатов в поликлинику прикрепления или дата передачи результатов исследований пациенту.

В случаях, когда по результатам исследований требуется повторная госпитализация в медицинскую организацию, из которой пациент выписан, пациенту должно быть оформлено направление с указанием даты повторной госпитализации. Копия направления остаётся в истории болезни.

При учёте медицинской помощи с использованием кодов комплексных медицинских услуг, приведённых в справочнике «reesms» пакета НСИ АИС ОМС, а также случаев краткосрочной реанимации, учитываемой кодами комплексных медицинских услуг «56029» / «156003», в медицинских организациях частной формы собственности и медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

В случаях назначения противоопухолевой терапии взрослым пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, а также пациентам с колоректальным раком или меланомой, лекарственными препаратами, включёнными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «1», в дополнение к коду медицинской услуги, включённой в справочник «lr_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «1» вносятся сведения об

использованных при лечении опухолей данных локализаций противоопухолевых препаратах, включённых в Приложение № 17 к Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

В случаях проведения пациентам лекарственной терапии при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения коронавирусной инфекции (2019-nCoV), лекарственными препаратами, включёнными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «2», в дополнение к коду медицинской услуги, включённой в справочник «lr_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «2» вносятся сведения об использованных при лечении лекарственных препаратах, включённых в Приложение № 17.1 к Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

В случаях назначения противоопухолевой терапии взрослым пациентам с саркомами, лекарственными препаратами, включёнными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «3», в дополнение к коду медицинской услуги, включённой в справочник «lr_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «3» вносятся сведения об использованных при лечении опухолей данной группы противоопухолевых препаратах, включённых в Приложение № 17.2 к Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

Для отдельных видов медицинской помощи и медицинских организаций медицинская помощь подлежит оплате при наличии направления на госпитализацию (формы 057/у):

медицинская реабилитация (АО Группа компаний МЕДСИ LPU_ID = 4749, коды услуг «91033», «91035», «91041», «91043», «91049», «91051», «91053», «191030», «191034»);

офтальмология (АО «Медицина», LPU_ID = 2318, коды услуг «67006», «200374», «200381»);

травматология и ортопедия (АО «Медицина», LPU_ID = 2318, АО Группа компаний МЕДСИ LPU_ID = 4749, ООО «ХАВЕН» LPU_ID = 4889, АО «МД ПРОЕКТ 2000» LPU_ID = 4901, код услуги «79015»);

Особенности регистрации услуг по лучевой терапии

При учёте медицинских услуг по лучевой терапии в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол).

Особенности учёта медицинской помощи при наличии признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента

В случае наличия признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента в обязательном порядке указывается код особого случая реестра пациентов «Р» – «Наличие признаков совершения в отношении пациента противоправных действий».

3.3.2. Учёт перевода пациента внутри медицинской организации

При переводе пациента по медицинским показаниям из отделения одного профиля в отделение другого профиля (за исключением отделения реанимации и интенсивной

терапии) в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) допускается учёт медицинской помощи по каждому профильному отделению больницы.

В случае неподтверждения направительного либо предварительного диагноза и выявления в период госпитализации заболевания, относящегося к другому профилю, с последующим переводом пациента в клиническое отделение данной медицинской организации, соответствующее профилю выявленного заболевания, весь период госпитализации учитывается кодом медицинской услуги, соответствующей окончательному диагнозу.

При переводе пациента в счёт указывается дата перевода, количество койко-дней, проведённых пациентом в данном отделении и код прерванного случая «7».

В случае перевода пациента в другое отделение данной медицинской организации с оплатой последующего этапа лечения из других источников финансирования (например, в отделение паллиативной медицинской помощи), в том числе из реанимационного отделения, применяется код прерванного случая «9». Данное правило не применяется при учёте высокотехнологичной медицинской помощи.

Если в период одной госпитализации пациент неоднократно поступает в одно и то же отделение (кроме отделения реанимации и интенсивной терапии), медицинская помощь в данном отделении учитывается однократно с использованием только одного кода медицинской услуги по основному заболеванию.

3.3.3. Особенности учёта медицинской помощи на уровне приёмного отделения

Медицинская помощь, оказанная пациенту без последующей госпитализации в профильное отделение или на диагностическую койку приёмного отделения, учитывается с включением в счёт отдельных простых медицинских услуг. Учёту подлежат услуги, оказанные пациентам, как сотрудниками приёмного отделения, так и сотрудниками других структурных подразделений медицинской организации в период – от поступления пациентов в приёмное отделение до их выписки.

Медицинская помощь, оказанная пациенту на диагностической койке приёмного отделения, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «84» / «184» МГР. Дополнительный учёт простых и сложных медицинских услуг одновременно с кодами раздела «84» / «184» МГР не осуществляется. Факт оказания медицинской помощи должен быть подтверждён записями в первичной медицинской документации, включающими запись о госпитализации пациента на диагностическую койку с указанием цели госпитализации, а также записями о первичном и повторных осмотрах пациента.

Медицинская помощь, оказанная пациенту в Скоропомощных стационарных комплексах (далее – ССК), открытых на базе ГБУЗ «НИИ СП ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО ДЗМ» (2269), ГБУЗ «ГКБ ИМ. В.В. ВЕРЕСАЕВА (1933), учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «95» МГР.

Оплата медицинских услуг раздела «95» МГР осуществляется только в случае доставки пациента в ССК бригадами скорой медицинской помощи.

Оплата медицинских услуг раздела «95» МГР осуществляется по диагнозу, установленному при поступлении пациента.

Оказание медицинских услуг раздела «95» МГР осуществляется на протяжении не более 24 часов (+- 1 или 2 часа).

При оказании пациенту неотложной медпомощи в ССК или приёмном отделении с использованием кодов медицинских услуг разделов «84» / «184» / «95» МГР регистрация в одном случае оказания медицинской помощи в приёмном отделении других медицинских услуг, кроме:

2.1 Кодов «56029» / «156003» в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения Iotd= «005», «167») с параметром счёта <d_type> = «5» (<tip> не указывается)) при летальном исходе реанимации менее 12 часов; 2.2 Услуг по проведению аутопсии, учитываемых кодами медицинских услуг разделов «59» / «159» МГР.

В случае последующей госпитализации пациента в клиническое отделение данной медицинской организации услуги, оказанные пациенту на уровне приёмного отделения, в том числе на диагностической койке или в ССК, в счёт не включаются.

Медицинская помощь, оказанная пациенту в ССК, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «95» МГР. Факт оказания медицинской помощи должен быть подтверждён записями в первичной медицинской документации.

Не допускается предъявление к оплате медицинской помощи, оказанной по поводу заболеваний (состояний), не включённых в базовую (Территориальную) программу обязательного медицинского страхования (например, алкогольное опьянение).

3.3.4. Особенности учёта медицинской помощи в отделениях реанимации и интенсивной терапии, блоках и палатах интенсивной терапии

Период нахождения пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии, блоках и палатах интенсивной терапии учитывается кодами медицинских услуг разделов «83» / «183» МГР.

Для блоков и палат интенсивной терапии, созданных на базе других отделений (кардиологического, неврологического и др.), обязательным условием является оказание медицинской помощи врачом анестезиологом-реаниматологом.

Медицинская помощь, оказанная взрослому населению в отделении реанимации и интенсивной терапии, учитывается и оплачивается по койко-дням в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.11.2003 № 545 (день поступления и день выписки пациента считаются одним койко-днём).

Учёт первого койко-дня допускается при нахождении пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии 12 и более часов.

Медицинская помощь, оказанная детскому населению, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «183» МГР, оплата производится по числу койко-дней, проведённых пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Учёт медицинской помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов осуществляется в следующем порядке:

- в случае смерти пациента используются коды медицинских услуг «56029» (сердечно-лёгочно-мозговая реанимация) и «156003» (сердечно-лёгочная реанимация) и кодом особого случая «5»,

- в случае перевода пациента в другую медицинскую организацию (другое юридическое лицо) используются коды медицинских услуг «56029» (сердечно-лёгочно-мозговая реанимация) и «156003» (сердечно-лёгочная реанимация) и кодом особого случая «3».

В остальных случаях пребывание пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов учитывается как пребывание в профильном отделении.

В случае применения в период лечения пациентов методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиализация, плазмаферез и др.), экстракорпоральной мембранной оксигенации и оперативных вмешательств данные услуги предъявляются к оплате одновременно с кодом основной комплексной медицинской услуги разделов «83» / «183» МГР (либо услуг «56029» / «156003»).

Учёт данных вмешательств осуществляется по правилам, изложенным в пункте 3.3.15 настоящей Инструкции.

Дополнительно на вкладке форма 066/у в системе подсистеме ПУМП АИС ОМС указываются отдельные показатели состояния пациента по шкале SOFA. При наличии в медицинской карте стационарного больного нескольких значений мониторируемых параметров в системе регистрируются все результаты измерений.

3.3.5. Особенности учёта медицинской помощи в отделениях хирургического профиля

Тариф законченного случая медицинской помощи, оказанной в отделении хирургического профиля, перечень которых утверждён приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.1999 № 28, включает проведение пациенту необходимых оперативных вмешательств.

Случаи госпитализаций, учтённые с использованием соответствующих кодов медицинских услуг, в процессе которых не было выполнено оперативное вмешательство, являющееся обязательным в соответствии с технологической картой или медицинская манипуляция, являющаяся обязательным в соответствии с технологической картой, не могут считаться законченными и учитываются кодом прерванного случая госпитализации «9».

Сведения об оперативном вмешательстве или медицинской манипуляции, проведённой пациенту, учитываются в подсистеме ПУМП АИС ОМС с использованием Номенклатуры медицинских услуг, утверждённой приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении Номенклатуры медицинских услуг».

В случае, когда помимо оперативного вмешательства или медицинской манипуляции по поводу основного заболевания, предъявленного к оплате, пациенту в период одной госпитализации проводятся иные оперативные вмешательства по поводу сопутствующих и (или) конкурентных заболеваний, учёт данных вмешательств осуществляется по правилам, изложенным в пункте 3.3.15 настоящей Инструкции.

3.3.6. Особенности учёта медицинской помощи при онкологических заболеваниях

Медицинская помощь, оказанная пациентам по поводу онкологических заболеваний методом лучевой терапии, учитывается кодами медицинских услуг разделов «80» / «180» МГР.

Медицинская помощь, оказанная пациентам по поводу онкологических заболеваний методом химиотерапевтического лечения, учитывается кодами медицинских услуг раздела «81» МГР и отдельными кодами медицинских услуг раздела «190» МГР.

В случае необходимости организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями в дополнение к кодам комплексных медицинских услуг раздела «81» МГР и отдельными кодами комплексных медицинских услуг раздела «190» МГР используются коды: «36022» / «136022» «Имплантация порт-системы», «36023» / «136023» «Установка периферического имплантируемого центрального венозного катетера», «36024» / «136024» «Удаление порт-системы». В случае проведения онкологического консилиума детям с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «190» МГР используется код «101781» - «онкологический консилиум».

Госпитализация в отделение онкологического профиля с целью выполнения

оперативного вмешательства, а также проведения комбинированного и комплексного (лучевая и лекарственная терапия) лечения учитывается кодами медицинских услуг раздела «90» МГР с учётом требований к использованию кодов законченного (прерванного) случая госпитализации, установленных настоящей Инструкцией.

Медицинская помощь, оказанная детям по поводу онкологических заболеваний, учитывается кодами медицинских услуг раздела «190» МГР с учётом требований к использованию кодов законченного (прерванного) случая госпитализации, установленных настоящей Инструкцией.

Для учёта медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями в отделениях неонкологического профиля используются коды медицинских услуг других разделов в зависимости от профиля койки и локализации онкологической патологии (хирургия, терапия и др.).

