

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 Регламентом информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования г. Москвы с использованием веб-сервисов, Регламентом приема-передачи данных при информационном взаимодействии участников системы ОМС в АИС ОМС, инструкциями по работе с программным обеспечением (подсистема ПУМП АИС ОМС).

При наличии разночтений между вышеуказанными документами действуют требования настоящей Инструкции.

Более детальные разъяснения об особенностях 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.

Медицинская услуга АПП – {Медицинская услуга из справочника пакета НСИ АИС ОМС «REESUS»} и {НЕ из разделов 97/197/99/199} И {НЕ является услугами 56029/156003, оказанными в отделении с 2-3 символами фасетного кода <Iotd>, соответствующими значению USL_OK 1 <> 3 по справочнику пакета НСИ АИС ОМС «profot»} И {НЕ является дополнительной по отношению к ВМП/МС (НЕ имеет значение F_TYPE = «st») услугам ДС (раздел 97/197) / услугам 99/199 разделов} И {НЕ входят в случай оказания медицинской помощи в приёмном покое} И {НЕ являются стоматологической услугой АПП}.

Госпитализация в КС – случай госпитализации в круглосуточный стационар. {Медицинские услуги раздела 99/199} или {из справочника «REESMS» за исключением услуг раздела 84/184/200/297/300/397} ИЛИ {услуга 56029/156003, оказанная в отделении круглосуточного стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения соответствует значению USL_OK = 1 по справочнику пакета НСИ АИС ОМС «profot»), за исключением таких услуг, зарегистрированных в приёмном отделении (2-3 цифры фасетного кода отделения соответствует значению «70» или «73»)}, а также дополнительные к ним услуги. Одним случаем госпитализации в КС считается одна уникальная в рамках календарного года и рассматриваемой МО история болезни со стоимостью, равной суммарной стоимости медицинских услуг, зарегистрированных на такую историю болезни.

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

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

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

Случай оказания медицинской помощи в приёмном отделении – случай оказания медицинской помощи в приёмном отделении. {Медицинские услуги АПП, а также медицинские услуги раздела 84/184, зарегистрированные на одну уникальную в рамках календарного года и рассматриваемой МО историю болезни, при условии, что хотя бы одна медицинская услуга зарегистрирована в отделении с 2-3 символами фасетного кода <Iotd> = «70», «73»} ИЛИ {медицинские услуги 56029/156003, зарегистрированные в отделении с 2-3 символами фасетного кода <Iotd> = «70», «73», а также другие медицинские услуги АПП, зарегистрированные на одну уникальную в рамках

календарного года и рассматриваемой МО историю болезни с указанными услугами 56029/156003}, зарегистрированные в тот же или на следующий день в той же медицинской организации на того же пациента и на тот же номер истории болезни со стоимостью, равной суммарной стоимости таких медицинских услуг.

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

Дополнительная медицинская услуга в КС – дополнительная услуга к госпитализации в КС или госпитализации по ВМП. Дополнительными услугами для случаев госпитализации в КС или госпитализации по ВМП считаются только услуги, зарегистрированные на одну уникальную в рамках календарного года и рассматриваемой МО историю болезни. Дополнительными медицинскими услугами в КС могут являться только услуги разделов «51» - «55» / «151» - «155», «49» / «149», «29» / «129», а также услуги «101740», «46033», «36022» - «36024» / «136022» - «136024», «101781».

Стоматологическая услуга АПП – медицинские услуги, имеющие по справочнику НСИ «USVMP» сочетание VMP = 11/13 И VMP146 = 2.

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).

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

При написании фамилии допускаются:

Знак(и)	Код(ы)	Название
Буквы русского алфавита		
А - Я, Ё	192 - 223,	прописные буквы русского алфавита

	168	
а - я, ё	223 - 255, 184	строчные буквы русского алфавита
Цифры		
0 - 9	48 - 57	цифры
Знаки препинания		
.	46	точка
Пробел и его эквиваленты		
	32	пробел
	160	неразрывный пробел
—	95	знак подчеркивания (подчерк)
Горизонтальные разделители		
-	45	минус
—	150	короткое тире
—	151	длинное тире
Кавычки и их заменители		
'	39	апостроф
"	34	двойная кавычка
`	96	гравис (диакритический знак)
'	145	одиночная открывающая кавычка
"	147	двойная открывающая кавычка
'	146	одиночная закрывающая кавычка
"	148	двойная закрывающая кавычка
<	60	знак "меньше"
<	139	одиночная открывающая угловая кавычка
<<	171	двойная открывающая угловая кавычка
>	62	знак "больше"
>	155	одиночная закрывающая угловая кавычка

>>	187	двойная закрывающая угловая кавычка
"	132	нижняя двойная кавычка

Справочно:

1. Указание фамилии, состоящей только из символа «_», приравнивается к отсутствию фамилии у пациента.
2. Знаки, входящие в каждую из групп, перечисленных в разделе "Группы эквивалентных знаков" таблицы, являются эквивалентными: использование любого знака, входящего в группу. Знак "нижняя одиночная кавычка" выведен из группы "Кавычки и их заменители" и считается эквивалентом запятой, поскольку его начертание неотличимо от запятой.
3. Не допускается следование друг за другом знаков, входящих в одну и ту же группу, из групп "Знаки препинания", "Горизонтальные разделители", "Вертикальные и наклонные разделители", "Кавычки" как непосредственно, так и разделенных пробелами или его эквивалентами (знаками из группы "Пробел и его эквиваленты").
4. Первым знаком во всех случаях может быть любая буква из числа допустимых, либо цифра. Последним знаком может быть любая буква из числа допустимых, либо цифра, либо закрывающая скобка, если она допустима для данного типа поля.

