

ИНСТРУКЦИЯ ПО УЧЕТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

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

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

При наличии разночтений между вышеуказанными документами действуют требования настоящей Инструкции.

Более детальные разъяснения об особенностях учета 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, подтвержденного 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 определенного этапа лечения (стационарный, реабилитационный и т.д.).

Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС – 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 включенное 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 приемки, обработки и хранения счетов за оказанную медицинскую помощь.

Раздел 2.

Общие принципы учета. Правила заполнения реестра счета

Общие принципы персонализированного учета 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 новорожденного). При отсутствии указывается «Неизвестно».

При различиях в написании фамилии в паспорте и полисе застрахованного, вносятся данные, указанные в полисе ОМС.

Заполняется кириллицей. Первая буква заглавная, далее строчные. Каждая часть составной фамилии начинается с заглавной буквы, записывается через тире или один пробел в соответствии с записью в документе ОМС.

2.1.2. Имя пациента

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

2.1.3. Отчество пациента

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

При отсутствии отчества не заполняется. Отсутствие отчества должно быть подтверждено соответствующим кодом кодификатора «Особый случай в реестре пациентов» D_TYPE=2 по кодификатору «OsoreeXX».

Заполнение обязательно при наличии отчества в документе ОМС.

2.1.4. Пол пациента

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

Для незарегистрированного новорожденного 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 новорожденного, в том числе в случае регистрации незарегистрированных новорожденных 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 "OsoreeXX".

Таблица 1. Особый случай в реестре пациентов

D_TYPE	наименование
0	Обычное кодирование
b	Обычное кодирование прикрепленных пациентов
1	Направление выдано МО иной территории (для направлений на ЭКО при изменении территории страхования на г. Москва)
2	Отсутствует отчество в документе пациента
f	Отсутствует отчество в документе застрахованного, прикрепленного к МО
3	Полис пациента подтвержден копией
7	Реквизиты полиса и пациента подтверждены в копии в медицинской документации
8	Незарегистрированный новорожденный или мертворожденный в отсутствие законного представителя (для неидентифицированных)
9	Незарегистрированный новорожденный или мертворожденный в присутствии законного представителя
g	Незарегистрированный новорожденный или мертворожденный - у лиц, прикрепленных к МО
d	Совпадение ФИО (полных) и даты рождения у различных физических лиц
h	Совпадение ФИО (полных) и даты рождения у различных физических лиц, прикрепленных к МО
W	Отсутствуют месяц и день рождения в документе, удостоверяющем личность пациента / представителя
i	Отсутствуют месяц и день рождения в документе прикрепленного застрахованного
Y	Отсутствует день рождения в документе / полисе пациента
j	Отсутствует день рождения в документе / полисе пациента, прикрепленного к МО
Q	СМО, выдавшей полис пациенту с полными ФИО, нет в справочнике TERSMO
U	Фамилия/ имя из одной буквы
6	Отсутствует фамилия и отчество в документе пациента
m	Отсутствует фамилия и отчество в документе пациента для прикрепленных
4	Отсутствует фамилия в документе пациента
t	Отсутствует фамилия в документе пациента для прикрепленных
5	Отсутствует имя и отчество в документе пациента
k	Отсутствует имя и отчество в документе пациента для прикрепленных
z	Отсутствует имя в документе пациента
x	Отсутствует имя в документе пациента для прикрепленных

2.1.7. Медицинская организация, прикрепившая пациента

Указывается идентификатор медицинской организации (LPU_ID), к которой прикреплен застрахованный. Заполнение обязательно. Для застрахованных, не имеющих прикрепления либо незарегистрированных в РС ЕРЗЛ, указывается значение «0». Применяется для формирования паспорта счета медицинской организации. Не контролируется СМО.

2.1.8. Серия и номер полиса

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

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

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

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

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

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

Алгоритм определения плательщика за оказанную медицинскую помощь

При обращении пациента, застрахованного на территории иного субъекта РФ, каждая МО обязана самостоятельно провести запрос по персональным данным пациента в ЦС ЕРЗЛ с целью установления территории страхования.

Страховая принадлежность пациентов (как застрахованных на территории иных субъектов РФ (иногородние пациенты), так и застрахованных в городе Москве) устанавливается на дату окончания последнего случая оказания медицинской помощи в отчетном периоде (последняя услуга или последний случай госпитализации) по каждой МО в отдельности.

При получении информации из ЦС ЕРЗЛ (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 счет на такого пациента в соответствующую страховую медицинскую организацию системы ОМС города Москвы. При расхождении данных в РС ЕРЗЛ и ЦС ЕРЗЛ медицинские организации обязаны оперативно сообщать в СМО и МГФОМС о случаях отличия информации. МГФОМС в данном случае будет определять плательщика путем анализа сведений из РС ЕРЗЛ и ЦС ЕРЗЛ.

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

ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ» определяет страховую принадлежность пациентов на дату оказания вызова.

2.1.9. Тип документа ОМС

Указывается тип документа ОМС (полиса):

«С» - полис старого образца

«В» - временное свидетельство

«П» - полис единого образца на бумажном носителе

«Э» – электронный полис

«Х» (кириллица) – символ указывается на учтенного 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 страховой медицинской организации

Указывается идентификатор страховой медицинской организации, выдавшей полис (по справочнику «SprsmoXX»).

Таблица 2. Идентификатор страховой медицинской организации

QQ	наименование
I3	ООО «СК «Ингосстрах-М»
M1	АО «МАКС-М»
M4	ООО МСК «Медстрах»
R2	ООО ВТБ МС
R4	ООО «СМК РЕСО-Мед» Московский филиал
S5	АО СГ «Спасские ворота-М»
S7	АО «СК «СОГАЗ-Мед»
R8	ООО «Капитал МС»

2.1.11. Идентификатор застрахованного лица в системе ОМС

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

Для старого полиса (тип «С») и ВС (тип «В») указывается расчетный 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.

2.1.12. Значение вектора сверки

Указывается значение вектора сверки по РС ЕРЗЛ по кодификатору «OsoerzXX».

Заполнение обязательно, в том числе в случае отрицательного ответа на запрос РС ЕРЗЛ.

Таблица 3. Значение вектора сверки

SV	наименование
***	Ошибка запроса (неполнота данных)
0*0	Полис/пациент в базе данных ЕРЗ на период лечения не зарегистрирован
110	Полис застрахованного установлен
120	Полис, установленный по реквизитам лица, зарегистрирован позже отчетного периода.
130	Полис застрахованного установлен по архиву
211	Полис подтверждён в ЕРЗ с точностью до фамилии, имени, инициала отчества, пола и ММГГГГ рождения
231	Полис подтверждён в архиве с точностью до фамилии, имени, инициала отчества, пола и ММГГГГ рождения
311	Полис подтверждён с точностью до фамилии, инициала имени, пола и года рождения
331	Полис подтверждён в архиве с точностью до фамилии, инициала имени, пола и года рождения
411	Полис подтверждён в ЕРЗ с точностью до имени, отчества, пола и ДДММГГГГ рождения
431	Полис подтверждён в архиве с точностью до имени, отчества, пола и ДДММГГГГ рождения
13*	Установленный полис на период лечения недействителен
23*	Полис (подтверждены фамилия, имя, инициал отчества и ММГГГГ рождения) на период лечения недействителен

33*	Полис (подтверждены фамилия, инициал имени и год рождения) на период лечения недействителен
43*	Полис (подтверждены имя, отчество и ДДММГГГГ рождения) на период лечения недействителен
210	Полис зарегистрирован позже окончания лечения
310	Полис зарегистрирован позже окончания лечения с точностью до фамилии, инициала имени, пола и года
410	Полис зарегистрирован позже окончания лечения с точностью до имени, отчества, пола и ДДММГГГГ
000	Полис не определён в связи с недостаточностью данных о застрахованном лице в запросе
221	Полис, подтверждённый в ЕРЗ, с точностью до фамилии, имени, первой буквы отчества, пола и даты рождения не позднее 1 месяца
321	Полис, подтверждённый по фамилии, инициалам имени и отчества, пола и году рождения, не позднее 1 месяца после окончания отчетного периода
421	Полис подтвержден по имени, отчеству, полу и дате рождения, полученный не позднее 1 месяца после окончания отчетного периода
150	Полис, установленный по реквизитам лица, снят с учета по причине смерти в отчетном периоде
251	Полис, подтверждённый по фамилии, имени, отчеству и дате рождения, снят с учета по причине смерти в отчетном периоде
451	Полис, подтверждённый по имени, отчеству и дате рождения, снят с учета по причине смерти в отчетном периоде
351	Полис, подтверждённый по фамилии, инициалу имени, полу и году рождения, снят с учёта по причине смерти в отчетный период
15*	Полис, установленный по реквизитам лица, снят с учета по причине смерти до отчетного периода
25*	Полис снят с учёта по причине смерти до отчётного периода
35*	Полис снят с учёта по причине смерти до отчётного периода
45*	Полис снят с учёта по причине смерти до отчётного периода

2.1.13. Номер медицинской карты

Указывается номер медицинской карты амбулаторного/стационарного больного.

Правила регистрации номера медицинской карты

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

Для пациентов амбулаторно-поликлинической медицинской организации (отделения) в общем случае указывается номер медицинской карты амбулаторного больного (ф.025/у). При учете 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 подчеркивания.

При учете услуг, выполненных при углубленном 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 - углубленный медицинский осмотр лиц моложе 18 лет.

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 НСИ «RSV009xx».

Правила регистрации новорожденных, не имеющих государственной регистрации рождения (незарегистрированные новорожденные), в сопровождении законного представителя

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

Номер медицинской карты амбулаторного/стационарного больного, оформленной на незарегистрированного новорожденного, 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 новорожденном указывается символ «1»).

При переводе незарегистрированного новорожденного из родильного дома (отделения) в профильное отделение той же медицинской организации номер истории болезни новорожденного в профильном отделении дополняется номером истории родов в последовательности: номер истории родов (форма 96/у)#номер истории болезни#пол(1/2)#ГГГГММДД#номер ребенка при многоплодных родах (1,2, ...)/1. При госпитализации незарегистрированного новорожденного по иному каналу (не переводом из роддома данной МО) номер истории родов (форму 96/у) не регистрируется.

При одновременном лечении новорожденных при многоплодных родах 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.

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.

При одновременном лечении (в один и тот же отчётный период) незарегистрированного новорожденного 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 новорожденного, лечение которого оформлено по документу его матери/законного представителя, следует отнести в группу «неприкрепившиеся лица».

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

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

2.1.14. 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).

2.1.15. Признак незарегистрированного новорожденного

Параметр оформляется автоматически по анализу номера медицинской карты, оформленной на незарегистрированного новорожденного, 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.

2.1.16. Вес при рождении

Заполнение обязательно при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям весом ≤ 2500 грамм.

2.1.17. 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).

2.1.18. Серия и номер документа, удостоверяющего личность

Указываются серия и номер документа, удостоверяющего личность пациента (матери незастрахованного новорожденного)

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

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

2.1.19. Код вида документа

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

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

2.1.20. СНИЛС пациента

Указывается страховой номер индивидуального лицевого счёта пациента (матери незастрахованного новорожденного) (при наличии).