Код комплексной медицинской услуги должен соответствовать локализации опухолевого процесса, послужившей причиной данной госпитализации (например, госпитализация пациента с целью хирургического лечения метастатического поражения лёгких независимо от локализации первичного опухолевого очага учитывается кодом «90160»).

Сведения о противоопухолевых лекарственных препаратах, применяемых при проведении химиотерапии, указываются в учётной форме 066/у-02 подсистеме ПУМП АИС ОМС. При этом лекарственные препараты, не подлежащие дополнительной оплате, маркируются кодом источника финансирования (TIP_OPL), отличным от значения «1» (ОМС).

При выписке пациента с онкологическим заболеванием оформляется выписка в соответствии с приложением 4. Наличие Выписки и полнота её заполнения не должны проверяться при корректном заполнении реестров счетов и другой первичной учётной документации (в соответствии с совместным письмом Минздрава № 17-0/623 и ФОМС № 10670/30/и от 28.08.2018).

При регистрации в подсистеме ПУМП АИС ОМС медицинских услуг разделов «80» / «180», «81», «90» / «190» МГР указывается ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам со злокачественными новообразованиями (основной диагноз из раздела С или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»), застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, с использованием медицинских услуг разделов «80», «81», «90» МГР осуществляется при наличии у такого застрахованного лица прикрепления по профилю «онкология» к данной медицинской организации. В случае, если застрахованному лицу необходимо оказание указанных выше медицинских услуг в иной медицинской организации, оплата оказанной медицинской помощи осуществляется при наличии направления, выданного медицинской организацией, к которой застрахованное лицо имеет прикрепление по профилю «онкология».

Случаи проведения лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, химиотерапевтического или хирургического лечения, лучевой терапии, а также их сочетаний подлежат оплате только при наличии ранее проведённого онкологического консилиума, на котором была определена тактика лечения.

Дополнительные требования к учёту медицинской помощи, оказанной пациенту в онкологических отделениях (включая химиотерапевтические и радиотерапевтические отделения), приведены в п. 3.5 настоящей Инструкции.

В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения или лучевой терапии предусматривает интервал между циклами, повторное направление на госпитализацию для прохождения очередного курса / цикла не требуется. В счёте медицинской организации указываются реквизиты первичного направления на госпитализацию.

3.3.7. Особенности учёта медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения, острым нарушением спинального кровообращения, черепно-мозговой и спинальной травмой

Организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь данной категории пациентов, проводят оценку состояния пациентов по Шкале медицинской реабилитации для определения возможности дальнейшего оказания медицинской помощи в стационарных условиях и переводом на 2 этап медицинской реабилитации. Данные вносятся в выписной эпикриз и указываются в подсистеме ПУМП АИС ОМС на вкладке «форма 066/у».

Медицинские организации, проводившие медицинскую реабилитацию пациента (2 этап), в день выписки из стационара повторно осуществляют оценку по Шкале медицинской реабилитации. Полученные данные также заносятся в выписной эпикриз и подсистему ПУМП АИС ОМС.

3.3.8. Особенности учёта медицинской помощи, оказанной акушерскими отделениями

Медицинская помощь при родовспоможении и в послеродовом периоде учитывается с использованием кодов медицинских услуг «76912» - «76914» (включая наблюдательные и боксированные палаты).

При родоразрешении (комплексная медицинская услуга «76912») создаётся персона новорождённого, в счёте на которого регистрируется медицинская услуга «101740» – «Первая консультация неонатолога».

При отсутствии счёта на новорождённого с медицинской услугой «101740» – «Первая консультация неонатолога» комплексная медицинская услуга «76912» может быть оплачена только за прерванный случай госпитализации.

Особенности оплаты медицинской помощи в случае ведения беременности и родовспоможения в одной медицинской организации описаны в разделе 4.3 настоящей Инструкции.

3.3.9. Особенности учёта медицинской помощи, оказанной новорождённым

Медицинская помощь, оказанная новорождённым (не старше одного года на дату госпитализации) врачом-неонатологом в соответствующих профильных (специализированных) педиатрических отделениях в составе городских больниц и в отделениях патологии новорождённых и недоношенных детей учитывается с использованием кодов услуг раздела «187» – «Болезни перинатального периода» МГР.

Для детей, родившихся с массой от 300 до 2500 грамм, в счёте указывается масса при рождении (в граммах).

3.3.10. Совместное пребывание с ребёнком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя

Случаи совместного нахождения с ребёнком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя учитываются с использованием кодов медицинских услуг разделов «161» - «192» МГР, имеющих в наименовании указание на использование их при совместном пребывании с ребёнком указанного лица. Факт

совместного с ребёнком пребывания сопровождающего лица подтверждается записями в первичной медицинской документации.

Учёт услуги о совместном пребывании сопровождающего лица с ребёнком 4 лет и старше осуществляется при наличии протокола Врачебной комиссии медицинской организации, в котором приводится основание для совместного нахождения с ребёнком сопровождающего лица, например, наличие медицинских показаний.

Использование в детских больницах кодов медицинских услуг, предназначенных для учёта медицинской помощи, оказанной взрослому населению, для получения финансовых средств за оплату пребывания сопровождающего лица, не допускается.

3.3.11. Особенности учёта патологоанатомических исследований умерших

В случае смерти патологоанатомическое исследование подлежит отдельному учёту и кодируется кодами услуг раздела «59» / «159» МГР (приведены в приложении № 8.2 к Тарифному соглашению).

3.3.12. Особенности учёта медицинской помощи, связанной с трансплантацией органов и тканей человека

Учёт медицинской помощи, связанной с трансплантацией органов и тканей человека, осуществляется при подготовке пациента к трансплантации, при дисфункции и отторжении трансплантированных органов, а также при проведении планового обследования пациентов с трансплантированными органами.

3.3.13. Особенности учёта медицинской помощи, оказанной в других отделениях

Для учёта медицинской помощи, оказанной в отделениях медицинской реабилитации стационаров, используются коды медицинских услуг раздела «91» МГР.

При невозможности подбора кода комплексной медицинской услуги для учёта случая медицинской реабилитации возможно использование кодов медицинских услуг раздела «99» МГР.

Госпитализация в отделение медицинской реабилитации после стационарного лечения в профильном отделении повторной госпитализацией не считается.

Учёт медицинской реабилитации детей с нарушением слуха после слухопротезирования, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «191» МГР.

При учёте медицинской реабилитации в счёте в обязательном порядке регистрируется код законченного случая лечения «R» («TIP» = «R») или код особого случая реестра счетов «R» («D_TYPE» = «R»), а также указывается значение признака «REAB» = «1».

Регистрация случаев медицинской реабилитации в медицинских организациях, подведомственных уполномоченному Правительством Москвы органу исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения, допускается:

Профиль койки	Медицинская организация
----------------------	--------------------------------

Реабилитационные для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств	ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»
Реабилитационные для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

Учёт медицинской помощи в психосоматических отделениях осуществляется с использованием кодов услуг и кодов МКБ-10, соответствующих соматическому заболеванию. В разделе «сведения об исполнителе услуги» указываются сведения о враче профильной соматической специальности, осуществлявшем лечение соматического заболевания. Указание данных врача-психиатра недопустимо.

При выявлении в процессе госпитализации заболеваний, относящихся к особо опасным инфекциям; заболеваний, передаваемых половым путём, вирусом иммунодефицита человека; синдрома приобретённого иммунодефицита; туберкулёза; психических расстройств и расстройств поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, пациент подлежит переводу в специализированную медицинскую организацию.

В этих случаях медицинская помощь учитывается по направлятельному диагнозу при поступлении больного с использованием кода прерывания «3».

Оказание и оплата медицинской помощи, учитываемой с использованием кодов комплексных медицинских услуг «85041», «66020», «85020», «85040», «85021», «85011» осуществляется только* двух центрах:

- ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»;
- ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ».

*В остальных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы оплата услуг осуществляется по обращению органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения. Указанный порядок распространяет своё действие только на медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

3.3.14. Учёт сопутствующих медицинских услуг

Одновременно с кодом основной комплексной медицинской услуги, включённой в справочник «reesms» пакета НСИ АИС ОМС, в форме Ф066 подсистемы ПУМП АИС ОМС учитываются отдельные медицинские услуги, включённые в приложение № 8.2 к Тарифному соглашению.

Для учёта дополнительных услуг допускается использование следующих кодов:

1) проведение пациенту методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиафильтрация, плазмаферез и др.) и перитонеального диализа при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующим кодом «49» раздела МГР, у детей кодом «149» раздела МГР дополнительно к коду основной медицинской услуги;

При проведении программного гемодиализа пациентам, доставленным из другой медицинской организации, в которой отсутствует техническая возможность его проведения, используются коды медицинских услуг «97010» / «197010».

2) применение в период оказания медицинской помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии метода экстракорпоральной мембранной оксигенации - учитывается кодами медицинских услуг «49011» – «49013» / «149011» – «149013»;

3) оперативные вмешательства, выполненные сверх комплексной медицинской услуги, предъявленной к оплате, учитывается кодом соответствующей медицинской услуги «51» / «151» – «55» / «155» разделов МГР.

Основным требованием является отсутствие связи между предъявляемым к оплате оперативным вмешательством и какой-либо из основных комплексных медицинских услуг, предъявленных к оплате данного случая госпитализации (например, будет являться ошибкой одновременное предъявление к оплате услуг «53368» – «Аппендэктомия при остром аппендиците без перитонита» и «72120» – «Острый аппендицит неосложнённый»).

При формировании счета, включающего иные оперативные вмешательства, оформляется протокол врачебной комиссии (приложение 2), указывается код «особый случай в счёте на пациента», соответствующий «s».

4) выполнение гистологических, иммуногистохимических, иммуноцитохимических и молекулярно-генетических исследований, пациентам, получающим медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (при заборе биологического материала в период госпитализации), учитываются кодами соответствующих медицинских услуг раздела «29» / «129» МГР.

5) радиоизотопные методы исследования, выполненные в период оказания медицинской помощи в стационарных условиях в ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», учитываются кодами «138» раздела МГР.

6) в случае необходимости организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара используются коды: «36022» / «136022» – «Имплантация порт-системы с уходом в период её эксплуатации», «36023» / «136023» – «Установка периферического имплантируемого центрального венозного катетера», «36024» / «136024» – «Удаление порт-системы».

7) при родоразрешении (комплексная медицинская услуга «76912») дополнительно к основной комплексной медицинской услуге в счёте регистрируется медицинская услуга «101740» – «Первая консультация неонатолога».

8) при родоразрешении (комплексная медицинская услуга «76912») в случае наличия показаний к аутогемотрансфузии дополнительно к основной комплексной медицинской услуге в счёте регистрируется медицинская услуга «46033».

9) в случае проведения онкологического консилиума детям с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «190» МГР используется код «101781» - «онкологический консилиум».

10) в случае проведения исследования по выявлению генов резистентности к гликопептидным и бета-лактамам антибиотикам у бактерий методом ПЦР дополнительно к основной комплексной медицинской услуге в счёте регистрируется медицинская услуга «28215» или «128215».

Коды медицинских услуг, включённые в Приложение № 8.2 и не указанные в настоящем разделе, предназначены для технических целей; для учёта медицинской помощи в целях оплаты сопутствующих медицинских услуг не используются.

Сведения о выполненных в период стационарного лечения сложных диагностических исследованиях (компьютерная и магнитно-резонансная томография, рентгенодиагностические и эндоскопические исследования, и др.) подлежат включению в учётную форму 066/у-02 и, в дальнейшем, в программу учёта медицинской помощи (подсистема ПУМП АИС ОМС) с использованием соответствующих кодов Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

Перечень диагностических услуг, подлежащих учёту в форме 066/у-02, приведён в справочнике «geesus» пакета НСИ АИС ОМС (значение параметра «VIDUS» - «Признак диагностической услуги» = «1»).