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

2.1.21. Код территории страхования

Указывается код субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС пациенту (матери незастрахованного новорожденного) согласно справочнику НСИ «TerritXX».

2.1.22. Место рождения пациента

Указывается место рождения пациента (матери незастрахованного новорожденного) по документу, удостоверяющему личность.

2.1.23. Код территории места жительства

Указывается код субъекта РФ, на территории которого проживает (зарегистрирован) пациент (мать незастрахованного новорожденного) согласно справочнику НСИ «TerritXX». Заполняется по документу, удостоверяющему личность.

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

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

2.1.25. Наименование муниципального образования (населенный пункт) места жительства

Указывается наименование муниципального образования (уровня населенного пункта), на территории которого проживает (зарегистрирован) пациент (мать незастрахованного новорожденного). Заполняется по документу, удостоверяющему личность. Записывается заглавными буквами.

2.1.26. Наименование улицы

Указывается наименование улицы (со ссылкой на тип), на которой проживает (зарегистрирован) пациент (мать незастрахованного новорожденного). Заполняется по документу, удостоверяющему личность. Записывается заглавными буквами.

2.1.27. Номер дома места жительства

Указывается номер дома, в котором проживает (зарегистрирован) пациент (мать незастрахованного новорожденного). При отсутствии – не заполняется.

2.1.28. Номер корпуса дома места жительства

Указывается номер корпуса дома, в котором проживает (зарегистрирован) пациент (мать незастрахованного новорожденного). При отсутствии – не заполняется.

2.1.29. Номер квартиры места жительства

Указывается номер квартиры, в которой проживает (зарегистрирован) пациент (мать незастрахованного новорожденного). 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:

2.1.30. Адрес жительства (текст)

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

2.1.31. Код гражданства

Указывается код гражданства пациента (матери незастрахованного новорожденного) согласно справочнику НСИ «CountryXX» (при наличии сведений).

2.2. Сведения об исполнителе услуги

2.2.1. Идентификатор медицинской организации

Указывается код медицинской организации, представляющей счет за медицинскую помощь. Параметр должен соответствовать справочнику НСИ «sprlpuXX.dbf».

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 НСИ «sprlpuXX.dbf».

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 НСИ АИС ОМС "ProfotXX", 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 в составе амбулаторно-поликлинического центра/ больничного учреждения / родильного дома (<08>);
 - выездная бригада больничного учреждения (<93>);
 - отделение патанатомии (<85>);
 - центр амбулаторной онкологической помощи (<22>).

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 отделений стационаров круглосуточного пребывания код условия выбирается в соответствии с профилем койки (кодификатор НСИ АИС ОМС "ProfotXX", 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>. Централизованная клиничко-диагностическая лаборатория в обязательном порядке имеет код условия <00>.

Таблица 4. 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 (только для МО пилотного проекта, по москвичам)
10	Скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания
11	Эндокринологические
12	Инфекционные
13	Инфекционные боксированные
14	Скорой медицинской помощи суточного пребывания
15	Гематологические
17	Нефрологические
19	Хирургические
20	Патологии новорожденных и недоношенных детей
21	Нейрохирургические
22	Центр амбулаторной онкологической помощи
23	Торакальной хирургии
25	Кардиохирургические
26	Сосудистой хирургии
27	Травматологические
29	Ожоговые
30	Ортопедические
32	Урологические
34	Стоматологические
35	Онкологические
36	Химиотерапевтические
38	Для беременных и рожениц (кроме патологии беременности)
39	Патологии беременности
40	Гинекологические
42	Туберкулезные
44	Пульмонологические
45	Пульмонологические с ПИТ
47	Неврологические
49	Психоневрологические
51	Психиатрические
52	Наркологические
55	Офтальмологические
57	Оториноларингологические
58	Восстановительной хирургии гортани
59	Дерматологические
60	Венерологические
61	Радиологические и рентгенологические (в т.ч. онкорadiологические)
62	Педиатрические соматические
63	Педиатрические для недоношенных и новорожденных
64	Для новорожденных
65	Проктологические
66	Ревматологические
68	Гнойные хирургические
69	Реабилитационные
70	Приемное отделение с коечным фондом
71	Реанимационно-анестезиологические отделения
72	Отделение по уходу
73	Приемное отделение (без коечного фонда)
75	Лепрозные

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
82	Отделение восстановительного лечения
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 отделения
91	Центр здоровья
92	Травматологическое отделение в амбулаторно-поликлинической МО
93	Выездная бригада
94	Соматопсихиатрические
95	Бригада НМП (ССиНМП)
96	Станция СМП
97	Паллиативные
98	Онкологические паллиативные
99	Сестринского ухода (паллиативная медицинская помощь)

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>.

Таблица 5. 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
008	Военно-врачебная экспертиза
010	Врачебно-летная экспертиза
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
027	Забор гемопоэтических стволовых клеток
028	Инфекционные болезни
029	Кардиология
030	Колопроктология
034	Клиническая лабораторная диагностика
035	Клиническая микология
036	Клиническая фармакология
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
047	Медицинская оптика
048	Медицинские осмотры (предварительные, периодические)
049	Медицинские осмотры (предрейсовые, послерейсовые)
050	Медицинские осмотры (предполетные, послеполетные)
051	Медицинская статистика
053	Неврология
054	Нейрохирургия
055	Неонатология
056	Нефрология
057	Общая врачебная практика (семейная медицина)
058	Общая практика
060	Онкология
061	Операционное дело
062	Организация сестринского дела
063	Ортодонтия
065	Офтальмология
066	Паразитология
067	Патологическая анатомия
068	Педиатрия

071	Профпатология
072	Психиатрия
073	Психиатрия-наркология
074	Психотерапия
075	Пульмонология
076	Радиология
077	Ревматология
078	Рентгенология
079	Рефлексотерапия
080	Сексология
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
091	Судебно-медицинская экспертиза
093	Судебно-медицинская экспертиза и исследование трупа
094	Судебно-медицинская экспертиза и обследование потерпевших, обвиняемых и других лиц
095	Судебно-психиатрическая экспертиза
096	Сурдология-оториноларингология
097	Терапия
098	Токсикология
099	Торакальная хирургия
100	Травматология и ортопедия
103	Транспортировка гемопоэтических стволовых клеток
104	Транспортировка органов и тканей человека для трансплантации
105	Трансфузиология
106	Ультразвуковая диагностика
107	Управление сестринской деятельностью
108	Урология
109	Физиотерапия
110	Фтизиатрия
111	Функциональная диагностика
112	Хирургия
113	Хирургия (трансплантация органов и тканей)
114	Хирургия (комбустиология)
115	Хранение гемопоэтических стволовых клеток
116	Челюстно-лицевая хирургия
117	Экспертиза временной нетрудоспособности
120	Экспертиза профпригодности
121	Экспертиза связи заболеваний с профессией

122	Эндокринология
123	Эндоскопия
135	Авиационная и космическая медицина
136	Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)
137	Акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)
138	Вакцинация (проведение профилактических прививок)
139	Водолазная медицина
140	Гигиена в стоматологии
141	Гигиеническое воспитание
142	Дезинфектология
143	Забор, криоконсервация и хранение половых клеток и тканей репродуктивных органов
144	Заготовка, хранение донорской крови и (или) ее компонентов
145	Изъятие и хранение органов и (или) тканей человека для трансплантации
146	Косметология
147	Лечебная физкультура
148	Медико-социальная экспертиза
149	Медико-социальная помощь
150	Медицинские осмотры (предменные, послесменные)
151	Медицинские осмотры профилактические
152	Медицинское освидетельствование кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители
153	Медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции
154	Медицинское освидетельствование на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для общества
155	Медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению ТС
156	Медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием
157	Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного)
158	Медицинская реабилитация
159	Наркология
160	Неотложная медицинская помощь
161	Организация здравоохранения и общественное здоровье
162	Оториноларингология (за исключением кохлеарной имплантации)
163	Оториноларингология (кохлеарная имплантация)
164	Пластическая хирургия
165	Психиатрическое освидетельствование
166	Радиотерапия
167	Реаниматология
168	Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение
169	Санитарно-гигиенические лабораторные исследования
170	Сестринское дело в косметологии
171	Стоматология общей практики
172	Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств и исследование биологических объектов
173	Однородная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза
174	Комплексная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза
175	Однородная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза
176	Комплексная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (психолого-психиатрическая, сексолого-психиатрическая)

177	Трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток
178	Транспортировка половых клеток и (или) тканей репродуктивных органов
179	Хирургия (трансплантация органов и (или) тканей)
180	Экспертиза качества медицинской помощи
181	Энтомология
182	Эпидемиология

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

- отделение травматологии в поликлинике кодируется <92100>, в стационаре – <27100>;

- отделение дневного стационара в стационарной МО (Н = 81) или амбулаторно-поликлинической МО (Н = 80) кодируется (профиль показан с учетом 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> либо <280068> (по усмотрению МО).

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>;

- 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 «SprlpuXX», 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 НСИ «Prv002XX» (таблица 5 настоящей Инструкции).

2.2.8. Количество коек отделения/Расчетное количество приемов в смену

Для отделений круглосуточного и дневного стационара указывается количество коек отделения.

Для амбулаторно-поликлинических медицинских организаций (отделений) указывается расчетное количество приемов 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 НСИ «SpV015XX», параметр «Code» в соответствии с заключенным с работником трудовым договором.

2.2.17. Дата выдачи сертификата исполнителю медицинской услуги

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

2.2.18. Дата приема исполнителя медицинской услуги на работу по специальности

Дата приема 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 по справочнику НСИ «sprlpuXX.dbf», значениям 7665, 8888, коду медицинской организации (LPU_ID) по справочнику НСИ ФОМС «F003».

Для иногородних пациентов должен указываться код медицинской организации (LPU_ID) по справочнику НСИ ФОМС «F003».

При учёте углубленных медицинских осмотров, а также медицинских услуг, оказанных в соответствии с имеющимся договором МО с дошкольным / школьным учреждением в соответствии с приказом ДЗ о раскреплении – в части медицинских услуг, выполняемых в дошкольно-школьном отделении, или договором МО с учреждением по проведению вакцинопрофилактики, оказанных иногородним пациентам, в качестве направившей МО должен указываться код МО, принявшей решение об оказании медицинской помощи, по справочнику НСИ ФОМС «F003».

Обязательно заполнение:

- при учете 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 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 оказании иногородним пациентам медицинской помощи в условиях дневного стационара;

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 D70 с сопутствующим диагнозом C00 – C80, C97, или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09, 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), для иногородних пациентов должен указываться LPU_ID медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, по справочнику НСИ ФОМС «F003»).

При проведении углубленных 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, 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 НСИ ФОМС «F003».

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.

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 приемное и (при составном счете на выписку пациента тип направления сопровождает либо все стационарные составляющие счета (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 учета услуг неотложной помощи, включенных 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 приемном отделении медицинских услуг из справочника пакета НСИ АИС ОМС «geesusXX» - «Реестр медицинских услуг» пациентам, направленным в плановом порядке, без последующей госпитализации.		+	+	
2	- экстренная госпитализация (пациент доставлен бригадой СМП/НМП) (в условиях дневных стационаров не применяется); - при учёте симультанных услуг и оказании в приемном отделении медицинских услуг из справочника пакета НСИ АИС ОМС «geesusXX» - «Реестр медицинских услуг» пациентам, поступившим в экстренном порядке, без последующей госпитализации;		+	+	+

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 путем проведения МЭЭ и ЭКМП), указан в справочнике «msexт» и соответствующем приложении к настоящему Тарифному соглашению) (в условиях дневных стационаров не применяется);</p> <p>- при учёте симультанных услуг и оказании в приемном отделении медицинских услуг из справочника пакета НСИ АИС ОМС «geesusXX» - «Реестр медицинских услуг» пациентам, самостоятельно обратившимся в стационар в связи в 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 учете услуг из справочника пакета НСИ АИС ОМС «geesusXX» - «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 отделении).</p>	<p>направление от МО - участника системы ОМС города Москвы, в т.ч. «актив» ССиНМП им. Пучкова</p>	+	+	
5	<p>- при плановой госпитализации в МО, подведомственные федеральным органам власти, в том числе в дневной стационар (одновременно в поле N_U указывается номер протокола врачебной комиссии, принявшей решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в данную медицинскую организацию),</p> <p>- при учёте симультанных услуг и оказании в приемном отделении медицинских услуг из справочника пакета НСИ АИС ОМС «geesusXX» - «Реестр медицинских услуг» пациентам, направленным в плановом порядке, без последующей госпитализации</p>		+	+	
6	<p>допризывник направлен военкоматом</p>	<p>допризывник направлен военкоматом</p>	+		
7		<p>наличие распределения Москомспорта на проведение углубленных медицинских</p>	+	+	

		осмотров несовершеннолетних			
8		наличие договора МО с дошкольным / школьным учреждением в соответствии с приказом ДЗ г. Москвы о раскреплении – в части медицинских услуг, выполняемых в дошкольно-школьном отделении, наличие договора МО с учреждением по проведению вакцинопрофилактики (Дата выдачи направления / дата начала действия договора МО с дошкольным / школьным учреждением, дата начала действия договора МО с учреждением по проведению вакцинопрофилактики)	+	+	

В направлении поликлиники должна быть четко 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 углубленных 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 (самотек) 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 D70 с сопутствующим диагнозом C00 – C80, C97, или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09, заполнение обязательно.

2.3.4. Номер наряда вызова бригады скорой медицинской помощи (девятиразрядный), номер протокола отборочной комиссии

Поле заполняется при экстренной госпитализации пациента бригадой ССиНМП им. А.С.Пучкова (ORD=2, LPU_ORD=4708).

При оказании плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в МО, подведомственных федеральным органам власти, в данном поле указывается номер протокола врачебной комиссии, принявшей решение о наличии

(отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в данную медицинскую организацию.

2.3.5. Номер талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

Поле заполняется при учете 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 (самотек)).

2.4. Сведения о медицинской помощи, оказанной пациенту

2.4.1. Код медицинской услуги

Простые и комплексные медицинские услуги, включенные 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 на 2020 год.

Для учета медицинских услуг используются справочники НСИ «ReesusXX», «ReesmsXX», «ReesvrXX».

2.4.2. Дата оказания услуги/выписки

При учете простых медицинских услуг указывается дата оказания услуги.

При учете стационарной медицинской помощи указывается дата выбытия 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

Указывается количество услуг, зарегистрированных по данному диагнозу на данную дату у данного специалиста/ количество пациенто-дней при лечении в отделении дневного стационара /количество койко-дней при лечении в отделении круглосуточного стационара.

2.4.4. Код законченного (прерванного) случая госпитализации

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

Таблица 7. Кодирование законченных (прерванных) случаев госпитализации

код	Описание
	Законченные случаи
0	специализированная медицинская помощь, не включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (за исключением медицинской реабилитации)
v	высокотехнологичная медицинская помощь
A	применяется при учете 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 учете медицинской помощи, оказанной в отделении медицинской реабилитации в течение не менее 14 дней.
Прерванные случаи (только для учета специализированной медицинской помощи, не включенной в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи)	
1	применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи с преждевременной выпиской пациента из стационара по собственному желанию (по семейным обстоятельствам), по требованию родителей (для детей), подтвержденному соответствующим заявлением в первичной медицинской документации
2	применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи с преждевременной выпиской пациента из стационара за нарушение больничного режима, подтвержденное в первичной медицинской документации, а также в связи с самовольным уходом больного из стационара, подтвержденным первичной медицинской документацией
3	применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи с переводом пациента в стационар другой медицинской организации (юридического лица), подтвержденным первичной медицинской документацией
5	применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи со смертью больного в данном отделении стационара (за исключением услуг 66211, 66212)
6	применяется при учете случая госпитализации в целях проведения диагностического обследования (в том числе допризывников) в стационарных условиях
7	применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи с переводом пациента в другое отделение той же медицинской организации (юридического лица)
9	применяется при учете случая госпитализации, прерванного по причинам, не включенным в данный перечень. Также код «9» применяется: - при введении карантинных мероприятий; - в случаях использования при оказании медицинской помощи лекарственных средств и изделий медицинского назначения, приобретенных пациентом за счет собственных средств; - при невыполнении по тем или иным причинам оперативного вмешательства при использовании для учета кодов медицинских услуг разделов 72/172, 73/173, 75/175, 76/176, 79/179, 82/182, 85/185, 90/190 (за исключением медицинских услуг 72.040, 72.070, 72.071, 72.090, 72.140, 72.150, 72.190, 72.291, 72.320, 72.380, 72.400, 72.420, 72.460, 73.120, 73.130, 75.070, 75.140, 75.150, 76.160, 76.200, 76.411-76.891, 79.010, 79.040, 79.060, 79.120, 79.130, 79.131, 79.140, 79.150, 79.160, 79.260, 79.270, 79.271, 82.010, 90.460, 90.470, 90.480, 90.490, 90.500, 90.510, 90.520, 172.030, 172.031, 172.070, 172.071, 172.110, 172.111, 172.190, 172.191, 172.230, 172.231, 172.240, 172.241, 172.270, 172.271, 172.290, 172.291, 175.010, 175.011, 175.020, 175.021, 175.060, 175.061, 175.100, 175.101, 176.100, 176.101, 176.070, 176.071, 176.110, 176.111, 176.150, 176.151, 179.050, 179.051, 179.070, 179.071, 179.170, 179.171, 179.290, 179.291, 179.330, 179.331, 190.220, 190.221, 190.260, 190.261, 190.460, 190.461, 190.480, 190.481, 190.482, 190.483, 190.490, 190.491, 190.500, 190.501, 190.510, 190.511, 190.520, 190.521, 190.530, 190.531); - в случаях невыполнении условий (по срокам лечения/кратности циклов химиотерапии), установленных для законченных случаев госпитализации.
D	применяется в дневном стационаре химиотерапевтического профиля для учета в АИС ПУМП промежуточных движений пациента (фактических дат введения химиопрепарата).
P	применяется в дневном стационаре химиотерапевтического профиля для учета 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 учета медицинской помощи

При регистрации медицинской помощи применение кода рубрики при наличии в справочнике подрубрики не допускается, если иное не допускается справочником соответствия «Ms_mkbXX».

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 хирургического вмешательства

Учёт хирургических операций ведется по кодам услуги класса «А» подраздела «16 – оперативное лечение» (в отдельных случаях при использовании методик лазерной хирургии, электрохирургии, криохирургии допускается использование кодов услуг иных подразделов, включенных в соответствующий справочник НСИ) в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Перечень наименований и кодов указанных медицинских услуг приведен в кодификаторе НСИ «НОРFF_XX», в котором для удобства его использования при учёте стационарной помощи указаны рекомендуемые профили медицинской помощи.

2.4.9. Количество проведённых операций с данным кодом

Указывается количество проведённых операций 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 НСИ «ososchXX»).

Таблица 8. Особый случай счета пациента

Код	Описание	применение
0	Обычное кодирование	
1	Счет пациента подтвержден протоколом заседания ВК	решение об учёте медицинской помощи принято ВК и не соответствует стандартным требованиям
2	Особый случай счета на пациента, подтверждённый ПМД	применение методов экстракорпоральной гемокоррекции; обоснованная необходимость указания в счёте одинаковых медицинских услуг (разными записями); обоснованная необходимость оказания медицинской услуги, не соответствующей возрасту пациента; обоснованное оказание одной из совместно выполняемых услуг / оказание несовместимых медицинских услуг (по справочнику «совмпн»); обоснованная необходимость превышения допустимой кратности услуги в день / месяц;
3	Перевод в другую МО	при учёте перевода в другую МО пациента, в том числе находившегося в отделении реанимации менее 12 часов
5	Констатация смерти пациента	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

J	Обследование проведено по направлению центра здоровья	
S	Симультанное хирургическое вмешательство, подтвержденное протоколом ВК	выполнение дополнительных оперативных вмешательств, не относящихся к основной медицинской услуге
R	Услуга оказана в отделении медицинской реабилитации	
W	Услуга выполнена выездной бригадой	

2.4.11. Исход заболевания

Указывается исход заболевания

Таблица 9. Исход заболевания

Код	Наименование	Использование
101	Выздоровление в стационаре	Круглосуточный стационар, включая приемное
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 приемное
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 определенных групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья	
318	Проведена диспансеризация определенных 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	Проведен профилактический медосмотр несовершеннолетнего - присвоена I группа здоровья	
333	Проведен профилактический медосмотр несовершеннолетнего - присвоена II группа здоровья	
334	Проведен профилактический медосмотр несовершеннолетнего - присвоена III группа здоровья	
335	Проведен профилактический медосмотр несовершеннолетнего - присвоена IV группа здоровья	
336	Проведен профилактический медосмотр несовершеннолетнего - присвоена V группа здоровья	
343	Проведен профилактический медосмотр взрослого населения - присвоена I группа здоровья	
344	Проведен профилактический медосмотр взрослого населения - присвоена II группа здоровья	

373	Проведен профилактический медосмотр взрослого населения - присвоена IIIa группа здоровья	
374	Проведен 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. 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», 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 медицинской услуги в рамках 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 «C_ZAB» - «Характер основного заболевания», равное «2» - «Впервые в жизни установленное хроническое». Допускается повторное указание значения «C_ZAB», равное

«2», при приёме врача-онколога в онкологических диспансерах, в которые пациент направляется выявившей онкологическое заболевание медицинской организацией;

- 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, 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 диапазон D00-D09);

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 ФОМС «F003».

Раздел 3.

Особенности учета медицинской помощи

3.1. Особенности учета медицинской помощи в амбулаторных условиях

Учет медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях и поликлинических (в том числе клиничко-диагностических) отделениях стационаров, осуществляется с использованием кодов простых, сложных и комплексных медицинских услуг, включенных в приложение № 6 к Тарифному соглашению. Для учета кодов услуг используется справочник НСИ «ReesusXX».

Учет медицинской помощи, оказанной в этих подразделениях, осуществляется по фактически оказанным услугам, кодируемым в едином талоне амбулаторного пациента в соответствии с разделами Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

Медицинские услуги, выполняемые в диагностических подразделениях медицинской организации (в том числе стационара) по направлениям других медицинских организаций, подлежат учету 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 учету приемов врачей-онкологов, приведены в п. 3.5. настоящей Инструкции.