3.3.15. Особенности учёта медицинской помощи, оказанной лицам, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС

Медицинская помощь, оказанная (в том числе на уровне приёмного отделения) лицам, не идентифицированным и не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, принимается к оплате по медицинским услугам и кодам МКБ - 10, соответствующим медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям. Перечень кодов МКБ-10 в сочетании с кодами медицинских услуг и дополнительными критериями, соответствующих медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям, размещены в справочнике «msmkbe» пакета НСИ АИС ОМС.

При оказании медицинской помощи на уровне приёмного отделения без последующей госпитализации, в счёте указывается услуга «1701» – «1780» / «101701» – «101763» (при её наличии в справочнике «uslexт» пакета НСИ АИС ОМС) (консультация врача соответствующей специальности) и услуги дополнительного обследования и лечения либо услуга раздела «84» / «184» (при оказании медицинской помощи на диагностической койке приёмного отделения) МГР.

3.3.16. Особенности учёта медицинской помощи в ведомственных медицинских организациях

Оплата медицинской помощи, оказанной в структурных подразделениях ведомственных медицинских организаций, перечисленных в справочнике «sprved» пакета НСИ АИС ОМС производится только в следующих случаях:

- наличия направления пациента от амбулаторно поликлинической медицинской организации или амбулаторно-поликлинического подразделения медицинской организации, подведомственной Департаменту здравоохранения города Москвы;

- наличия направления пациента от амбулаторно поликлинической медицинской организации или амбулаторно-поликлинического подразделения медицинской организации, находящейся в подчинении того же ведомства, при условии прикрепления пациента к направившей медицинской организации.

3.3.17. Особенности учёта госпитализации пациентов, страдающих COVID-19, в медицинских организациях, включённых в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС.

Использование медицинских услуг «61440», «161440», «161441» допускается в медицинских организациях, включённых в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_1» и не позже даты, указанной в параметре «DATEEND_1».

Использование медицинских услуг «61410», «161410», «161411» допускается в медицинских организациях, включённых в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «DOL» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_5» и не позже даты, указанной в параметре «DATEEND_5».

Медицинские услуги «61410», «161410», «161411» могут использоваться только для учёта случаев долечивания пациентов, переведённых из стационаров, включённых в перечень медицинских организаций в соответствии со справочником пакета «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1», в которых проходили лечение по одной из медицинских услуг: «61440», «161440», «161441».

В случаях летальных исходов при оказании медицинских услуг с кодами: «61440», «161440», «161441» оплата осуществляется по полному тарифу. Для кодирования таких случаев применяется код законченного случая госпитализации «0» с указанием кода особого случая счёта «5».

При учёте случаев заболевания COVID-19, подтверждённых результатами лабораторной диагностики, диагноз основного заболевания во всех случаях должен указываться как «U07.1». При учёте случаев заболевания COVID-19, диагностированных клинически (на основании результатов КТ), но не подтверждённых результатами лабораторной диагностики, диагноз основного заболевания во всех случаях должен указываться как «U07.2». Диагнозы осложнений основного заболевания (например, пневмония) или сопутствующих состояний указываются в соответствующих параметрах счёта «диагноз осложнения заболевания» и «диагноз сопутствующего заболевания».

Оплата медицинских услуг «61440», «161440», «161441» производится только в случае госпитализации пациента по экстренным показаниям (код канала госпитализации (ORD) «2») при указании девятизначного номера наряда бригады СМП, а также в случае госпитализации пациентов, доставленных службой СМП Московской области. Также, оплата медицинских услуг «61440», «161440», «161441» осуществляется в случае внутреннего перевода пациента, госпитализированного в плановом порядке, которому ранее оказана одна из медицинских услуг «61420», «161420», «161421».

Учёт случаев проведения диагностики COVID-19 пациентам, госпитализированным в плановом порядке, ведётся с использованием кодов медицинских услуг «61420», «161420», «161421». Указанные медицинские услуги регистрируются в счёте только при положительном результате диагностики COVID-19 с дальнейшим переводом пациента в специализированную медицинскую организацию (включённую в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1»), специализированное отделение данной медицинской организации (в случае наличия МО

в справочнике «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1») или выписки пациента для прохождения лечения на дому.

Оплата медицинских услуг «61420», «161420», «161421» осуществляется по тарифу на законченный случай лечения в случаях:

- выписки пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 для прохождения лечения на дому (код законченного случая госпитализации «0»);

- перевода пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 в специализированное отделение в рамках одной МО (код прерванного случая «7», а также регистрация на тот же номер истории болезни одной из медицинских услуг «61440», «161440», «161441»). Возможно только для МО, включённых в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1»;

- перевода пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 в специализированную МО, включённую в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1» (код законченного случая госпитализации «0» в сочетании с кодом особого случая «3»).

В случаях отрицательного результата диагностики COVID-19 отдельный учёт медицинской помощи с использованием кодов медицинских услуг «61420», «161420», «161421» не производится. Медицинская помощь, оказанная в данном случае пациенту, учитывается с использованием соответствующего кода медицинской услуги, по которой пациенту была оказана плановая медицинская помощь.

Учёт случаев проведения доконтактной профилактики COVID-19 детей из группы риска препаратом Тиксагевимаб + Цилгавимаб ведётся с использованием кода медицинской услуги «161462». Учёт случаев обследования после доконтактной профилактики COVID-19 детей из группы риска ведётся с использованием кода медицинской услуги «161463». Оплата данного вида медицинской помощи осуществляется только при её оказании в ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» и ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения города Москвы».

Одновременно с кодами основных комплексных медицинских услуг «61440», «161440», «161441», за исключением медицинских услуг в форме Ф066 учитываются отдельные медицинские услуги, включённые в приложение № 8.2 к Тарифному соглашению. Для учёта дополнительных услуг допускается использование следующих кодов:

- а) проведение пациенту методов экстракорпоральной мембранной оксигенации при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующими кодами «49» раздела МГР («49011» – «49013»), у детей кодами раздела «149» МГР («149011» – «149013») дополнительно к коду основной медицинской услуги;

- б) проведение пациенту методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиофильтрация, плазмаферез и др.) при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующим кодом раздела «49» МГР, у детей кодами «149002» и «149016» дополнительно к коду основной медицинской услуги;

- в) проведение перитонеального диализа при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) – учитывается кодами медицинских услуг «49008» / «149017» (Перитонеальный диализ) дополнительно к коду основной медицинской услуги.

Коды медицинских услуг, включённые в приложение № 8.2 и не указанные в настоящем разделе, предназначены для технических целей; для учёта медицинской помощи в целях оплаты сопутствующих медицинских услуг не используются.

Учёт пребывания пациентов в отделении реанимации осуществляется с использованием медицинских услуг разделов «83» / «183» МГР.

В рамках одной госпитализации осуществляется учёт и оплата только одной услуги «61440», «161440», «161441». Отдельные медицинские услуги (за исключением указанных выше), выполненные в приёмном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого были оказаны услуги «61440», «161440», «161441» (включая период нахождения пациента в реанимационном отделении, а также услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого данные услуги были оказаны), дополнительной оплате не подлежат. Исключение составляют случаи пребывания пациента в реанимационном отделении на протяжении всего срока госпитализации (счёт состоит только из услуг разделов «83» / «183» МГР), которые оплачиваются в соответствии с установленными тарифами.

При этом, отдельные медицинские манипуляции, выполненные в приёмном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого были оказаны услуги «61440», «161440», «161441» (включая услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого данные услуги были оказаны), подлежат учёту в форме Ф066 подсистемы ПУМП АИС ОМС на вкладках «Операции» и «ДИ».

В отдельных медицинских организациях по решению органа исполнительной власти в сфере здравоохранения города Москвы медицинская помощь, оказываемая в связи с заболеванием с COVID-19 лицам, включённым в группы риска, в условиях стационара кратковременного пребывания (далее – СКП) и включающая в себя одно или несколько посещений СКП, может учитываться с использованием кода комплексной медицинской услуги «61440» / «161440» при условии указания кода особого случая счёта за оказанную медицинскую помощь «С» – «Оказание медицинской помощи в связи с заболеванием с COVID-19 лицам, включённым в группы риска, в условиях СКП».

В медицинских организациях, включённых в справочник «sprncs» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «DIAG» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_3» и не позже даты, указанной в параметре «DATEEND_3», медицинская помощь, оказанная лицам с COVID-19 в отделении реанимации и интенсивной терапии на протяжении всего периода госпитализации может учитываться с использованием кодов комплексных медицинских услуг «61440» / «161440». При этом в указанных случаях наличие сведений об использовании противоковидных лекарственных препаратов, подлежащих оплате, является обязательным.

3.3.18. Особенности учёта медицинской помощи, оказанной в отделениях стационара кратковременного пребывания (СКП)

Пилотный проект по организации оказания хирургической медицинской помощи в рамках СКП осуществляется в целях минимизации срока пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара путём совершенствования организационных процессов (обеспечение преемственности на этапе диагностики, отбора пациентов для направления в СКП, выбора оптимального метода хирургического лечения, направления на долечивание и реабилитацию в амбулаторных условиях), включая информационное обеспечение как для организации оптимальной маршрутизации пациентов, так и для учёта оказанной медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи в СКП осуществляется в течение 24 часов с момента госпитализации пациента в СКП, в соответствии с показаниями.

Оказание медицинской помощи в СКП осуществляется лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы или на территориях других субъектов Российской Федерации.

Учёт медицинской помощи, оказанной в СКП, осуществляется с использованием кодов комплексных медицинских услуг, приведённых в справочнике «reeskr» пакета НСИ АИС ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной в СКП, осуществляется в случае проведения оперативного вмешательства. При этом применяемый для учёта данного вида медицинской помощи код комплексной медицинской услуги должен соответствовать диагнозу основного заболевания пациента и коду проведённого оперативного вмешательства. Указанные соответствия приведены в справочнике «reeskr» пакета НСИ АИС ОМС.

Регистрация медицинской помощи, оказываемой в отделениях СКП возможна только в медицинских организациях, входящих в установленный приказом уполномоченного Правительством Москвы органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения перечень.

Отделения СКП в обязательном порядке выделяются в подсистеме ПУМП АИС ОМС кодом условий оказания медицинской помощи «09» (2-3 символы фасетного кода отделения медицинской организации).

3.4. Особенности учёта высокотехнологичной медицинской помощи

3.4.1. Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в рамках территориальной и базовой программ обязательного медицинского страхования

Комплексные медицинские услуги для учёта высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной и базовой программ обязательного медицинского страхования, включены в приложение № 9 и приложение № 10.2 к Тарифному соглашению. Для учёта ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу «200» и разделу «297» МГР. Для учёта кодов услуг используется справочник «Reesvr» пакета НСИ АИС ОМС.

Объектом кодирования является метод высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) с соответствующим диагнозом для определённой модели пациента. Описание ВМП в системе АИС ОМС приведено в справочнике «reesvr» пакета НСИ АИС ОМС, который имеет следующие параметры: код и наименование метода «COD», «NAME», профиль медицинской помощи «PROFMP», вид ВМП «CODVVP», модель пациента «CODMOD» и вид лечения «TIPGR».

Единицей учёта ВМП, оплачиваемой за счёт средств ОМС, является законченный случай оказания медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, включающий один метод лечения (из Перечня видов ВМП, включённого в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве).

При этом учёт случая оказания ВМП в подсистеме ПУМП АИС ОМС для дневного стационара ведётся в соответствии с общими правилами учёта медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в части регистрации отдельных движений по

отделениям, соответствующих периодам фактического посещения пациентом дневного стационара.