Учет 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

с применением кодов 109 раздела Реестра (для учета медицинской помощи, оказанной врачом-стоматологом) и услуг 146 раздела Реестра (для учета медицинской помощи, оказанной врачом анестезиологом-реаниматологом) при условии соблюдения требований приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 18.02.2010 № 235 «О мерах по дальнейшему совершенствованию стоматологической помощи детям в городе Москве». Услуги 146 раздела Реестра, оказанные указанными медицинскими организациями, оплачиваются вне системы горизонтальных расчетов.

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) 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. СМО ведёт и контролирует список пациентов, которым проведено комплексное обследование.

Медицинские услуги, оказанные зарегистрированному в центре здоровья пациенту, регистрируются в стандартном режиме.

Правила регистрации услуг, оказанных врачами-специалистами

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

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

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

Правила регистрации услуг, оказанных врачами-онкологами

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

Код медицинской услуги 1192 «прием врача-онколога лечебно-диагностический, повторный, амбулаторный» применяется для учета 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 «прием врача-онколога диспансерный, амбулаторный» применяется при учете диспансерного приема врачом-онкологом пациента с подтвержденным 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 «прием врача-онколога на дому» применяется для учета посещений маломобильного пациента – и с впервые выявленным, и с подтвержденным диагнозом онкологического заболевания, в том числе с целью диспансерного осмотра.

Сочетание кодов медицинских услуг 1191, 1192, 1193, 1195 в один день не допускается.

Особенности регистрации услуг ПЭТ / КТ

При учёте медицинских услуг ПЭТ / КТ в ИС ПУМП регистрируется ссылка на протокол исследования.

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

Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения учитывается комплексными услугами, разработанными для различных возрастных групп женщин (коды услуг 1936-1948) и мужчин (коды услуг 1955-1967) (приложение № 6 к Тарифному соглашению).

Таблица соответствия года рождения пациента и комплексной услуги «Первый этап диспансеризации» на 2020 год

Возраст	Год рождения	Код комплексной услуги первого этапа диспансеризации	
		женщины	мужчины
1	2	3	4
18	2002	1936	1955
21	1999	1937	1956
24	1996	1936	1955
27	1993	1937	1956
30	1990	1936	1955
33	1987	1937	1956
36	1984	1938	1957
39	1981	1939	1958
40	1980	1940	1959
41	1979	1941	1960
42	1978	1942	1959
43	1977	1941	1960
44	1976	1940	1959
45	1975	1943	1961
46	1974	1940	1959
47	1973	1941	1960
48	1972	1942	1959
49	1971	1941	1960
50	1970	1940	1962

51	1969	1944	1960
52	1968	1940	1959
53	1967	1941	1960
54	1966	1942	1959
55	1965	1941	1963
56	1964	1940	1959
57	1963	1944	1960
58	1962	1940	1959
59	1961	1941	1960
60	1960	1942	1962
61	1959	1941	1960
62	1958	1940	1959
63	1957	1944	1960
64	1956	1940	1962
65	1955	1945	1964
66	1954	1946	1965
67	1953	1945	1964
68	1952	1946	1965
69	1951	1945	1964
70	1950	1946	1965
71	1949	1945	1964
72	1948	1946	1965
73	1947	1945	1964
74	1946	1946	1965
75	1945	1945	1964
76	1944	1947	1966
77	1943	1948	1967
78	1942	1947	1966
79	1941	1948	1967
80	1940	1947	1966
81	1939	1948	1967
82	1938	1947	1966
83	1937	1948	1967
84	1936	1947	1966
85	1935	1948	1967
86	1934	1947	1966
87	1933	1948	1967
88	1932	1947	1966
89	1931	1948	1967
90	1930	1947	1966
91	1929	1948	1967
92	1928	1947	1966
93	1927	1948	1967
94	1926	1947	1966

95	1925	1948	1967
96	1924	1947	1966
97	1923	1948	1967
98	1922	1947	1966
99	1921	1948	1967

По завершении первого этапа диспансеризации определяется код комплексной услуги в соответствии с полом и возрастом пациента (коды 1936-1948 и 1955-1967), который вносится в счет 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 НСИ АИС ОМС «RSV009xx», в который включены коды результата диспансеризации определенных 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 НСИ АИС ОМС «ISV012xx».

Одним из признаков направления на второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения является результат первого этапа диспансеризации (поле <RSLT> счета на пациента), зарегистрированный в счете на комплексную услугу по диспансеризации данного пациента «Первый этап диспансеризации» - «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II/IIIа/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009», коды 353/357/358 в соответствии с группой здоровья).

При учете услуг II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, зарегистрированных в счете на простые услуги по диспансеризации, в счете пациента (поле <RSLT> счета на пациента) указывается «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II/IIIа/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009», коды 353/357/358 в соответствии с группой здоровья).

В качестве «результата» осмотра/исследования взрослого населения, проведенного в рамках второго этапа диспансеризации (тип карты - ДД), следует применять (за исключением услуги «Прием врача-терапевта участкового профилактический, амб.» (код 1.017) / «Прием врача общей практики (семейного врача) взрослого населения профилактический, амб» (код 1.807)) в счете пациента (поле <RSLT> счета) коды результата диспансеризации «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II/IIIа/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009», коды 353/357/358). Результатом завершения II этапа диспансеризации взрослого населения является услуга «Прием врача-терапевта участкового профилактический, амб.» (код 1.017) / «Прием врача общей практики (семейного врача) взрослого населения профилактический, амб» (код 1.807) с регистрацией в счете пациента (поле <RSLT> счета) кода результата диспансеризации – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения – присвоена I/II/IIIа/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009», коды 317/318/355/356).

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 (приложение № 6 к Тарифному соглашению):

Код услуги	Наименование услуги
1949	Профилактический медицинский осмотр женщин в возрасте 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 года
1950	Профилактический медицинский осмотр женщин в возрасте 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34 лет
1951	Профилактический медицинский осмотр женщин в возрасте 35, 37, 39 лет
1952	Профилактический медицинский осмотр женщин в возрасте 36, 38 лет
1953	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, 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	Профилактический медицинский осмотр мужчин в возрасте 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 года
1969	Профилактический медицинский осмотр мужчин в возрасте 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34 лет
1970	Профилактический медицинский осмотр мужчин в возрасте 35, 37, 39 лет
1971	Профилактический медицинский осмотр мужчин в возрасте 36, 38 лет
1972	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	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 2020 год приведена ниже.

Возраст	Год рождения	Код услуги профилактического осмотра	
		женщины	мужчины
18	2002	1950	1969
19	2001	1949	1968
20	2000	1950	1969
21	1999	1949	1968
22	1998	1950	1969
23	1997	1949	1968
24	1996	1950	1969
25	1995	1949	1968
26	1994	1950	1969

27	1993	1949	1968
28	1992	1950	1969
29	1991	1949	1968
30	1990	1950	1969
31	1989	1949	1968
32	1988	1950	1969
33	1987	1949	1968
34	1986	1950	1969
35	1985	1951	1970
36	1984	1952	1971
37	1983	1951	1970
38	1982	1952	1971
39	1981	1951	1970
40	1980	1953	1972
41	1979	1954	1973
42	1978	1953	1972
43	1977	1954	1973
44	1976	1953	1972
45	1975	1954	1973
46	1974	1953	1972
47	1973	1954	1973
48	1972	1953	1972
49	1971	1954	1973
50	1970	1953	1972
51	1969	1954	1973
52	1968	1953	1972
53	1967	1954	1973
54	1966	1953	1972
55	1965	1954	1973
56	1964	1953	1972
57	1963	1954	1973
58	1962	1953	1972
59	1961	1954	1973
60	1960	1953	1972
61	1959	1954	1973
62	1958	1953	1972
63	1957	1954	1973
64	1956	1953	1972
65	1955	1954	1973
66	1954	1953	1972
67	1953	1954	1973
68	1952	1953	1972
69	1951	1954	1973
70	1950	1953	1972
71	1949	1954	1973
72	1948	1953	1972
73	1947	1954	1973
74	1946	1953	1972
75	1945	1954	1973
76	1944	1953	1972

77	1943	1954	1973
78	1942	1953	1972
79	1941	1954	1973
80	1940	1953	1972
81	1939	1954	1973
82	1938	1953	1972
83	1937	1954	1973
84	1936	1953	1972
85	1935	1954	1973
86	1934	1953	1972
87	1933	1954	1973
88	1932	1953	1972
89	1931	1954	1973
90	1930	1953	1972
91	1929	1954	1973
92	1928	1953	1972
93	1927	1954	1973
94	1926	1953	1972
95	1925	1954	1973
96	1924	1953	1972
97	1923	1954	1973
98	1922	1953	1972
99	1921	1954	1973

По завершении профилактического медицинского осмотра и установления группы здоровья пациента определяется код комплексной услуги в соответствии с полом и возрастом пациента (коды 1949-1954 и 1968-1973), который вносится в счет 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 НСИ АИС ОМС «RSV009xx», 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 НСИ АИС ОМС «ISV012xx».

Правила регистрации услуг по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних (ПРОФД)

Первый этап медицинских осмотров несовершеннолетних учитывается комплексными услугами (коды услуг 101933-101945, 101951), разработанными для различных возрастных групп несовершеннолетних (приложение № 6 к Тарифному соглашению).

Возраст ребенка 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 2020 год.

Возраст ребёнка	Год рождения	Код услуги медицинских осмотров детей
12 месяцев	2019	101933
1 год 6 месяцев	2018 – 2019	101934
2 года	2018	101935
3 года	2017	101936
4 года	2016	101937
5 лет	2015	101937
6 лет	2014	101938
7 лет	2013	101939
8 лет	2012	101940
9 лет	2011	101940
10 лет	2010	101941
11 лет	2009	101942
12 лет	2008	101943
13 лет	2007	101951
14 лет	2006	101944
15 лет	2005	101945
16 лет	2004	101945
17 лет	2003	101945

По завершении первого этапа профилактического осмотра несовершеннолетнего определяется код комплексной услуги в соответствии с возрастом пациента, который вносится в счет 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 НСИ АИС ОМС «RSV009xx», 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 НСИ АИС ОМС «ISV012xx».

Одним из признаков направления на второй этап профилактического осмотра несовершеннолетнего является результат первого этапа профилактического осмотра (поле <RSLT> счета на пациента), зарегистрированный в счете 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» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», коды 361/362/363/364 в соответствии с группой здоровья).

При учете услуг II этапа профилактического осмотра несовершеннолетнего, зарегистрированных в счете на простые услуги по профилактическому осмотру, в счете 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» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», коды 361/362/363/364 в соответствии с группой здоровья).

В качестве «результата» осмотра/исследования несовершеннолетнего, проведенного в рамках второго этапа профилактического осмотра, следует применять (за исключением

услуги «Прием врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код 101028)/ «Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код 101030) в счете 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» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», коды 361/362/363/364).

Результатом завершения II этапа профилактического осмотра несовершеннолетнего является услуга «Прием врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код 101028)/ «Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код 101030) с регистрацией в счете пациента (поле <RSLT> счета) кода результата диспансеризации – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему – присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», 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 усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (ДУ)

Завершение первого этапа диспансеризации детей-сирот учитывается комплексной услугой с кодом 101952 (приложение № 6 к Тарифному соглашению), который вносится в счет 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 НСИ ОМС «RSV009xx», 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 НСИ АИС ОМС «ISV012xx».