Случаи оказания медицинской помощи могут учитываться как ВМП только при соблюдении следующих условий:

- соответствие наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения, метода лечения и профиля медицинской помощи аналогичным параметрам, установленным в Перечне видов ВМП, включённом в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. В случае смерти пациента, получившего высокотехнологичную медицинскую помощь, наступившей в отделении реанимации, допускается указание в счёте профиля медицинской помощи «реанимация» (в фасетном коде отделения); при этом в качестве лечащего врача указываются данные врача хирургической специальности, выполнившего оперативное вмешательство;

- использованный метод лечения включает все технологии, установленные для данного вида ВМП Перечнем видов ВМП, включённым в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве;

- при оказании медицинской помощи не использовались лекарственные средства и медицинские изделия, приобретённые пациентом или его представителями за счёт личных средств;

- случай оказания ВМП учтён в специализированной информационной системе в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» и от 30.01.2015 № 29н «О формах статистического учёта и отчётности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления», при этом 14-значный номер направления/талона ВМП внесён в соответствующее поле.

В случае, если хотя бы одно из вышеуказанных условий не выполнено, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующему коду комплексной медицинской услуги исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. В рамках одной госпитализации осуществляется учёт только одной единицы ВМП. Отдельные медицинские услуги, выполненные в приёмном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого была оказана ВМП (включая период нахождения пациента в реанимационном отделении, а также услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого оказана ВМП), дополнительному учёту в системе ОМС не подлежат. Исключение составляют медицинские услуги раздела «49» МГР, оказанные пациентам с острым коронарным синдромом при получении медицинских услуг «200518», «200519», «200520», «200522», «200523», «200524».

При регистрации медицинских услуг раздела «297» МГР, а также медицинских услуг «200058» - «200068», «200071» - «200079», «200083», «200105» - «200160», «200454», «200349» - «200356», «200542» - «200559», «200392», «200485», «200486», «200489», «200487», «200488», «200560» - «200562» в подсистеме ПУМП АИС ОМС указывается ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 30.12.2021 № 1329 маршрутизация пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) и оплата соответствующих методов ВМП с кодами «200518», «200519», «200520» (стентирование коронарных артерий при инфаркте миокарда с подъемом ST) осуществляется только* в 12 шок-центрах:

- ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. И.В. Давыдовского ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»;
- ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»;
- ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ».

*В остальных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы оплата услуг осуществляется по обращению органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения. Указанный порядок распространяет своё действие только на медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

Оказание и оплата метода ВМП с кодом «200088» (каротидная эндартерэктомия) осуществляется только* для 16 стационаров:

- ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. М.Е. Жадкевича ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демихова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. И.В. Давыдовского ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ»;
- ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»;
- ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка ДЗМ»;
- ГБУЗ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ.

*В остальных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы оплата услуг осуществляется по обращению органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения. Указанный порядок распространяет своё действие только на медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

Оказание и оплата методов ВМП с кодами «200083», «200080», «200060», «200059», «200071», «200064», «200079», «200066», «200065», «200076», «200061», «200072», «200062», «200067», «200082», «200081», «200075», «200074», «200069», «200068»,

«200063», «200078», «200077», «200073», «200058», «85041», «66020», «85020», «85040», «85021», «85011») осуществляется только* двух центрах:

- ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»;
- ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ».

*В остальных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы оплата услуг осуществляется по обращению органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения. Указанный порядок распространяет своё действие только на медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

3.4.2. Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования

Комплексные медицинские услуги для учёта высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (лицам, застрахованным в городе Москве) в условиях круглосуточного стационара, включены в Приложение 9.2 к Тарифному соглашению. Для учёта ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу «300» МГР.

Комплексные медицинские услуги для учёта высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (лицам, застрахованным в городе Москве) в условиях дневного стационара, включены в Приложение 10.3 к Тарифному соглашению. Для учёта ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу «397» МГР.

Требования к учёту аналогичны требованиям, указанным в п. 3.4.1 настоящей Инструкции.

Обязательным условием для оплаты данных случаев медицинской помощи, является наличие направления на стационарное лечение с применением данных методов (форма 057/у-04), указанное в информационной системе учёта медицинской помощи (подсистема ПУМП АИС ОМС). Обоснованность применения данных методов должна быть подтверждена протоколом отборочной комиссии медицинской организации-исполнителя услуги.

Лицам, застрахованным по ОМС в Москве, нуждающимся в одновременном предоставлении специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «онкология», медицинская помощь оказывается:

- в ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»; счета за выполненные в условиях дневного стационара услуги («197» раздела МГР) предъявляются к оплате в соответствующую страховую медицинскую организацию;
- в АО «Европейский медицинский центр» (услуги «197» и «397» разделов МГР); счета за выполненные в условиях дневного стационара услуги предъявляются к оплате в соответствующую страховую медицинскую организацию или в МГФОМС (для услуг «397» раздела МГР).

При регистрации в подсистеме ПУМП АИС ОМС медицинских услуг разделов «300» и «397» МГР указывается ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

3.5. Дополнительные требования к учёту медицинской помощи, оказанной при онкологических заболеваниях

3.5.1. При подозрении на онкологическое заболевание

Параметр	Описание	Примечание
DS_ONK	Признак подозрения на злокачественное новообразование	Заполнение обязательно. Значения: «0» - нет подозрения на онкологическое заболевание, «1» - есть подозрение на онкологическое заболевание.
NAPR_V_IN	Цель входящего направления	Заполняется по классификатору «онпарг». Заполняется в случае оказания медицинской помощи пациенту, направленному в связи с наличием подозрения на онкологическое заболевание из иной МО.
NAPR_V_OUT	Цель исходящего направления	Заполняется по классификатору «онпарг». Обязательно при наличии подозрения на онкологическое заболевание, или диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон «D00» - «D09», «D45»-«D47» в случае выдачи направления в иную МО пациенту, в связи с наличием подозрения на онкологическое заболевание.
NAPR_MO	МО, в которую выдано направление	Заполнение обязательно в случае выдачи направления в иную МО пациенту, в связи с наличием подозрения на онкологическое заболевание.
DIAG_TIP	Тип диагностического показателя.	Обязательно к заполнению при взятии материала и получении результата диагностики. 1 - гистологический признак; 2 - маркер (ИГХ). В иных случаях не заполняется.
DIAG_CODE	Код диагностического показателя	Обязательно к заполнению при взятии материала и получении результата диагностики. При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником «onmrf_»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onigh_». В иных случаях не заполняется.
DIAG_RSLT	Код результата диагностики	Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC_RSLT=1). При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником «onmrf»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onigrt». В иных случаях не заполняется.
DIAG_DATE	Дата взятия материала	Обязательно к заполнению при взятии материала и получении результата диагностики. В иных случаях не заполняется.
REC_RSLT	Признак получения результата диагностики	Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики. В иных случаях не заполняется.

3.5.2. При лечении онкологического заболевания / наблюдении пациента с онкологическим заболеванием

Наименование параметра	Описание	Примечание
<i>Сведения о случае лечения онкологического заболевания</i>		
DS1_T	Повод обращения.	Заполняется по классификатору «onreas». Обязательно при диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон «D00» - «D09», «D45»-«D47». Исключение: условие оказания МП вне медицинской организации, проведение реабилитации (REAB = 1), отсутствие онкологического заболевания.
STAD	Стадия заболевания.	Заполняется по классификатору «onstad». Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1_T={0,1,2,3,4}). При оказании ВМП заполнение обязательно только при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2}). В иных случаях не заполняется.
ONK_T	Значение Tumor.	Заполняется по классификатору «ontum_». Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1 T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет В иных случаях не заполняется.
ONK_N	Значение Nodus	Заполняется по классификатору «onnod_». Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1 T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет В иных случаях не заполняется.
ONK_M	Значение Metastasis	Заполняется по классификатору «onmet_». Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1 T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет В иных случаях не заполняется.
MTSTZ	Признак выявления отдалённых метастазов	При выявлении отдалённых метастазов при лечении при прогрессировании и рецидиве (DS1_T = 1 или 2) может принимать значение «1» или «пусто». В иных случаях не заполняется.
SOD	Суммарная очаговая доза	Заполнение обязательно при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP = 3 или USL_TIP = 4). Может принимать значение «0». В иных случаях не заполняется.
K_FR	Количество фракций проведения лучевой терапии	Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP = 3 или USL_TIP = 4). Может принимать значение «0».

		В иных случаях не заполняется.
WEI	Масса тела (кг)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчёт дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела (USL_TIP = 2 / 4). В иных случаях не заполняется.
HEI	Рост (см)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчёт дозы
BSA	Площадь поверхности тела (м ²)	препарата производится на основании данных о площади поверхности тела (USL_TIP = 2 / 4). В иных случаях не заполняется.
Сведения об услуге		
USL_TIP	Тип услуги	Заполняется по классификатору «onlech». Обязательно при диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в рубрики «D00» - «D09», «D45» - «D47», при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T = 0 / 1 / 2) в условиях стационара или дневного стационара, а также в случае оказания ВМП. Исключения: условие оказания МП вне медицинской организации, REAB = 1, DS_ONK = 1. В иных случаях не заполняется.
HIR_TIP	Тип хирургического лечения	Заполняется по классификатору «onhir_». Заполнение обязательно при USL_TIP = 1. В иных случаях не заполняется.
LEK_TIP_L	Линия лекарственной терапии	Заполняется по классификатору «onlekl». Заполнение обязательно при USL_TIP = 2. В иных случаях не заполняется.
LEK_TIP_V	Цикл лекарственной терапии	Заполняется по классификатору «onlekv». Заполнение обязательно при USL_TIP = 2. В иных случаях не заполняется.
LUCH_TIP	Тип лучевой терапии	Заполняется по классификатору «onluch». Заполнение обязательно при USL_TIP = 3, 4. В иных случаях не заполняется.
PPTR	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса	В случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала может принимать значение «1» или «пусто». В иных случаях не заполняется.
Сведения о консилиуме		
PR_CONS	Цель проведения консилиума.	Заполняется по классификатору «oncons». Обязательно при наличии подозрения на онкологическое заболевание (DS_ONK = 1), или диагнозе раздела «С» или код основного диагноза

		входит в рубрики «D00» - «D09» , «D45»-«D47». В иных случаях не заполняется.
DT_CONS	Дата проведения консилиума	Заполнение обязательно, если консилиум проведён (PR CONS={1,2,3}). В иных случаях не заполняется.
Сведения о лекарственном препарате		
REGNUM	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии	Заполнение обязательно при введении пациенту противоопухолевого лекарственного препарата при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии (USL_TIP = 2 / 4).
DATE_INJ	Дата введения лекарственного препарата	Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
CODE_SH	Код схемы лекарственной терапии	Заполняется по справочнику «ondoprk». Заполнение обязательно при проведении противоопухолевой лекарственной терапии USL_TIP = «2» / «4». При диагнозе основного заболевания и типе услуги, удовлетворяющих соотношениям (C81.0<=DS<C97 и USL_TIP>4) или (D45<=DS<D48 и USL_TIP>4) или возрасте пациента на начало лечения менее 18 лет указано значение параметра CODE_SH, отличное от «нет» Значение поля CODE_SH при выполнении условий: – (C00.0<=DS1<=C80.9 или DS1=C97 или D00<=DS1<=D09) и USL_TIP=2 не соответствует значениям sh0001<=CODE_SH<=sh9003; – при выполнении условий (C81.0<=DS1<C97 или D45<=DS1<D48) и USL_TIP=2 не соответствует значениям gemop1<=CODE_SH<=gemop24 или CODE_SH=gem; – при выполнении условий (C00.0<=DS1<C81.0 или C97<=DS1<D10) и USL_TIP=4 не соответствует значениям sh0001<=CODE_SH<=sh9003 или mt001<=CODE_SH<=mt024. В иных случаях не заполняется.
N_PAR	Номер партии лекарственного средства	Заполнение обязательно для лекарственных средств, включённых в справочник «tarion» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094» и значением TIP_OPL, равном «1» (ОМС).
R_UP	Розничная упаковка лекарственного средства	Заполняется по справочнику medicament_man_pack. Заполнение обязательно для лекарственных средств, включённых в справочник «tarion» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094» и значением TIP_OPL, равном «1» (ОМС).