Одним из признаков направления на второй этап диспансеризации детей-сирот является результат первого этапа диспансеризации (поле <RSLT> счета на пациента), зарегистрированный в счете 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 усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную 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 усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», коды 365/366/367/368 – для ДС, коды 369/370/371/372 – для ДУ в соответствии с группой здоровья).

При учете услуг II этапа диспансеризации детей-сирот, зарегистрированных в счете на простые услуги по диспансеризации, в счете 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 усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» - для ДУ (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», 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, проведенного в рамках второго этапа диспансеризации (тип карты – ДС/ДУ), следует применять (за исключением услуги «Прием врача-педиатра диспансерный амб.» (код 101003) / «Прием врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код 101028)/ «Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код 101030) в счете 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 усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» - для ДУ (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», 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 «Прием врача-педиатра диспансерный амб.» (код 101003) / «Прием врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код 101028)/«Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код 101030) с регистрацией в счете 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 усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» - для ДУ (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», 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 объема 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 определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострения заболеваний, или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в

восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, 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 распространенных хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития; профилактическое консультирование и назначение лечения, осуществляемые в отношении определенных 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 учетом 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 обследованием пациента;
- 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 учета медицинской помощи будет обращение по поводу заболевания.

«3.0» - «Обращение по заболеванию». Не используется;

«3.1» - «Обращение с профилактической целью». Не используется.

Правила учёта результатов лабораторной диагностики COVID-19.

ПЦР диагностика COVID-19 учитывается кодами медицинских услуг «28211» и «128211».

Правила регистрации диагноза основного заболевания:

- при положительном результате ПЦР диагностики (COVID-19 подтвержден) указывается диагноз основного заболевания «U07.1»;
- при отрицательном результате ПЦР диагностики (COVID-19 не подтвержден) 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, включенными в перечень медицинских организаций в соответствии со справочником пакета НСИ АИС ОМС «srпcoXX» - «Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации мер по противодействию угрозе распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)», при переводе пациента для долечивания (пневмонии, коронавирусной инфекции типа 2019-nCoV) осуществляется медицинскими организациями, включенными в указанный перечень и имеющими значение параметра «TRS» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATE_B».

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

3.2. Особенности учета медицинской помощи в дневном стационаре

Учет медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (входящего в структуру поликлиники или круглосуточного стационара), осуществляется с использованием кодов комплексных медицинских услуг, включенных 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. Для учета медицинских услуг используется справочник НСИ «ReesusXX» (коды медицинских услуг раздела 97/197).

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

Учет противоопухолевого лечения, проведенного в дневном стационаре взрослым пациентам, осуществляется следующим образом:

- в случаях назначения противоопухолевой терапии пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, а также пациентам с колоректальным раком или меланомой, для учета медицинской помощи используется код медицинской услуги 97158 «Дневной стационар онкологического профиля для проведения процедур химиотерапии (Рак легкого, Колоректальный рак, Рак молочной железы, Меланома, Рак почки, Рак предстательной железы) (базовый тариф)»; в дополнение к коду медицинской услуги 97158 вносятся сведения об использованных при лечении опухолей данных локализаций противоопухолевых препаратах, включенных в Перечень противоопухолевых лекарственных препаратов, утвержденный Тарифным соглашением на 2020 год, оплачиваемых дополнительно к базовому тарифу;

- в случаях назначения противоопухолевой терапии пациентам с иной локализацией злокачественного новообразования для учета используются соответствующие коды 97

раздела Реестра (97107, 97060 – 97073, 97142 - 97157). Используемые при лечении противоопухолевые лекарственные препараты дополнительной оплате не подлежат.

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 трех 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 используются коды: 36022 «Имплантация порт-системы», 36023 «Установка периферического имплантируемого центрального венозного катетера». В поле счета «исполнитель медицинской услуги» указываются данные лечащего врача-онколога, назначившего услугу.

По окончании лечения врач дневного стационара в «Статистической карте выбывшего из стационара» (ф. 066/у-02) производит запись о количестве дней, проведенных 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) параметр К_U указывается равным «1».

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

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.

3.3. Особенности учета медицинской помощи в круглосуточном стационаре

3.3.1. Общие принципы учета

Учет медицинской помощи, оказанной в структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих коечный фонд (круглосуточный стационар), осуществляется с использованием кодов комплексных медицинских услуг, включенных в разделы Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС, указанные в приложении № 8.1 и № 8.1.1 к Тарифному соглашению. Для учета кодов услуг используется справочник НСИ «ReesmsXX».

Коды Московского городского реестра медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, используемые для учета 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, утвержденным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Информация о соответствии кода медицинской услуги и специальности исполнителя услуги представлена в справочнике «codprv».

Информация по соотнесению диагнозов заболеваний (по МКБ-10) и кодов медицинских услуг представлена в справочнике НСИ «ms_mkbXX».

При отсутствии в справочнике НСИ «ms_mkbXX» данных по соотнесению кода заболевания, послужившего причиной госпитализации, коду медицинской услуги решение о выборе кода медицинских услуг, планируемого использовать при учете оказанной медицинской помощи принимается врачебной комиссией медицинской организации с обязательным представлением протокола по установленной форме (приложение 1) в страховую медицинскую организацию (для лиц, застрахованных по ОМС в городе Москве) или в МГФОМС (для лиц, застрахованных по ОМС на территории других субъектов РФ, не идентифицированных и не застрахованных по ОМС) при формировании счета указывается код «особый случай в счете на пациента», равный 1.

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

Допускается использование кода законченного случая госпитализации «0» с услугами 66211, 66212 в случае смерти пациента.

Медицинские услуги, приведенные в приложении № 8.1.1 к Тарифному соглашению подлежат использованию в перечне медицинских организаций в соответствии со справочником пакета НСИ АИС ОМС «sprncoXX» - «Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации мер по противодействию угрозе распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)».

Использование медицинских услуг 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 допускается в медицинских организациях, включенных в справочник НСИ АИС ОМС «sprncoXX» и имеющих значение параметра «PNV» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATE_B».

Использование медицинских услуг 61400, 161400, 161401 допускается в медицинских организациях, включенных в справочник НСИ АИС ОМС «sprncoXX» и имеющих значение параметра «nCoV» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATE_B».

Использование медицинских услуг 61410, 161410, 161411 допускается в медицинских организациях, включенных в справочник НСИ АИС ОМС «sprncoXX» и имеющих значение параметра «DOL» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATE_B».

Медицинские услуги 61410, 161410, 161411 могут использоваться только для учёта случаев долечивания пациентов, переведённых из стационаров, включенных в перечень медицинских организаций в соответствии со справочником пакета НСИ АИС ОМС «sprncoXX» и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1», в которых проходили лечение по одной из медицинских услуг: 61400, 161400, 161401, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171.

В случаях летальных исходов при оказании медицинских услуг с кодами: 61400, 161400, 161401, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 оплата осуществляется по полному тарифу. Для кодирования таких случаев применяется код законченного случая госпитализации «0» с указанием кода особого случая счёта «5».

В случаях летальных исходов пациентов в ОРИТ, при условии наличия в Ф066 хронологически более ранних медицинских услуг, имеющих один из кодов: 61400, 161400, 161401, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, имеющими

код прерванного случая лечения «7» (перевод пациента в ОРИТ) оплата также осуществляется по полному тарифу.

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».

При учёте случаев заболевания пневмонией, диагноз основного заболевания во всех случаях должен указываться в соответствии с данными справочника НСИ АИС ОМС «ms_mkbXX». Диагнозы осложнений основного заболевания или сопутствующих состояний указываются в соответствующих параметрах счёта «диагноз осложнения заболевания» и «диагноз сопутствующего заболевания».

Оплата медицинских услуг 61400, 161400, 161401, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 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 61400, 161400, 161401, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 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 (включенную в справочник НСИ АИС ОМС «sprncoXX» и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1»), специализированное отделение данной медицинской организации (в случае наличия МО в справочнике НСИ АИС ОМС «sprncoXX» 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 61400, 161400, 161401). Возможно только для МО, включенных в справочник НСИ АИС ОМС «sprncoXX» и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1»;

- перевода пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 в специализированную МО, включенную в справочник НСИ АИС ОМС «sprncoXX» 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.

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

Контроль выделенных объёмов медицинской помощи ведётся с использованием справочника «Медицинский стандарт – диагноз - профиль» и приложения № 1.5.1 к Тарифному соглашению на 2020 год, а также по алгоритму автоматизированного контроля счетов на наличие кода ошибки «РР» - «Не принято к оплате в связи с превышением / некорректным использованием согласованных объемов медицинских услуг».

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»).

Оценка корректности использования медицинскими организациями выделенных объёмов медицинской помощи проводится с использованием Перечня комплексных медицинских услуг, применяемых при заболеваниях, лечение которых возможно в амбулаторно-поликлинических условиях или условиях дневного стационара (приложение № 1.5.1 к Тарифному соглашению на 2020 год).

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 остается в истории болезни.

В медицинских организациях федерального уровня в счете указывается номер протокола врачебной комиссии, принявшей решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в данную медицинскую организацию, в соответствии с Порядком направления пациентов в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи». Протокол врачебной комиссии хранится в медицинской карте стационарного больного.

Особенности регистрации услуг по лучевой терапии

При учёте медицинских услуг по лучевой терапии в ИС ПУМП регистрируется ссылка на протокол исследования.

3.3.2. Учет 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 учет 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 счете указывается дата перевода, количество койко-дней, проведенных 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 учете 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 учета медицинской помощи на уровне приемного отделения

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

Медицинская помощь, оказанная пациенту на диагностической койке приемного отделения, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела 84/184. Дополнительный учет простых и сложных медицинских услуг одновременно с кодами раздела 84/184 не осуществляется. Факт оказания медицинской помощи должен быть подтвержден 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.

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

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

3.3.4. Особенности учета 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.

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 ноября 2003 г. № 545 (день поступления и день выписки пациента считаются одним койко-днём).

Учет 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, оплата производится по числу койко-дней, проведенных пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии.

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

- в случае смерти пациента используются коды медицинских услуг 56.029 (сердечно-легочно-мозговая реанимация) и 156.003 (сердечно-легочная реанимация) и кодом особого случая «5»,

- в случае перевода пациента в другую медицинскую организацию (другое юридическое лицо) используются коды медицинских услуг 56.029 (сердечно-легочно-мозговая реанимация) и 156.003 (сердечно-легочная 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 (либо услуг 59.029/156.003).

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

Дополнительно на вкладке форма 066/у в системе ИС ПУМП указываются отдельные показатели состояния пациента по шкале SOFA, за исключением случаев медицинской помощи, оказанной отделениями реанимации с профилем «кардиология» и «неврология», а также медицинской помощи, оказанной детям младше 12 лет. При наличии в медицинской карте стационарного больного нескольких значений мониторируемых параметров в системе указывается значение, соответствующее наиболее тяжелому состоянию пациента.