TIP_OPL	Источник финансирования лекарственного средства	Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
N_RU	Номер регистрационного удостоверения лекарственного средства	Заполняется по справочнику medicament_mfc. Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
OT_D	Разовая доза лекарственного средства	Вводится в единицах назначения. Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
DT_Q	Кратность введения лекарственного средства в день	Значение не должно превышать «3» (> 3) для лекарственных средств, включённых в справочник «tarion» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094» и значением TIP_OPL, равном «1» (ОМС). Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
DT_D	Дневная доза лекарственного средства	Вводится в единицах назначения и соответствует произведению OT_D (разовой дозы) на DT_Q (кратность введения в день). Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
SID	Код лекарственного средства (полное торговое наименование, полное МНН наименование)	Заполняется по справочнику medicament. Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
Сведения о цели исходящего направления		
NAPR_DATE	Дата выдачи направления	Заполняется автоматически.
NAPR_NUMBER	Номер направления	Составной номер направления ГГММДД_XXXX_XXXX. Заполняется автоматически.
NAPR_V_OUT	Цель исходящего направления	Значение по классификатору «onparг». Обязательно при наличии подозрения на онкологическое заболевание (DS_ONK = 1), или диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в рубрики «D00» - «D09», «D45»-«D47» в случае выдачи направления в иную МО пациенту, в связи с наличием подозрения на онкологическое заболевание.
NAPR_MO	МО, в которую выдано направление	Заполнение обязательно в случае выдачи направления в иную МО пациенту, в связи с наличием подозрения на онкологическое заболевание.
Сведения о диагностическом показателе		
DIAG_TIP	Тип диагностического показателя.	Заполнение обязательно при взятии материала / получении результата диагностики. 1 - гистологический признак;

		2 - маркёр (ИГХ). В иных случаях не заполняется.
DIAG_CODE	Код диагностического показателя	Заполнение обязательно при взятии материала / получении результата диагностики. При DIAG_TIP = 1 заполняется в соответствии со справочником «onmrf_»; При DIAG_TIP = 2 заполняется в соответствии со справочником «onigh_». В иных случаях не заполняется.
DIAG_RSLT	Код результата диагностики	Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC_RSLT = 1). При DIAG_TIP = 1 заполняется в соответствии со справочником «onmrf»; При DIAG_TIP = 2 заполняется в соответствии со справочником «onight». В иных случаях не заполняется.
DIAG_DATE	Дата взятия материала	Заполнение обязательно при взятии материала / получении результата диагностики. В иных случаях не заполняется.
REC_RSLT	Признак получения результата диагностики	Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики. В иных случаях не заполняется.
<i>Сведения о противопоказании или отказе</i>		
PROT	Код противопоказания или отказа	Заполнение обязательно при наличии сведений о противопоказании / отказе.
D_PROT	Дата регистрации противопоказания или отказа	Заполнение обязательно при наличии сведений о противопоказании / отказе.

Раздел 4.

Общие положения по расчёту стоимости и контролю медицинской помощи

При оплате медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования оплата медицинской помощи осуществляется на основании Акта оплаты счёта (реестра счёта) медицинской организации за медицинскую помощь (приложение 1 к Положению о Порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы), исходя из общего расчётного объёма подушевого финансирования, результатов горизонтальных расчётов с другими медицинскими организациями, а также стоимости отдельных медицинских услуг, для которых применяется способ оплаты за единицу объёма - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, за законченный или прерванный случай госпитализации, за вызов.

При применении способа оплаты медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования в реестре счетов регистрируются персонифицированные сведения об оказанной медицинской помощи, которые используются в целях формирования статистических данных. Указанные сведения не участвуют в расчёте стоимости оказанной медицинской помощи.

При применении способа оплаты за единицу объёма медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение за законченный или прерванный случай госпитализации, за вызов:

1. стоимость амбулаторно-поликлинической медицинской помощи рассчитывается как произведение тарифа услуги на количество оказанных услуг.

2. стоимость лечения в отделении дневного стационара рассчитывается с учётом тарифа на законченный (прерванный) случай госпитализации, за исключением:

– услуг «97001», «97002», «197001», «197002», «197003», «97005», «97008», «97009», «97010», «97030», «97189» – «97192», «197010», «197011» стоимость которых рассчитывается как произведение тарифа пациенто-дня на число дней фактического посещения дневного стационара;

– услуг, включённых в справочник «lr_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», не равным «0», для которых в счёте за оказанную медицинскую помощь зарегистрированы лекарственные препараты, включённые в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС и приобретённые медицинской организацией за счёт средств ОМС, оплате подлежит как сама медицинская услуга, так и соответствующие лекарственные препараты в соответствии с Порядком учёта и оплаты противоопухолевой терапии пациентов при злокачественных новообразованиях в условиях круглосуточного и дневного стационара, включённым в Тарифное соглашение;

Прерванный случай госпитализации в дневной стационар оплачивается исходя из количества койко-дней, фактически проведённых пациентом в отделении дневного стационара. Стоимость одного пациенто-дня приведена в справочнике «tarimu» пакета НСИ АИС ОМС. Максимальная стоимость оплаты комплексной медицинской услуги по пациенто-дням не может превышать тарифа на законченный случай, установленного для данной услуги.

3. стоимость лечения в отделении круглосуточного стационара (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) рассчитывается с учётом тарифа на законченный (прерванный) случай госпитализации.

Законченный случай госпитализации оплачивается по полной стоимости тарифа комплексной медицинской услуги. Длительность нахождения пациента в стационаре при этом не учитывается, при условии соблюдения требований п. 3.3.1 настоящей Инструкции.

Прерванный случай госпитализации оплачивается исходя из количества койко-дней, проведённых пациентом в отделении стационара. Стоимость одного койко-дня приведена в справочнике «tarimu» пакета НСИ АИС ОМС. Максимальная стоимость оплаты комплексной медицинской услуги по койко-дням не может превышать тарифа на законченный случай, установленного для данной услуги (за исключением услуги «83050», не имеющей предельной длительности).

В случае лечения пациента в рамках одной госпитализации в двух и более отделениях оплачиваются все периоды лечения (в соответствии с кодами услуг и кодами прерванности) (за исключением лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов). Одновременно оплачиваются услуги гемодиализа, дополнительные оперативные вмешательства, услуги, оказанные выездными бригадами и иные услуги, указанные в п. 3.3.15 настоящей Инструкции.

Стоимость законченного случая лечения по МС (код «0») в отделениях реанимации и интенсивной терапии больницы для детского населения (раздел «183» МГР) рассчитывается как произведение тарифа на количество койко-дней пребывания в отделении.

При учёте медицинской помощи с использованием кодов комплексных медицинских услуг, включённых в справочник «lr_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», не равным «0», для которых в счёте за оказанную медицинскую помощь зарегистрированы лекарственные препараты, включённые в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС и приобретённые медицинской организацией за счёт средств ОМС, оплате подлежит как сама медицинская услуга, так и соответствующие лекарственные препараты в соответствии с Порядком учёта и оплаты противоопухолевой терапии пациентов при злокачественных новообразованиях в условиях круглосуточного и дневного стационара, включённым в Тарифное соглашение.

4. стоимость лечения в отделении круглосуточного стационара (высокотехнологичная медицинская помощь) оплачивается по полной стоимости тарифа на комплексную медицинскую услугу. Длительность нахождения пациента в стационаре при этом не учитывается. Дополнительные услуги, оказанные в период госпитализации (включая, периоды нахождения в других отделениях (в том числе, реанимационном), гемодиализ, дополнительные оперативные вмешательства и др.), не оплачиваются. Исключение составляют медицинские услуги раздела «49» МГР, оказанные пациентам с острым коронарным синдромом при получении медицинских услуг «200518», «200519», «200520», «200522», «200523», «200524».

5. стоимость вызова бригады скорой медицинской помощи или бригады неотложной медицинской помощи устанавливается равной тарифу на соответствующую медицинскую услугу.

Коды простых медицинских услуг приведены в справочнике «reesus» пакета НСИ АИС ОМС. При этом перечень простых и комплексных медицинских услуг, финансируемых за счёт средств подушевого финансирования, приведён в Приложении № 1.5.2 к Тарифному соглашению.

Коды комплексных медицинских услуг приведены в справочнике «reesms» пакета НСИ АИС ОМС.

Коды комплексных медицинских услуг высокотехнологичной медицинской помощи приведены в справочнике «reesvr» пакета НСИ АИС ОМС.

Тарифы на простые и комплексные медицинские услуги, применяемые при оплате за единицу объёма - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, за законченный или прерванный случай госпитализации, за вызов, указаны в справочнике «tarimu» пакета НСИ АИС ОМС.

Для медицинских услуг высокотехнологичной медицинской помощи, включённых в Приложение № 9.1 к Тарифному соглашению и оказанных в рамках территориальной программы ОМС (лицам, застрахованным в городе Москве), осуществляется доплата за каждый случай оказания медицинской помощи в размере, установленном Приложением № 9.1 к Тарифному соглашению, с учётом результатов медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи.

Подробная техническая информация по правилам:

- расчёта длительности случаев госпитализации в КС, госпитализации в ДС, госпитализации по ВМП, госпитализации по ВМП (дневной стационар), случаев госпитализации на диагностическую койку приёмного отделения;

- расчёта стоимости случаев госпитализации в КС, госпитализации в ДС, госпитализации по ВМП, госпитализации по ВМП (дневной стационар), случаев госпитализации на диагностическую койку приёмного отделения;

- расчёта стоимости применяемых лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, имплантируемых в организм человека;

- правила округления стоимостей при расчёте;
- правила вычисления признака «F_TYPE» (тип финансирования медицинской услуги);

Приведены в разделе 2 Регламента информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования г. Москвы с использованием веб-сервисов.

4.1. Основные принципы оплаты медицинской помощи в рамках системы подушевого финансирования

Порядок расчёта средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, получающими финансирование по подушевым нормативам на прикрепившихся лиц, в том числе, поликлиническими отделениями стационаров, имеющими прикрепившихся лиц, в том числе, медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», приведён в Приложении № 12 к Тарифному соглашению.

В рамках системы горизонтальных расчётов:

1) дополнительно к объёму средств, рассчитанных по подушевым нормативам на прикрепившихся лиц, медицинская организация получает финансовые средства за медицинские услуги, оказанные лицам, прикрепившимся к иной медицинской организации, финансируемой по подушевым нормативам;

2) объем средств, рассчитанных по подушевым нормативам на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, уменьшается в случае оказания прикрепившимся лицам медицинских услуг в иной медицинской организации, с целью возмещения средств, затраченных на оказание медицинских услуг;

4.2. Особые условия оплаты медицинской помощи, оказанной в подразделении стационара, оказывающем амбулаторные услуги

Порядок оплаты работы поликлинического отделения, имеющего прикрепившихся лиц, входящего в структуру стационара, соответствует правилам, установленным для медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевым нормативам (далее - МОПФ). Услуги, оказанные в поликлинических отделениях стационара прикрепившимся к данной медицинской организации лицам, оплачиваются из объёма средств ОМС, рассчитанных по подушевым нормативам финансирования.

Услуги по лабораторной диагностике, выполненные в централизованных клиничко-диагностических лабораториях лицам, прикрепленным к иным МО, оплачиваются в системе горизонтальных расчётов.

При выполнении госпитализированным пациентам биопсии, цитологических и/или иных исследований в другой медицинской организации, эти услуги учитываются медицинской организацией-исполнителем, как выполненные в амбулаторных условиях, и оплачиваются в соответствии с тарифами на медицинские услуги в системе ОМС города Москвы при наличии в первичной медицинской документации направления медицинской организации – заказчика. При расчёте со стационаром, в котором пациент получал медицинскую помощь, оплачивается лечение по тарифу соответствующей медицинской услуги.

Дополнительно оплачивается медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

4.3. Особые условия оплаты медицинской помощи, связанной с беременностью и родами

Оплата медицинских услуг, связанных с наблюдением беременной и родами осуществляется с использованием тарифов соответствующих простых и комплексных медицинских услуг.

Медицинские услуги, оказанные в период беременности по поводу заболеваний иных органов и систем (экстрагенитальная патология), такие как консультации врачей-специалистов (за исключением врачей акушеров-гинекологов), диагностические исследования, лечебно-профилактические мероприятия и др., оказываются по месту прикрепления пациентки. Учёт и оплата медицинской помощи в данных случаях осуществляется на общих основаниях, в соответствии с правилами, изложенными в соответствующих разделах настоящей Инструкции.

При условии выполнения в одной медицинской организации следующих требований:

- постановка женщин на учёт в срок до 12 недель беременности;
 - наблюдение пациенток в период беременности с выполнением всех необходимых диагностических и лечебных процедур;
 - родовспоможение в данной медицинской организации (одно юридическое лицо);
- осуществляется доплата в виде разницы между суммарной стоимостью оказанных медицинских услуг и нормативом подушевого финансирования на женщин в период беременности и родов.

При отсутствии возможности выполнения в данной медицинской организации отдельных скрининговых и лабораторных исследований, проведение их возможно в других медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС (в том числе в соответствии с распорядительными документами Департамента здравоохранения города Москвы); наличие направления на исследования обязательно. Оказание данных медицинских услуг не является причиной отказа в доплате в виде разницы между суммарной стоимостью оказанных медицинских услуг и нормативом подушевого финансирования на женщин в период беременности и родов.

4.4. Правила контроля на предмет превышения медицинской организацией объёмов медицинской помощи и её финансового обеспечения, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования

Общие положения по правилам контроля за превышением установленных объёмов медицинской помощи и/или её финансового обеспечения

Правила отнесения фактически выполненных объёмов медицинской помощи и её финансового обеспечения приведены в Структуре сервиса «Мониторинг» подсистемы ПУМП АИС ОМС (Приложение к Регламенту информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования г. Москвы с использованием веб-сервисов).

1.1. Контроль амбулаторно-поликлинической медицинской помощи ведётся на предмет превышения установленных годовых объёмов финансового обеспечения без учёта натуральных объёмов медицинской помощи и без учёта разделения на посещения и обращения. То есть на предмет превышения фактического объёма финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи над плановым значением.

Исключением является:

1. Отклонению от оплаты не подлежат услуги, оплачиваемые в рамках подушевого норматива финансирования, то есть медицинские услуги АПП, стоматологические услуги АПП и случаи госпитализации в ДС с использованием медицинских услуг раздела «97» / «197» / «897» / «997» МГР, имеющие значение «ТРN» = «р» / «q» / «n» (по справочнику пакета «geesus» НСИ АИС ОМС), маркированные значением параметра «F_TYPE» – «признак финансирования», равным:

- «fr» (оплачиваемые из средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц);
- «vz» (оплачиваемые из средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц путём проведения горизонтальных взаиморасчётов), оказанные в медицинской организации, имеющей прикрепленное население (для которой параметр «ТРN» или «ТРNS» = «1» / «2» / «3» по справочнику «sprlru» пакета НСИ АИС ОМС). Признак типа прикрепления определяется по типу услуги по справочнику пакета НСИ АИС ОМС «usvmp».

Контроль ПЭТ/КТ ведётся в рамках предельного годового объёма финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь, а также на предмет превышения соответствующих плановых натуральных объёмов медицинской помощи и её финансового обеспечения по параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС:

- «ПЭТ/КТ - всего, из них:»;
- «ПЭТ/КТ всего тела»;
- «ПЭТ/КТ головного мозга»;
- «ПЭТ/КТ предстательной железы».

Контроль параметра сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС «Предварительное обследование пациентов, поступающих в федеральные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при плановой госпитализации» ведётся в рамках предельного годового объёма финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь, а также на предмет превышения соответствующих плановых натуральных объёмов медицинской помощи и её финансового обеспечения.

Контроль строки «Диспансерное наблюдение» ведётся в рамках предельного годового объёма финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь, а также на предмет превышения соответствующих плановых объёмов или её финансового обеспечения данного вида медицинской помощи.

Контроль строки «Обращения по медицинской реабилитации» ведётся в рамках предельного годового объёма финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь, а также на предмет превышения соответствующих плановых объёмов или её финансового обеспечения данного вида медицинской помощи.

1.2. Контроль специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, ведётся на предмет превышения установленных Комиссией годовых натуральных объёмов медицинской помощи и объёмов её финансового обеспечения по отдельным параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС. Также контроль ведётся на предмет

исчерпания 50 % (по счетам за отчётные периоды с «января 2023 года» по «июнь 2023 года») или 75 % (по счетам за отчётные периоды с «июля 2023 года» по «сентябрь 2023 года») по нарастающему итогу с января 2023 года) от установленных Комиссией плановых годовых объёмов медицинской помощи и (или) её финансового обеспечения по соответствующему профилю / подпрофилю медицинской помощи (проводится, в медицинских организациях, подведомственных уполномоченному Правительством Москвы органу исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения). Контроль ведётся по отдельным параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС:

- профили медицинской помощи;
- параметры профилей медицинской помощи: «в т.ч. «акушерство» (с сохранением беременности)», «в т.ч. «гинекология», «в т.ч. в круглосуточном стационаре», «в т.ч. интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза и (или) имплантата с глюкокортикоидом», «ЛТ [2D]», «ВМП [ЛТ 3D-4D]», «в т.ч. досуточная диагностика и лечение в ССК», «в т.ч. досуточная диагностика и лечение»;
- параметры «ПРОЧИЕ...»;
- параметр «COVID-19» (за исключением контроля на предмет превышения 50 % или 75 % от установленных Комиссией годовых объёмов).

Исключение составляют:

- случаи оказания медицинской помощи, отнесённые к параметру сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС «в т.ч. в условиях СКП», контролируются только по годовым объёмам медицинской помощи и её финансового обеспечения, а также на предмет превышения 50% или 75% от установленных Комиссией годовых объёмов по соответствующему профилю в целом;

- случаи оказания медицинской помощи, отнесённые к параметру сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС «в т.ч. роды» контролируются только по годовым объёмам медицинской помощи и её финансового обеспечения по профилю «акушерство и гинекология» в целом;

- случаи оказания медицинской помощи в медицинских организациях, перечисленных в Приложении 2 к Регламенту информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования г. Москвы с использованием веб-сервисов, контролю на предмет превышения 50 % или 75 % от установленных Комиссией годовых объёмов не подлежат;

- случаи оказания медицинской помощи, отнесённые к параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС «в т.ч. проект 2» и «в т.ч. проект 3», контролю на предмет превышения 50 % или 75 % от установленных Комиссией годовых объёмов не подлежат.

1.3. Контроль медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, ведётся на предмет превышения установленных натуральных объёмов медицинской помощи и объёмов финансового обеспечения по предельным годовым показателям для медицинской помощи в условиях дневного стационара в целом (то есть на предмет превышения фактического объёма медицинской помощи и её финансового обеспечения по медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре, над плановым значением), а также по натуральным объёмам медицинской помощи и объёмам финансового обеспечения по отдельным параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС:

- параметр «Дневной стационар (без учёта диализа, ЭКО и эндоскопии)»;
- параметр «в т.ч. онкология (за исключением медицинской помощи детям)»;
- параметр «радиология, радиотерапия»;

- параметр «в т.ч. лучевая терапия (2D)»;
- параметр «в т.ч. ВМП (лучевая терапия 3D-4D)»;
- параметр «в т.ч. гематология (за исключением медицинской помощи детям)»;
- параметр «в т.ч. детская гематология и онкология»;
- параметр «Нефрология»;
- параметр «Заместительная почечная терапия, в т.ч.»;
- параметр «в т.ч. гемодиализ»;
- параметр «в т.ч. перитонеальный диализ»;
- параметр «ЭКО»;
- параметр «Эндоскопическая диагностика».

Общие положения по правилам оплаты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по отдельным профилям

При превышении установленных для Организации объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами, оказанной по коду медицинской услуги «76912», указанная медицинская услуга принимается к оплате в рамках общих установленных годовых/квартальных объемов медицинской помощи и её финансового обеспечения по профилю «акушерство и гинекология».

По итогам исполнения за 6 и 9 месяцев текущего финансового года объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами, в случае их превышения установленные объемы подлежат корректировке Комиссией за счет уменьшения установленных Организации объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (при наличии профицита – прогнозного невыполнения объема), оказываемой при патологии, связанной с беременностью, при гинекологической патологии, а также за счёт других профилей медицинской помощи, но в пределах общего установленного объема предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

В случае превышения по итогам исполнения за 6 и 9 месяцев текущего финансового года общего установленного объема предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи за счёт перевыполнения установленных объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами, установленные объемы по профилю «Акушерство и гинекология» корректируются Комиссией с соответствующим увеличением общего установленного объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

В случае невыполнения установленных объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами, объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи перераспределяются Комиссией для увеличения установленных объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при гинекологической патологии (данные объемы, установленные Комиссией медицинская организация вправе самостоятельно перенести в СКП), а также по другим профилям медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Обеспечение медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при патологии, связанной с беременностью, по кодам медицинских услуг «76901» - «76911», осуществляется в рамках объемов медицинской помощи и её финансового обеспечения, установленных Комиссией.

В случае невыполнения установленных объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при патологии, связанной с беременностью, объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи перераспределяются Комиссией для увеличения установленных объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами или оказываемой при гинекологической патологии (данные объемы, установленные Комиссией медицинская организация вправе самостоятельно перенести в СКП) а также для увеличения объемов по другим профилям медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при гинекологической патологии, по кодам медицинских услуг: «76080», «76082», «76090», «76091», «76092», «76120», «76130», «76151», «76160», «76161», «76913», «76917», а также по кодам медицинских услуг: «176080», «176100», «176110», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