3.3.5. Особенности учета медицинской помощи в отделениях хирургического профиля

Тариф законченного случая медицинской помощи, оказанной в отделении хирургического профиля, перечень которых утвержден приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 29.01.1999 № 28, включает проведение пациенту необходимых оперативных вмешательств.

Случаи госпитализации, учтенные с использованием кодов медицинских услуг разделов 72/172, 73/173, 75/175, 76/176, 79/179, 82/182, 85/185, 90/190, в процессе которой не было выполнено оперативное вмешательство, не могут считаться законченными и учитываются кодом прерванного случая госпитализации «9».

Исключения составляют коды комплексных медицинских услуг: 72.040, 72.070, 72.071, 72.090, 72.140, 72.150, 72.190, 72.291, 72.320, 72.380, 72.400, 72.420, 72.460, 73.120, 73.130, 75.070, 75.140, 75.150, 76.160, 76.200, 76.411-76.891, 79.010, 79.040, 79.060, 79.120, 79.130, 79.131, 79.140, 79.150, 79.160, 79.260, 79.270, 79.271, 82.010, 90.460, 90.470, 90.480, 90.490, 90.500, 90.510, 90.520, 172.030, 172.031, 172.070, 172.071, 172.110, 172.111, 172.190, 172.191, 172.230, 172.231, 172.240, 172.241, 172.270, 172.271, 172.290, 172.291, 175.010, 175.011, 175.020, 175.021, 175.060, 175.061, 175.100, 175.101, 176.100, 176.101, 176.070, 176.071, 176.110, 176.111, 176.150, 176.151, 179.050, 179.051, 179.070, 179.071, 179.170, 179.171, 179.290, 179.291, 179.330, 179.331, 190.220, 190.221, 190.260, 190.261, 190.460, 190.461, 190.480, 190.481, 190.482, 190.483, 190.490, 190.491, 190.500, 190.501, 190.510, 190.511, 190.520, 190.521, 190.530, 190.531.

Услуги, содержащие в наименовании указание на технологичный метод лечения, применяются при оказании медицинской помощи с использованием видеоэндохирургических или рентгеноэндоваскулярных методов, либо при выполнении методов, включенных в Перечень высокотехнологичных видов медицинской помощи, при невозможности использования для учета кодов 200 раздела Реестра (например, при несоответствии модели пациента, диагноза заболевания по МКБ10 и других критериев).

Сведения об оперативном вмешательстве, проведенном пациенту, учитываются в программе учета медицинской помощи (ПУМП) с использованием Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении Номенклатуры медицинских услуг», раздел А16).

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

Госпитализация с целью удаления ранее установленных металлоконструкций и эндопротезов учитывается кодом соответствующей медицинской услуги 79/179 раздела.

Медицинская помощь, оказанная в отделениях хирургического профиля без оперативного лечения (в период всей госпитализации), может учитываться с использованием кодов медицинских услуг смежного нехирургического профиля (абдоминальная хирургия – гастроэнтерология, торакальная хирургия – пульмонология, урология – нефрология, нейрохирургия – неврология, кардиохирургия – кардиология и др.) в соответствии с требованиями пункта 3.3.1 настоящей Инструкции, без ограничения на использование кодов законченного случая госпитализации.

3.3.6. Особенности учета медицинской помощи при онкологических заболеваниях

Медицинская помощь, оказанная пациентам по поводу онкологических заболеваний методом лучевой терапии, учитывается кодом медицинской услуги 80.010, независимо от локализации опухолевого процесса.

Медицинская помощь, оказанная пациентам по поводу онкологических заболеваний

методом химиотерапевтического лечения, учитывается кодами медицинских услуг раздела 81 и отдельными кодами медицинских услуг разделов 64, 164, 190.

В случаях назначения противоопухолевой терапии взрослым пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, а также пациентам с колоректальным раком или меланомой, для учета медицинской помощи используется код медицинской услуги 81094 «Круглосуточный стационар онкологического профиля для проведения процедур химиотерапии (Рак легкого, Колоректальный рак, Рак молочной железы, Меланома, Рак почки, Рак предстательной железы) (базовый тариф)». В дополнение к коду медицинской услуги 81094 вносятся сведения об использованных при лечении опухолей данных локализаций противоопухолевых препаратах, включенных в Перечень противоопухолевых лекарственных препаратов, утвержденный Тарифным соглашением на 2020 год, оплачиваемых дополнительно к базовому тарифу.

В случаях назначения противоопухолевой терапии пациентам с иной локализацией злокачественного новообразования использованные при лечении противоопухолевые лекарственные препараты дополнительной оплате не подлежат.

В случае необходимости организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями в дополнение к кодам комплексных медицинских услуг раздела 81 и отдельными кодами комплексных медицинских услуг разделов 64, 164, 190 используются коды: 36022/136022 «Имплантация порт-системы», 36023/136023 «Установка периферического имплантируемого центрального венозного катетера».

Госпитализация в отделение онкологического профиля с целью проведения диагностических мероприятий, выполнения оперативного вмешательства, а также проведения комбинированного и комплексного (лучевая и лекарственная терапия) лечения учитывается кодами медицинских услуг раздела 90 с учетом 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 с учетом требований к использованию кодов законченного (прерванного) случая госпитализации, установленных настоящей Инструкцией.

При оказании в онкологических отделениях медицинской помощи по поводу доброкачественных новообразований допускается использование для учета соответствующих кодов комплексных медицинских услуг из других разделов реестра.

Для учета медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями в отделениях неонкологического профиля используются коды медицинских услуг других разделов в зависимости от профиля отделения 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 легких независимо от локализации первичного опухолевого очага учитывается кодом 90.160).

Сведения о противоопухолевых лекарственных препаратах, применяемых при проведении химиотерапии, указываются в учетной форме 066/у-02 АИС ПУМП. Перечень противоопухолевых препаратов, подлежащих учету, размещен в соответствующем разделе АИС ПУМП.

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).

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

3.3.7. Особенности учета 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 Модифицированной шкале Рэнкин (mRS) и индексу мобильности Ривермид 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 системе ПУМП на вкладке «форма 066/у».

Медицинские организации, проводившие медицинскую реабилитацию пациента (2 этап), в день выписки из стационара повторно осуществляют оценку по Модифицированной шкале Рэнкин (mRS) и индексу мобильности Ривермид. Полученные данные также заносятся в выписной эпикриз и информационную систему ПУМП.

3.3.8. Особенности учета медицинской помощи, оказанных акушерскими и гинекологическими отделениями

Коды медицинских услуг 76.411-76.570 применяются в отделениях патологии беременности (включая наблюдательные и боксированные палаты). Допускается использование кодов медицинских услуг 76.431, 76.521, 76.530 в гинекологических отделениях многопрофильных стационаров.

Медицинская помощь при родовспоможении и в послеродовом периоде учитывается с использованием кодов медицинских услуг 76.581-76.891 (включая наблюдательные и боксированные палаты).

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

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

3.3.9. Особенности учета медицинской помощи, оказанной новорожденным

Медицинская помощь, предоставляемая новорожденным в раннем неонатальном периоде, в том числе в отделениях новорожденных и недоношенных детей в составе родовспомогательных медицинских организаций, включена в медицинские услуги раздела «Акушерство».

Медицинская помощь, оказанная новорожденным, поступившим в возрасте до 1 месяца и выбывшим в возрасте не старше 3-х месяцев, в соответствующих профильных (специализированных) педиатрических отделениях в составе городских больниц и в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей учитывается с использованием кодов услуг раздела 187 «Болезни перинатального периода».

Для детей, родившихся недоношенными, сроки госпитализации и выписки учитываются с использованием кодов услуг раздела 187 «Болезни перинатального периода» согласно постконцептуальному (гестационный плюс постнатальный) или «скорректированному» возрасту, но не более чем до достижения ребенком постконцептуального возраста 40 недель.

Для детей, родившихся с массой менее или равной 2500 грамм, в счете указывается масса при рождении (в граммах).

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

Случаи совместного нахождения с ребенком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя учитываются с использованием кодов медицинских услуг разделов 161 - 192, имеющих в наименовании указание на использование их при совместном пребывании с ребенком указанного лица. Факт совместного с ребенком пребывания сопровождающего лица подтверждается записями в первичной медицинской документации, копиями паспорта и страхового полиса, реквизиты которых также должны быть внесены в информационную систему.

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

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

3.3.11. Особенности учета патологоанатомических исследований умерших

В случае смерти патологоанатомическое исследование подлежит отдельному учету и кодируется кодами услуг раздела 59/159 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС (приведены в приложении № 8.2. к Тарифному соглашению).

3.3.12. Особенности учета медицинской помощи, оказанной инфекционными отделениями в составе специализированных инфекционных больниц

Медицинская помощь, оказанная инфекционными отделениями, учитывается кодами медицинских услуг разделов 61/161 Реестра.

При госпитализации, связанной с подозрением на инфекционное заболевание (в том числе по эпидемиологическим показаниям), не подтвердившееся в результате обследования, возможно использование для учета кода комплексной медицинской услуги, соответствующей предварительному (или направительному) диагнозу по поводу которого проводилась дифференциальная диагностика, с кодом прерванного случая госпитализации. В этом случае необходимость исключения данного инфекционного заболевания должна быть отражена в медицинской документации, в том числе в выписном эпикризе.

При выявлении у пациента неинфекционной патологии возможно использование для учета кодов других разделов реестра с кодом прерванного случая госпитализации, в рамках действующей лицензии на оказание соответствующих видов медицинской помощи неинфекционной патологии с соблюдением соответствующих лицензионных требований и условий.

Медицинская помощь, оказанная инфекционными отделениями в составе многопрофильных больниц, учитывается по общим правилам.

3.3.13. Особенности учета медицинской помощи, связанной с трансплантацией органов и тканей человека

Учет медицинской помощи при подготовке пациента к трансплантации, при дисфункции и отторжении трансплантированных органов, а также при проведении планового обследования пациентов с трансплантированными органами осуществляется с помощью кодов разделов 86/186 Реестра.

Использование кодов данных медицинских услуг допускается в трансплантологических отделениях либо в иных отделениях хирургического профиля при наличии у медицинской организации лицензии на осуществление медицинской деятельности при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по «хирургии (трансплантации органов и (или) тканей)» в случаях, при которых оказание медицинских услуг, связанных с трансплантацией, в отделениях другого профиля допускается Порядком оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)», утвержденным приказом Минздрава России от 31.10.2012 № 567н.

3.3.14. Особенности учета медицинской помощи, оказанной в других отделениях

Для учета медицинской помощи, оказанной в отделениях медицинской реабилитации стационаров, используются преимущественно коды медицинских услуг, соответствующих терапевтическому лечению имеющегося у пациента заболевания.

Для учета случаев медицинской реабилитации пациентов хирургического (ортопедического, онкологического и др.) профиля, при невозможности подбора кода терапевтической комплексной медицинской услуги, допускается использование кодов хирургических разделов Реестра с обязательным указанием кода прерванного случая госпитализации «9» независимо от длительности медицинской реабилитации (кроме исключений, указанных в п. 3.3.5).

При невозможности подбора кода комплексной медицинской услуги для учета случая медицинской реабилитации возможно использование кодов медицинских услуг раздела 99.