В случае невыполнения установленных объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при гинекологической патологии в стационарных условиях, объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи перераспределяются Комиссией для увеличения установленных объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами или оказываемой в СКП, а также для увеличения объемов по другим профилям медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Хирургия», оказываемой по кодам медицинских услуг: «72081», «72110», «72166», «72180», «72181», «72220», «72224», «72500», «72440», «72460», «72480», «72150», «72251», «72162», «72300», «72080», «72430», «72171», «72121», «72100», «72038», «72250», «72460», «72252», «72016», «72260», «72400», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Медицинская помощь по профилю «Хирургия» по кодам медицинских услуг: «72450», «72470» оказывается только в условиях СКП. В случае предоставления указанных медицинских услуг в условиях стационара круглосуточного пребывания, оплата осуществляется только по результатам проведения медико-экономической экспертизы.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Хирургия» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Детская хирургия», оказываемой по кодам медицинских услуг: «172100», «172140», «172170», «172180», «172220», «172270», «172330», «172370», «172035», «172320», «172067», «172065», «172210», «172019», «172340», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Детская хирургия» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Травматология и ортопедия», оказываемой по кодам медицинских услуг: «79003», «79250», «79290», «79560», «79380», а также по кодам медицинских услуг: «179150», «179320», «179380», «179450», «179460», «179470», «179440», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Травматология и ортопедия» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Оториноларингология» оказываемой по кодам медицинских услуг: «68010», «68020», «68030», «68090», «68100», «68101», «68110», «68140», «68160», «68002», а также по кодам медицинских услуг: «168010», «168020», «168040», «168070», «168080», «168150», «168160», «168162», «168200», «168230», «200561», «200357», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Оториноларингология» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Урология», оказываемой по кодам медицинских услуг: «75010», «75021», «75030», «75050», «75060», «75070», «75080», «75090», «75100», «200511», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Урология» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Детская урология-андрология», оказываемой по кодам медицинских услуг: «175010», «175050», «175060», «175080», «175090», «175110», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Детская урология-андрология» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Офтальмология», оказываемой по кодам медицинских услуг: «67030», «67130», «67170», «67013», а также по коду: «167160», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Офтальмология», оказываемой по коду медицинской услуги «67160», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате только для СКП.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Офтальмология» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Обеспечение медицинской помощи по профилю «Офтальмология», оказываемой по коду медицинской услуги: «67013» (интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза и (или) имплантата с глюкокортикоидом) осуществляется в рамках объемов медицинской помощи и её финансового обеспечения по профилю «офтальмология», установленных Комиссией для каждой медицинской организации индивидуально.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», оказываемой по кодам медицинских услуг: «73150», «73090», «73020», «73030», «73070», «73110», «73040», «73080», «73140», а также по кодам медицинских услуг: «173170», «173020», «173110», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Онкология», оказываемой по кодам медицинских услуг: «90010», «90050», «90060», «90090», «90100», «90121», «90131», «90135», «90160», «90230», «90251», «90260», «90280», «90310», «90340», «90345», «90420», «72360», «75120», «75050», «75130», «73030», «73050», «72440», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Онкология» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия», оказываемой по кодам медицинских услуг: «82015», «82011», «82012», «82027», «82028», «82017», «82010», «82018», «82019», «82021», «82029», устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Для отдельных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы, оказывающих медицинскую помощь пациентам с подтверждённым диагнозом новой коронавирусной инфекцией COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19, решением Комиссии могут быть установлены на эти цели дополнительные объёмы медицинской помощи и финансового обеспечения».

Раздел 5. Приложения

Приложение 1
к Инструкции по учёту
медицинской помощи

ПРОТОКОЛ заседания врачебной комиссии

" ___ " _____ 20__ г.

Врачебная комиссия _____ (наименование медицинской организации)
в составе (Ф.И.О., должность):

рассмотрев случай оказания медицинской помощи пациенту (Ф.И.О., возраст):

медицинская карта стационарного больного N _____, пришла к выводу, что код по МКБ-10 _____, соответствующий основному заболеванию и не нашедший отражения в стандартах стационарной медицинской помощи, в целях учёта в системе ОМС может быть отнесён к коду медицинской услуги Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС _____ (код услуги).

Председатель комиссии:

_____ (Ф.И.О., подпись)

Члены комиссии:

_____ (Ф.И.О., подпись)

_____ (Ф.И.О., подпись)

_____ (Ф.И.О., подпись)

ПРОТОКОЛ
заседания врачебной комиссии

" ___ " _____ 20__ г.

Врачебная комиссия _____ (наименование медицинской организации)
в составе (Ф.И.О., должность):

рассмотрев случай оказания медицинской помощи пациенту (Ф.И.О., возраст):

медицинская карта стационарного больного N _____, пришла
к выводу, что хирургическое вмешательство, выполненное по показаниям в связи
с наличием сопутствующей патологии _____ (код по МКБ-10),
подлежит дополнительному учёту в системе ОМС с использованием кода услуги
_____ Московского городского реестра медицинских услуг в системе
ОМС города Москвы.

Председатель комиссии:

(Ф.И.О., подпись)

Члены комиссии:

(Ф.И.О., подпись)

(Ф.И.О., подпись)

(Ф.И.О., подпись)

Учёт скорой и неотложной медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

1. Скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, оказывается на основе порядков оказания скорой медицинской помощи, стандартов скорой медицинской помощи, утверждённых приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, разработанных на их основе Алгоритмов оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы, утверждённые приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 10.10.2018 № 693.

2. Учёт скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, а также скорой специализированной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных и стационарных условиях выездными экстренными консультативными бригадами, осуществляется за единицу объёма медицинской помощи (вызов бригады скорой медицинской помощи) в соответствии с профилем бригады скорой медицинской помощи:

2.1 лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве;

2.2 лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах Российской Федерации;

2.3 лицам, не застрахованным и/или не идентифицированным в системе ОМС.

Идентификация и определение страховой принадлежности пациента проводится в соответствии с алгоритмом, изложенным в п. 2.1.8 настоящей Инструкции.

3. Учёт вызовов, оказанных общепрофильными и специализированными бригадами, осуществляется с использованием кодов диагнозов заболеваний (состояний) в соответствии с МКБ-10 и кодов соответствующих медицинских услуг, включённых в разделы «96» / «196» МГР.

4. Учёт оказанной медицинской помощи взрослому и детскому населению в рамках неотложных мероприятий бригадами отделения неотложной медицинской помощи ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы» осуществляется в соответствии с кодами медицинских услуг: «56031» – «Оказание неотложной помощи взрослому населению», «156002» – «Оказание неотложной помощи детскому населению» (Приложение № 6 к Тарифному соглашению), и отражается в формах федерального статистического наблюдения, как посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Медицинская документация оформляется в соответствии с требованиями приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 26.11.2021 № 1174 «О совершенствовании работы отделений медицинской помощи в неотложной форме взрослому населению и детскому населению Государственного бюджетного учреждения города Москва «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы».

5. Согласно приказу МЗСР РФ от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения) больницы скорой медицинской помощи» регистрация вызова оказанной скорой медицинской помощи осуществляется в «Карте вызова скорой медицинской помощи» (учётная форма № 110/у); при медицинской

эвакуации заполняется дополнительно «Сопроводительный лист и талон к сопроводительному листу» (учётная форма № 114/у.)

6. В первичной медицинской документации в обязательном порядке отражаются следующие сведения:

6.1 номер наряда (9-ти значное число);

6.2 номер подстанции;

6.3 номер бригады;

6.4 дата и время:

6.4.1 приёма вызова;

6.4.2 передачи вызова бригаде;

6.4.3 прибытия на место пребывания пациента;

6.4.4 запроса места на медицинскую эвакуацию (начало эвакуации); (заполняется при осуществлении медицинской эвакуации);

6.4.5 прибытия в медицинскую организацию (заполняется при осуществлении медицинской эвакуации);

6.4.6 окончания вызова и/или отмены вызова;

6.5 адрес вызова;

6.6 повод к вызову;

6.7 данные пациента (заполняются при наличии пациента на месте вызова и возможности получения указанных данных):

6.7.1 ФИО, пол и дата рождения пациента;

6.7.2 серия и номер паспорта;

6.7.3 серия и номер полиса обязательного медицинского страхования пациента;

6.8 диспетчером также заполняется учётная форма № 109/у «Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи».

7. Результаты вызовов и правила заполнения первичной медицинской документации представлены в таблице.

Код результата вызова	Наименование результата вызова	Заполнение карты вызова
01	Больного нет на месте	В карте вызова указывается причина отсутствия пациента (со слов родственников, очевидцев). При отсутствии очевидцев указывается: «больного и очевидцев на месте нет».
02	Ложный вызов	В карте вызова указывается, что по данному адресу или к данному лицу СМП не вызывали.
03	Адрес не найден	В карте вызова указывается, что данный адрес не найден (или не существует).
04	Вызов выполнен другой медицинской бригадой, в том числе другой мед. организацией	В карте вызова указываются данные бригады, выполнившей вызов: номер бригады, номер подстанции, номер наряда, либо – данные коммерческой (ведомственной) СМП.
05	Отказ пациента от осмотра	Указывается причина отказа, возможно, со слов законного представителя. В графе «отказ от медицинского вмешательства» указывается фамилия, инициалы и подпись пациента (его законного представителя)
06	Вызов отменен	Вызовы с указанным результатом оплате из средств ОМС не подлежат
07	Вызов не выполнен по	Вызовы с указанным результатом оплате из средств ОМС

	техническим причинам	не подлежат
08	Здоров (на момент осмотра)	Карта вызова заполняется полностью
09	Доставлен в морг	Не подлежит оплате из средств ОМС
10	Констатация смерти	Указывается анамнез (со слов родственников, очевидцев при их наличии), данные объективного осмотра (возможно описывать текстом, минуя раздел "Объективно"). Указывается время констатации смерти.
11	Смерть на месте вызова при бригаде СМП	Карта заполняется полностью при отсутствии у пациента нарушения витальных функций. При нарушении витальных функций допустимо описание объективных данных не в полном объеме. При наступлении биологической смерти указываются имеющиеся достоверные признаки биологической смерти. Указывается время констатации смерти.
12	Смерть в автомобиле СМП	Карта заполняется полностью при отсутствии у пациента нарушения витальных функций. При нарушении витальных функций допустимо описание объективных данных не в полном объеме. При наступлении биологической смерти указываются имеющиеся достоверные признаки биологической смерти и время констатации смерти.
13	Доставлен в больницу	Код применяется при любой медицинской эвакуации, независимо от того, кем направлен пациент. Заполнение карты в полном объеме. Указывается время доставки в больницу, Фамилия и/или подпись медицинского работника, принявшего пациента.
14	Оставлен на месте	Карта заполняется полностью.
15	Отказ от эвакуации (госпитализации)	Заполнение карты в полном объеме. В графе «отказ от медицинской эвакуации» указывается дата и время отказа, фамилия, инициалы и подпись пациента (его законного представителя)
16	Госпитализация с привлечением сотрудников полиции	Вызовы с указанным результатом оплате из средств ОМС не подлежат
17	Доставлен в травматологический пункт	Заполнение карты в полном объеме. Указывается время доставки в травматологический пункт, фамилия и должность медицинского работника принявшего пациента.
18	Доставлен в вытрезвитель	Не подлежит оплате из средств ОМС
19	Доставлен домой (из МО)	Не подлежит оплате из средств ОМС
20	Передан другой бригаде	Заполнение карты в полном объеме. Указывается номер подстанции и номер бригады, которой передан пациент.
21	Медицинская эвакуация из стационара в стационар	Заполнение карты в полном объеме с указанием статуса на момент приёма пациента бригадой, времени доставки в другой стационар, фамилии и должности медицинского работника, принявшего пациента.
22	Амбулаторный гемодиализ	Вызовы с указанным результатом оплате из средств ОМС не подлежат
23	Выполнение дежурства	Не подлежит оплате из средств ОМС
24	Выполнение спецнаряда	Не подлежит оплате из средств ОМС
25	Оставлен на месте + актив в поликлинику	Заполнение карты в полном объеме. Указывается наименование/номер медицинской организации (филиала), в которой оставлен активный вызов.

		При передаче информации об активе в автоматическом режиме через ЕМИАС, информация хранится в КАСУ Станции. При передаче актива в поликлинику по телефону, информация о нем регистрируется в Журнале по передаче активных вызовов на подстанции.
26	Оставлен на месте + актив СМП	Заполнение карты в полном объёме
27	Отказ от эвакуации (госпитализации) + актив в поликлинику	Заполнение карты в полном объёме. В графе «отказ от медицинской эвакуации» указывается дата и время отказа, фамилия, инициалы и подпись пациента (его законного представителя). Указывается наименование медицинской организации (филиала), время передачи актива, ФИО, должности медицинского работника, принявшего информацию. При передаче информации об активе в автоматическом режиме через ЕМИАС, информация хранится в КАСУ Станции. При передаче актива в поликлинику по телефону, информация о нем регистрируется в Журнале по передаче активных вызовов на подстанции.
28	Отказ от эвакуации (госпитализации) + актив СМП	Заполнение карты в полном объёме. В графе «отказ от медицинской эвакуации» указывается дата и время отказа, фамилия, инициалы и подпись пациента (его законного представителя).
29	Ушел от бригады СМП	Заполнение карты в полном объёме (в случае ухода пациента после опроса и осмотра).
30	Оставлен на месте + актив ОНМП	Заполнение карты в полном объёме
31	Отказ от госпитализации + актив ОНМП	Заполнение карты в полном объёме. В графе «отказ от медицинской эвакуации» указывается дата и время отказа, фамилия, инициалы и подпись пациента (его законного представителя).
32	Оставлен на месте + вызвана бригада отдела эвакуации для транспортировки	Не подлежит оплате из средств ОМС
33	Мёртвый плод	Указывается анамнез (со слов родственников, очевидцев при их наличии), данные объективного осмотра, (возможно описывать текстом, минуя раздел "Объективно"). Указывается время констатации смерти.
34	Оставлен на месте + рекомендовано обратиться в поликлинику (иную медицинскую организацию)	Заполнение карты в полном объёме Указывается, что рекомендовано обратиться в поликлинику (иную медицинскую организацию или врачу определённой специальности).
35	Отказ от медицинской эвакуации + рекомендовано обратиться в поликлинику (иную медицинскую организацию)	Заполнение карты в полном объёме. В графе «отказ от медицинской эвакуации» указывается дата и время отказа, фамилия, инициалы и подпись пациента (его законного представителя). Указывается, что рекомендовано обратиться в поликлинику (иную медицинскую организацию или врачу определённой специальности).
36	На консультацию	Не подлежит оплате из средств ОМС
37	После консультации	Не подлежит оплате из средств ОМС
38	Доставлен на вокзал/в аэропорт	Не подлежит оплате из средств ОМС
39	Доставка врача для консультации или проведения медицинской манипуляции: 1) для консультации	1) К карте должна быть приложена копия эпикриза

	<p>2) для проведения медицинской манипуляции</p> <p>3) выполнение консультативного вызова врачом экстренной консультативной выездной бригады СМП</p>	<p>на отдельном листе, или - указано, что осуществлена доставка врача (указать специальность) на консультацию, с обязательным указанием диагноза или заключения врача-консультанта. Если диагноз врачом-специалистом не установлен, выносится диагноз, с которым пациент находится на лечении.</p> <p>2) В случае доставки врача на дом для проведения определённой манипуляции (в том числе – замена цистостомической трубки) карта заполняется полностью: осмотр врача (указать специальность), диагноз и манипуляция.</p> <p>И в том и в другом случае врачи, доставленные к пациенту или в медицинскую организацию, ставят свою подпись, тем самым подтверждая, что диагноз или выполненная процедура указаны правильно.</p> <p>3) Заполнение карты в полном объёме</p>
43	Отказ от доставки в АКЦТ + рекомендовано обратиться в поликлинику	<p>Заполнение карты в полном объёме. В графе «отказ от медицинской эвакуации» указывается дата и время отказа, фамилия, инициалы и подпись пациента (его законного представителя). Указывается наименование медицинской организации (филиала), время передачи актива, ФИО, должности медицинского работника, принявшего информацию. При передаче информации об активе в автоматическом режиме через ЕМИАС, информация хранится в КАСУ Станции.</p> <p>При передаче актива в поликлинику по телефону, информация о нем регистрируется в Журнале по передаче активных вызовов на подстанции.</p>
50	Вызов бригады СМП	Используется для учёта вызовов бригад неотложной медицинской помощи
51	Отказ от вызова бригады СМП+актив в ОНМПВиДН	Используется для учёта вызовов бригад неотложной медицинской помощи
52	Отказ от вызова бригады СМП+актив в поликлинику	Используется для учёта вызовов бригад неотложной медицинской помощи
53	Отказ от вызова бригады СМП+рекомендовано обратиться в поликлинику	Используется для учёта вызовов бригад неотложной медицинской помощи

Ф.И.О. пациента _____

1. ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ

Диагноз (по МКБ – 10): _____

Направление с целью уточнения диагноза¹:

- к онкологу
- на биопсию
- на дообследование
- для определения тактики обследования и лечения

2. СВЕДЕНИЯ О СЛУЧАЕ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Диагноз (по МКБ – 10): _____

Стадия заболевания²: _____ **Стадия заболевания по TNM³:** T_____ N_____ M_____

- наличие отдаленных метастазов (при прогрессировании/рецидиве)

Заболевание выявлено: впервые ранее

Категория пациента⁴:

- Первичное лечение (лечение пациента за исключением прогрессирования и рецидива)
- Лечение при рецидиве
- Лечение при прогрессировании
- Динамическое наблюдение
- Диспансерное наблюдение (здоров/ремиссия)

Гистология⁵:

Гистологический тип опухоли: Дата взятия биопсийного материала «__» _____ 20__ г.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Эпителиальный | <input type="checkbox"/> Неэпителиальный |
| <input type="checkbox"/> Почечноклеточный | <input type="checkbox"/> Непочечноклеточный |
| <input type="checkbox"/> Эндометриоидный | <input type="checkbox"/> Неэндометриоидный |
| <input type="checkbox"/> Папиллярный | |
| <input type="checkbox"/> Фолликулярный | |
| <input type="checkbox"/> Гюртклеточный | |
| <input type="checkbox"/> Медуллярный | |
| <input type="checkbox"/> Анапластический | |

Гистологический тип клеток

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Светлоклеточный | <input type="checkbox"/> Несветлоклеточный |
| <input type="checkbox"/> Мелкоклеточный | <input type="checkbox"/> Немелкоклеточный |
| <input type="checkbox"/> Базальноклеточный | <input type="checkbox"/> Небазальноклеточный |
| <input type="checkbox"/> Плоскоклеточный | <input type="checkbox"/> Неплоскоклеточный |

Степень дифференцировки ткани опухоли:

- Низкодифференцированная

- Умереннодифференцированная
- Высокодифференцированная
- Не определена

Иммуногистохимия / маркёры⁶:

- Наличие мутаций в гене RAS: да нет
- Наличие мутаций в гене EGFR: да нет
- Наличие транслокации в генах ALK или ROS1: да нет
- Уровень экспрессии белка PD-L1: повышенная экспрессия
 отсутствие повышенной экспрессии
- Наличие мутаций в гене BRAF: да нет
- Наличие мутаций в гене c-Kit: да нет не определено
- Наличие рецепторов к эстрогенам: да нет
- Наличие рецепторов к прогестерону: да нет
- Индекс пролиферативной активности экспрессии Ki-67: высокий низкий
- Уровень экспрессии белка HER2: гиперэкспрессия
 отсутствием гиперэкспрессии
 исследование не проводилось
- Наличие мутаций в генах BRCA: да нет

Проведение консилиума⁷: «__» _____ 20__ г.

- определение тактики обследования
- определение тактики лечения
- изменение тактики лечения

Проведённое лечение⁸:

- Хирургическое лечение
 - Первичной опухоли, в том числе с удалением регионарных лимфатических узлов
 - Метастазов
 - Симптоматическое / прочее
 - Выполнено хирургическое стадирование
 - Регионарных лимфатических узлов без первичной опухоли
- Лекарственная противоопухолевая терапия

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Неoadьювантная <input type="checkbox"/> Адьювантная <input type="checkbox"/> Периоперационная (до хирургического лечения) <input type="checkbox"/> Периоперационная (после хирургического лечения) <input type="checkbox"/> Первая линия <input type="checkbox"/> Вторая линия <input type="checkbox"/> Третья линия <input type="checkbox"/> Линия после третьей 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Первый цикл <input type="checkbox"/> Последующие циклы (кроме последнего) <input type="checkbox"/> Последний цикл (лечение прервано) <input type="checkbox"/> Последний цикл (лечение завершено)
---	--

Назначенные лекарственные препараты⁹:

Номер схемы: _____

	МНН	Режим дозирования
1.	_____	_____
2.	_____	_____

3. _____
4. _____

- Лучевая терапия
 - Первичной опухоли / ложа опухоли
 - Метастазов
 - Симптоматическая

СОД: _____

- Химиолучевая терапия
 - Лучевая терапия первичной опухоли / ложа опухоли
 - Лучевая терапия метастазов
 - Симптоматическая лучевая терапия

СОД: _____

Назначенные лекарственные препараты¹⁰:

Номер схемы: _____

	МНН	Режим дозирования
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

- Неспецифическое лечение (осложнение противоопухолевой терапии, установка/замена порт системы (катетера), прочее)

Медицинские противопоказания к оказанию медицинской помощи и дата регистрации¹¹:

- Противопоказания к проведению хирургического лечения «__» _____ 202__ г
- Противопоказания к проведению химиотерапевтического лечения «__» _____ 202__ г
- Противопоказания к проведению лучевой терапии «__» _____ 202__ г

Отказ от проведения лечения и дата регистрации¹²:

- Отказ от проведения хирургического лечения «__» _____ 202__ г
- Отказ от проведения химиотерапевтического лечения «__» _____ 202__ г
- Отказ от проведения лучевой терапии «__» _____ 202__ г

Примечание:

¹Раздел «Направление с целью уточнения диагноза» заполняется при подозрении на злокачественное новообразование.

^{2,3,4}Разделы «Стадия заболевания», «Стадия заболевания по TNM», «Категория пациента» заполняются при установленном диагнозе злокачественного новообразования.

⁵Раздел «Гистология» заполняется при установленном диагнозе злокачественного новообразования.

Для диагнозов С15, С16, С18, С19, С20, С25, С32, С34, С50, С53, С56, С61, С67 указывается, является ли опухоль эпителиальной.

Для диагнозов С15, С16 (эпителиальная опухоль) указывается, является ли опухоль аденокарциномой.

Для диагноза С34 (эпителиальная опухоль) указывается, является ли опухоль мелкоклеточной.

Для диагноза С44 (эпителиальная опухоль) указывается, является ли опухоль базальноклеточной или плоскоклеточной.

Для диагноза С54 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль эндометриоидной, а также для эндометриоидной опухоли указывается степень дифференцировки опухоли.

Для диагноза С56 (эпителиальная опухоль) указывается степень дифференцировки опухоли.

Для диагноза С64 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль почечноклеточной, а также для почечноклеточной опухоли указывается, является ли она светлоклеточной.

Для диагноза С73 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль папиллярной, фолликулярной, гюртоклеточной, медуллярной или анапластической.

⁶Раздел «Иммуногистохимия/маркеры» заполняется каждый раз при наличии сведений о результатах исследований.

Для диагноза С16 (эпителиальная опухоль) указывается уровень экспрессии белка HER2.

Для диагнозов С18, С19, С20 (эпителиальная опухоль) указывается наличие мутаций в генах RAS и BRAF.

Для диагноза С34 (эпителиальная опухоль) указывается наличие мутаций в гене EGFR, наличие транслокации в генах ALK или ROSI, уровень экспрессии белка PD-L1.

Для диагноза С43 указываются наличие мутаций в гене BRAF, наличие мутаций в гене c-Kit.

Для диагноза С50 (эпителиальная опухоль) указывается наличие рецепторов к эстрогенам, наличие рецепторов к прогестерону, индекс пролиферативной активности экспрессии Ki-67, уровень экспрессии белка HER2, наличие мутаций в генах BRCA.

⁷Раздел «Проведение консилиума» заполняется каждый раз при наличии сведений о результатах проведенного консилиума.

⁸Раздел «Проведенное лечение» заполняется при оказании соответствующей медицинской помощи.

^{9,10}Указывается номер схемы лекарственной терапии, либо МНН и режим дозирования лекарственного препарата.

¹¹Раздел «Медицинские противопоказания к оказанию медицинской помощи» заполняется при регистрации медицинских противопоказаний.

¹²Указывается в случае оформления отказа от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».