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

Учет медицинской реабилитации детей с нарушением слуха после слухопротезирования, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела 191.

Учет медицинской помощи в психосоматических отделениях осуществляется с использованием кодов услуг и кодов МКБ10, 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 путем, вирусом иммунодефицита человека; синдрома приобретенного иммунодефицита; туберкулеза; 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 направительному диагнозу при поступлении больного с использованием кода прерывания "3".

3.3.15. Учет сопутствующих медицинских услуг

Одновременно с кодом основной комплексной медицинской услуги 61/161-92/192 разделов Реестра, за исключением медицинских услуг 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, 61400, 161400, 161401, в форме Ф. 066 учитываются отдельные медицинские услуги, включенные в приложение № 8.2 к Тарифному соглашению.

Для учета дополнительных услуг допускается использование следующих кодов:

а) 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 49 раздела, у детей кодом 149.002 (Гемодиализ) 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 97.010/197.010.

б) 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.

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

При использовании кодов 49 раздела и кодов медицинских услуг 149.002, 149017, 97.010/197.010 одновременно с кодами комплексных медицинских услуг в счете указывается код «особого случая», соответствующий «2»;

г) оперативные вмешательства, выполненные сверх комплексной медицинской услуги, предъявленной к оплате, учитывается кодом соответствующей медицинской услуги 51/151 – 55/155 разделов Реестра.

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 неосложненный»).

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

д) проведение онкоконсилиума пациентам, находящимся на лечении в дневном и круглосуточном стационаре по поводу онкологического заболевания, учитывается кодом соответствующей медицинской услуги.

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

ж) 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 Реестра.

Коды медицинских услуг, включенные в приложение № 8.2 и не указанные в настоящем разделе, предназначены для технических целей; для учета 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 учетную форму 066/у-02 и, в дальнейшем, в программу учета медицинской помощи (ПУМП) с использованием соответствующих кодов Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

Перечень диагностических услуг, подлежащих учету в ф. 066/у-02, приведен в справочнике НСИ «REESUSXX» (значение параметра «VIDUS» - «Признак диагностической услуги» = «1»).

3.3.16. Особенности учета медицинской помощи, оказанной лицам, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС

Медицинская помощь, оказанная (в том числе на уровне приемного 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 и кодов медицинских услуг, соответствующих медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям, размещены в справочниках автоматизированной информационной системы НСИ («mkbextXX», «uslextXX»).

При оказании медицинской помощи на уровне приемного отделения без последующей госпитализации, в счете указывается услуга 1701 – 1780/101701 – 101763 (при ее наличии в справочнике «uslextXX») (консультация врача соответствующей специальности) и услуги дополнительного обследования и лечения либо услуга раздела 84/184 (при оказании медицинской помощи на диагностической койке приемного отделения).

3.3.17. Особенности учета медицинской помощи в ведомственных медицинских организациях

Оплата медицинской помощи, оказанной в структурных подразделениях ведомственных медицинских организаций, перечисленных в справочнике пакета НСИ АИС ОМС «spr_ved» - «Перечень ведомственных МО, использующих особый порядок учёта направлений для оказания МП» 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.

3.3.18. Особенности учёта госпитализации пациентов, страдающих пневмонией или COVID-19, в медицинских организациях, включенных в справочник «спrncoXX».

Одновременно с кодами основных комплексных медицинских услуг 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, 61400, 161400, 161401, за исключением медицинских услуг в форме Ф. 066 учитываются отдельные медицинские услуги, включенные в приложение № 8.2 к Тарифному соглашению.

Для учета 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 (49011–49013), у детей кодами 149 раздела (149011–149013) дополнительно к коду основной медицинской услуги;

б) проведение пациенту методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиафильтрация, плазмаферез и др.) при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующим кодом 49 раздела, у детей кодом 149.002 (Гемодиализ) 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.

При использовании кодов 49 раздела и кодов медицинских услуг 149.002, 149017, одновременно с кодами комплексных медицинских услуг в счете указывается код «особого случая», соответствующий «2»;

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

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

В рамках одной госпитализации осуществляется оплата только одной услуги 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, 61400, 161400, 161401. Отдельные медицинские услуги (за исключением указанных выше), выполненные в приемном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого были оказаны услуги 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, 61400, 161400, 161401 (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 83 / 183 раздела Реестра), которые оплачиваются в соответствии с установленными тарифами.

При этом, отдельные медицинские манипуляции, выполненные в приемном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого были оказаны услуги 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, 61400, 161400, 161401 (включая услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого данные услуги были оказаны), подлежат учёту в форме Ф066 ПУМП на вкладках «Операции» и «ДИ».

3.4. Особенности учета высокотехнологичной медицинской помощи

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

Комплексные медицинские услуги для учета 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 учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу 200 и разделу 297 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС. Для учета кодов услуг используется справочник НСИ «ReesvpXX».

Объектом кодирования является метод высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) с соответствующим диагнозом для определенной модели пациента. Описание ВМП в системе АИС ОМС приведено в справочнике «ReesvpXX», 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 учета ВМП, оплачиваемой за счет средств ОМС, является законченный случай оказания медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, включающий один метод лечения (из Перечня видов ВМП, включенного в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве).

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

- код метода лечения, диагноз по МКБ - 10, модель пациента должны соответствовать определенному виду ВМП и профилю медицинской помощи, из перечисленных в Перечне видов ВМП, включенном 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 счете 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, включенным в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве;

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

- случай оказания ВМП учтен в специализированной информационной системе в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» и от 30.01.2015 № 29н «О формах статистического учета и отчетности, 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 внесен в соответствующее поле.

В рамках одной госпитализации осуществляется учет только одной единицы ВМП. Отдельные медицинские услуги, выполненные в приемном 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 учету в системе ОМС не подлежат. Исключение составляют медицинские услуги 49 раздела Реестра, оказанные пациентам с острым коронарным синдромом при получении медицинских услуг 200518, 200519, 200520, 200522, 200523, 200524.

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

Комплексные медицинские услуги для учета 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 учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу 300 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

Комплексные медицинские услуги для учета 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 учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу 397 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

Требования к учету 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 учета медицинской помощи (АИС ПУМП). 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 услуги (164 и 190 разделов Реестра) предъявляются к оплате в соответствующую страховую медицинскую организацию;
- в АО «Европейский медицинский центр» (услуги 397 раздела Реестра); счета за выполненные услуги предъявляются к оплате в МГФОМС.

3.5. Дополнительные требования к учету 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 «onparгXX». 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 «onparгXX». Обязательно при наличии подозрения на онкологическое заболевание, или диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон «D00» - «D09» 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_XX»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onigh_XX». 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 «onmrfгXX»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onigrтXX». 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	Заполняется значением «1» в случае получения

	диагностики	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 «onreasXX». Обязательно при диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон «D00» - «D09». Исключение: условие оказания МП вне медицинской организации, проведение реабилитации (REAB = 1), отсутствие онкологического заболевания.
STAD	Стадия заболевания.	Заполняется по классификатору «onstadXX». Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдения (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_XX». 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_XX». 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_XX». 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 отдаленных 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 препарата производится на основании данных о площади поверхности тела (USL_TIP = 2 / 4). В иных случаях не заполняется.
BSA	Площадь поверхности тела (м ²)	
Сведения об услуге		
USL_TIP	Тип услуги	Заполняется по классификатору «onlechXX». Обязательно при диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09, 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_XX». Заполнение обязательно при USL_TIP=1. В иных случаях не заполняется.
LEK_TIP_L	Линия лекарственной терапии	Заполняется по классификатору «onlek1XX». Заполнение обязательно при USL_TIP=2. В иных случаях не заполняется.
LEK_TIP_V	Цикл лекарственной терапии	Заполняется по классификатору «onlekvXX». Заполнение обязательно при USL_TIP=2. В иных случаях не заполняется.
LUCH_TIP	Тип лучевой терапии	Заполняется по классификатору «onluchXX». 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 «onconsXX». Обязательно при наличии подозрения на онкологическое заболевание (DS_ONK = 1), или диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон «D00» - «D09». 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 ondoprkXX. Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM» при лечении онкологического заболевания (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на начало лечения 18 лет и более. Не заполняется / заполняется значением «нет» при основном диагнозе C81-C96, а также у пациентов, возраст которых на начало лечения менее 18 лет. В иных случаях не заполняется.
N_PAR	Номер партии лекарственного средства	Заполнение обязательно для лекарственных средств, включенных в справочник tarionXX 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, включенных в справочник tarionXX 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, включенных в справочник tarionXX 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 «onparгXX». Обязательно при наличии подозрения на онкологическое заболевание (DS_ONK = 1), или диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон «D00» - «D09» 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 «onmrgf_XX»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onigh_XX». 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 «onmrgfXX»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onigrfXX». 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 медицинской помощи

Методика расчета стоимости медицинской помощи разработана в отношении каждого вида оказываемой медицинской помощи и условий ее предоставления:

1) медицинская помощь, учитываемая с использованием кодов простых медицинских услуг – в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях, поликлинических отделениях стационаров (включая клинико-диагностические отделения), приемных отделениях стационаров; патологоанатомических отделениях стационаров, отделениях реанимации и интенсивной терапии (при нахождении пациента в отделении менее 12 часов – в случае летального исхода или перевода в другую МО), в иных подразделениях стационаров, выполняющих простые медицинские услуги по направлениям поликлиник – без госпитализации пациента, а также в клинических отделениях стационаров наряду с комплексными медицинскими услугами в период стационарного лечения;

2) специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях с использованием комплексных медицинских услуг (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи);

3) высокотехнологичная медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного и дневного стационаров с использованием кодов комплексных медицинских услуг 200, 297, 300 и 397 разделов Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

Тарифы на простые и комплексные медицинские услуги указаны в приложениях к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2020 год, и справочнике НСИ «TarimuXX».

Коды простых медицинских услуг приведены в справочнике НСИ «ReesusXX».

Коды комплексных медицинских услуг приведены в справочнике НСИ «ReesmsXX».

Коды комплексных медицинских услуг высокотехнологичной медицинской помощи приведены в справочнике НСИ «ReesvpXX».

Для медицинских услуг высокотехнологичной медицинской помощи 200518 и 200522, 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 учетом результатов медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

Стоимость медицинской помощи с использованием простых медицинских услуг рассчитывается как произведение тарифа услуги на количество оказанных услуг.

Стоимость лечения в отделении дневного стационара рассчитывается как произведение тарифа пациенто-дня на количество дней лечения, за исключением:

- услуги 97041 «Лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения», оплачиваемой по законченному случаю лечения;

- услуги 97013 «Специализированная медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара взрослым, при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохlearной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохlearной имплантации» - оплата производится по законченному случаю лечения;

- услуг 97107, 97142 – 97157 (группа услуг «Дневной стационар онкологического профиля для проведения процедур химиотерапии») - оплата производится по законченному случаю лечения;

- услуги 97158 «Дневной стационар онкологического профиля для проведения процедур химиотерапии (Рак легкого, Колоректальный рак, Рак молочной железы, Меланома, Рак почки, Рак предстательной железы) (базовый тариф)»: в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения осуществляется оплата противоопухолевых лекарственных препаратов, использованных при лечении, согласно Перечню противоопухолевых лекарственных препаратов и ценам, установленным Тарифным соглашением на 2020 год, в соответствии с Порядком учета и оплаты противоопухолевой терапии пациентов при злокачественных новообразованиях в условиях круглосуточного и дневного стационара, включенным в Тарифное соглашение.

Возмещение стоимости противоопухолевых препаратов, использованных при лечении новообразований легкого, молочной железы, почки, предстательной железы, новообразований колоректальной локализации и меланомы, осуществляется при оплате основной медицинской услуги по базовому тарифу (использовании для учета кода медицинской услуги 97158).

Стоимость лечения в отделении круглосуточного стационара (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) рассчитывается с учетом 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, проведенных пациентом в отделении стационара. Стоимость одного койко-дня приведена в справочнике НСИ «TarimuXX». 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) рассчитывается как произведение тарифа на количество койко-дней пребывания в отделении.

При проведении взрослым пациентам противоопухолевой терапии по поводу новообразований легкого, молочной железы, почки, предстательной железы, новообразований колоректальной локализации и меланомы в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения (услуга 81094 «Круглосуточный стационар онкологического профиля для проведения процедур химиотерапии (Рак легкого, Колоректальный рак, Рак молочной железы, Меланома, Рак почки, Рак предстательной железы) (базовый тариф)») осуществляется оплата противоопухолевых лекарственных препаратов, использованных при лечении, согласно Перечню противоопухолевых лекарственных препаратов и ценам, установленным Тарифным соглашением на 2020 год, в соответствии с Порядком учета и оплаты противоопухолевой терапии пациентов при злокачественных новообразованиях в условиях круглосуточного и дневного стационара, включенным в Тарифное соглашение.

Возмещение стоимости противоопухолевых препаратов, использованных при лечении новообразований легкого, молочной железы, почки, предстательной железы, новообразований колоректальной локализации и меланомы, осуществляется при оплате основной медицинской услуги по базовому тарифу (использовании для учета кода медицинской услуги 81094).

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.

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», приведен в приложении № 12 к Тарифному соглашению.

В рамках системы горизонтальных расчетов:

1) дополнительно к объему 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;

В число медицинских услуг, которые участвуют в горизонтальных расчетах, включены:

- медицинские услуги, оказанные лицам, прикрепившимся к другим МО, по направлению, включая "актив" бригады ССиНМП;

- медицинские услуги, оказанные в отделениях профилактики ДШО/ШО по договору МО прикрепления с учреждениями ДШО/ШО;

- услуги вакцинопрофилактики, оказанные по договору МО прикрепления с учреждением-исполнителем;

- медицинские услуги по профилю «травматология и ортопедия», оказанные в травмпунктах в составе городских поликлиник и больниц (в травматологическом отделении поликлиники, входящей в структуру больницы);

- комплексное обследование в центре здоровья и последующие медицинские услуги, оказанные пациентам, зарегистрированным в центре здоровья;

- медицинские услуги из группы "неотложная медицинская помощь", оказанные лицам, прикрепившимся к другим МО (справочник НСИ «REESUSxx», параметр «TPN» = «q»);

- медицинская помощь в дневном стационаре, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования, оказанная лицам, прикрепившимся к другим МО, по направлению.

Услуги по лабораторной диагностике, выполненные в условиях МО второго уровня лицам, прикрепленным к иным МО, оплачиваются в системе горизонтальных расчетов.

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

Медицинские услуги 28211, 128211, оказанные в медицинских организациях, включенных в справочник НСИ АИС ОМС «sprncoXX» и имеющих значение параметра «DIAG» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATE_V», оплачиваются:

- в случае направления от медицинской организации, включенной в приложение № 1.1 к Тарифному соглашению, по тарифу на медицинскую услугу и в системе горизонтальных взаиморасчетов не участвуют;

- в случае направления медицинской организацией, включенной в справочник НСИ АИС ОМС «sprncoXX» и имеющей значение параметров «PNV» = «1» и / или «nCoV» = «1», в которой пациент получает медицинскую помощь в круглосуточном стационаре, оплата за счёт средств ОМС не производится;

- в остальных случаях оплата производится в рамках горизонтальных взаиморасчетов.

Медицинские услуги 28165, 128165, оказанные в медицинских организациях, включенных в справочник НСИ АИС ОМС «sprncoXX» и имеющих значение параметра «IG» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATE_V», оплачиваются:

- в случае направления от медицинской организации, включенной в приложение № 1.1 к Тарифному соглашению, по тарифу на медицинскую услугу и в системе горизонтальных взаиморасчетов не участвуют;

– в случае направления медицинской организацией, включенной в справочник НСИ АИС ОМС «sprncоXX» и имеющей значение параметров «PNV» = «1» и / или «nCoV» = «1», в которой пациент получает медицинскую помощь в круглосуточном стационаре, оплата за счёт средств ОМС не производится;

– в остальных случаях оплата производится в рамках горизонтальных взаиморасчётов.

Медицинские услуги по компьютерной томографии 37043, 137043, оказанные в связи с ОРВИ (диагноз из рубрики «J02», «J04», «J06»), гриппом (диагноз из рубрики «J09»-«J11»), пневмонией (диагноз из рубрики «J12»-«J18»), бронхитом (диагноз из рубрики «J20»), или коронавирусной инфекцией типа 2019-nCoV (диагноз «U07.2» в случае отсутствия лабораторного подтверждения и «U07.1» в случае наличия лабораторного подтверждения), в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях и амбулаторно-поликлинических отделениях медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы оплачиваются по тарифу на медицинскую услугу и в системе горизонтальных взаиморасчётов не участвуют.

Оплата медицинских услуг по транспортировке («60010» / «160010») пациентов между стационарами, включенными в перечень медицинских организаций в соответствии со справочником пакета НСИ АИС ОМС «sprncоXX» - «Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации мер по противодействию угрозе распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)», при переводе пациента для долечивания (пневмонии, коронавирусной инфекции типа 2019-nCoV) осуществляется по установленному тарифу. Данные медицинские услуги в системе горизонтальных взаиморасчётов не участвуют.

В счете пациента амбулаторно-поликлинической МО (отделения) при наличии ссылки на письмо Москомспорта о проведении углубленных медицинских осмотров несовершеннолетних - данная услуга оплачивается по тарифу и во взаимозачетах не участвует.

Случаи выполнения компьютерной томографии (коды услуг по МГР: 37043, 37048, 137043) и магнитно-резонансной томографии (коды услуг по МГР: 37044, 37049, 137044, 137049) в амбулаторно поликлинической медицинской организации или поликлиническом отделении стационара, финансируемых по подушевому нормативу финансирования или участвующих в горизонтальных взаиморасчётах, по направлению врача-онколога, оплачиваются по тарифу на медицинскую услугу и в системе горизонтальных взаиморасчётов не участвуют.

Дополнительно для МО-участников горизонтальных расчетов оплачивается медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

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 объема 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 расчетов.

Услуги, оказанные в поликлинических отделениях стационаров с подушевым финансированием, участвуют в горизонтальных расчетах. Оказанные в иных отделениях по назначению врача данного отделения лицам, прикрепившимся к другим медицинским организациям, не участвуют в системе горизонтальных расчетов.

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 расчете 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. Учет 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 учет 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);
- наблюдение и лечение женщин в течение 42 дней в послеродовом периоде в данной медицинской организации

осуществляется доплата в виде разницы между суммарной стоимостью оказанных медицинских услуг и нормативом подушевого финансирования на женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

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, родов и послеродовый период.

Раздел 5. Приложения

Приложение 1
к Инструкции по учету
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 учета в системе ОМС может быть отнесен 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 учету 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)

Учет 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, утвержденных 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», утвержденных приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 15.07.2016 № 625.

2. Учет 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 объема 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. Учет вызовов, оказанных общепрофильными и специализированными бригадами, осуществляется с использованием кодов диагнозов заболеваний (состояний) в соответствии с МКБ-10 и кодов соответствующих медицинских услуг, включенных в раздел 96 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

4. Учет 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 на 2020 год), 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 24.05.2017 № 372 «Об организации отделений неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению в структуре 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» (учетная форма № 110/у); при медицинской

эвакуации заполняется дополнительно «Сопроводительный лист и талон к сопроводительному листу» (учетная 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 приема 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 учетная 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 техническим причинам	Вызовы с указанным результатом оплате из средств ОМС 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 приема 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 объеме
27	Отказ от эвакуации (госпитализации) + актив в поликлинику	Заполнение карты в полном объеме. 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 объеме. 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 объеме (в случае ухода пациента после опроса и осмотра).
30	Оставлен на месте + актив ОНМП	Заполнение карты в полном объеме
31	Отказ от госпитализации + актив ОНМП	Заполнение карты в полном объеме. 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	Мертвый 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 объеме Указывается, что рекомендовано обратиться в поликлинику (иную медицинскую организацию или врачу определенной специальности).
35	Отказ от медицинской эвакуации + рекомендовано обратиться в поликлинику (иную медицинскую организацию)	Заполнение карты в полном объеме. В графе «отказ от медицинской эвакуации» указывается дата и время отказа, фамилия, инициалы и подпись пациента (его законного представителя). Указывается, что рекомендовано обратиться в в поликлинику (иную медицинскую организацию или врачу определенной 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	<p>Доставка врача для консультации или проведения медицинской манипуляции:</p> <p>1) для консультации</p> <p>2) для проведения медицинской манипуляции</p> <p>3) выполнение консультативного вызова врачом экстренной консультативной выездной бригады СМП</p>	<p>1) К карте должна быть приложена копия эпикриза 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 определенной 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 объеме</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
- Высоккодифференцированная
- 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 «__» _____ 201__ г
- Противопоказания к проведению химиотерапевтического лечения «__» _____ 201__ г
- Противопоказания к проведению лучевой терапии «__» _____ 201__ г

Отказ от проведения лечения и дата регистрации¹²:

- Отказ от проведения хирургического лечения «__» _____ 201__ г
- Отказ от проведения химиотерапевтического лечения «__» _____ 201__ г
- Отказ от проведения лучевой терапии «__» _____ 201__ 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 C44 (эпителиальная опухоль) указывается, является ли опухоль базальноклеточной или плоскоклеточной.

Для диагноза C54 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль эндометриоидной, а также для эндометриоидной опухоли указывается степень дифференцировки опухоли.

Для диагноза C56 (эпителиальная опухоль) указывается степень дифференцировки опухоли.

Для диагноза C64 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль почечноклеточной, а также для почечноклеточной опухоли указывается, является ли она светлоклеточной.

Для диагноза C73 (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 C16 (эпителиальная опухоль) указывается уровень экспрессии белка HER2.

Для диагнозов C18, C19, C20 (эпителиальная опухоль) указывается наличие мутаций в генах RAS и BRAF.

Для диагноза C34 (эпителиальная опухоль) указывается наличие мутаций в гене EGFR, наличие транслокации в генах ALK или ROS1, уровень экспрессии белка PD-L1.

Для диагноза C43 указываются наличие мутаций в гене BRAF, наличие мутаций в гене c-Kit.

Для диагноза C50 (эпителиальная опухоль) указывается наличие рецепторов к эстрогенам, наличия 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».