Правила использования кодов особого случая реестра пациентов:

1. При отсутствии в документе УДЛ фамилии пациента поле <Fam> не заполняется (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type> = «4» / «t» (см. справочник НСИ osoreeXX.dbf);
2. При отсутствии в документе УДЛ фамилии и отчества пациента поля <Fam>, <Ot> не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type> = «6» / «m» (см. справочник НСИ osoreeXX.dbf).
3. Фамилия, состоящая из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов <D_type> = U.
4. При отсутствии в документе УДЛ отчества у пациента, фамилия которого состоит из одной буквы, параметр реестра пациентов <D_TYPE> = «U» в том числе является подтверждением, аналогичным «D_type» = «2» / «f».
5. При оформлении медицинской помощи незарегистрированным новорожденным на документ ОМС / «Лист регистрации» родителя/законного представителя, фамилия которого состоит из одной буквы, особый случай реестра пациентов <D_TYPE> = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U».
6. При оформлении медицинской помощи незарегистрированным новорожденным на документ ОМС / «Лист регистрации» родителя/законного представителя, фамилия которого состоит из одной буквы и в документе УДЛ отсутствует отчество, особый случай реестра пациентов <D_TYPE> = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U», «2» / «f».

2.1.2. Имя пациента

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

Дополнительные условия:

1. При отсутствии в документе УДЛ имени и отчества пациента поля «Im», «Ot» не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов «D_type» = «5»/«k».

2. При отсутствии в документе УДЛ имени поле «Im» не заполняется (пусто), указывается особый случай реестра пациентов «D_type» = «z»/«x».

3. Имя пациента, состоящее из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов «D_type» = «U».

4. При отсутствии в документе УДЛ отчества у пациента, имя которого состоит из одной буквы, параметр реестра пациентов «D_TYPE» = «U» в том числе является подтверждением, аналогичным «D_type» = «2».

5. При оформлении медицинской помощи незарегистрированным новорожденным на документ ОМС / «Лист регистрации» родителя/законного представителя, имя которого состоит из одной буквы, особый случай реестра пациентов «D_TYPE» = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U».

6. При оформлении медицинской помощи незарегистрированным новорожденным на документ ОМС / «Лист регистрации» родителя/законного представителя, имя которого состоит из одной буквы и в документе УДЛ отсутствует отчество, особый случай реестра пациентов «D_TYPE» = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U», «2»/«f».

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.

Дополнительные условия:

1. Отсутствие отчества допустимо при ссылке на «особый случай в реестре» (параметр «D_TYPE» = «2»/«f»);

2. При отсутствии в документе УДЛ имени и отчества пациента поля «Im», «Ot» не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов «D_type» = «5»/«k».

3. При отсутствии в документе УДЛ фамилии и отчества пациента поля «Fam», «Ot» не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов «D_type» = «b»/«m».

4. При отсутствии отчества у родителя/ законного представителя, на документ ОМС/ «Лист регистрации» которого подаются медицинские услуги, оказанные незарегистрированным новорожденным, параметр «D_TYPE» = «9» реестра пациентов в том числе является подтверждением, аналогичным «D_type» = «2»/«f».

5. При оформлении медицинской помощи незарегистрированным новорожденным на документ ОМС / «Лист регистрации» родителя/законного представителя, фамилия/имя которого состоит из одной буквы и в документе УДЛ отсутствует отчество, особый случай

реестра пациентов «D_TYPE» = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U», «2»/«f».

6. Фамилия, состоящая из одной буквы, и отсутствие в документе УДЛ отчества сопровождается указанием особого случая реестра пациентов «D_type» = «U».

7. Фамилия, состоящая из одной буквы, и отчество пациента, состоящее из одной буквы, сопровождаются указанием особого случая реестра пациентов «D_type» = «U».

8. Отчество пациента, состоящее из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов «D_type» = «U».

9. Имя пациента, состоящее из одной буквы, и отсутствие в документе УДЛ отчества сопровождается указанием особого случая реестра пациентов «D_type» = «U».

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
P	Наличие признаков совершения в отношении пациента противоправных действий

2.1.7. Медицинская организация, прикрепившая пациента

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

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 «admokXX») + «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 (иностранцы), 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.

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

Медицинская организация, принявшая заявление пациента о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, определяется по данным, содержащимся в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, на дату оказания медицинской услуги или дату выдачи направления на получение медицинской помощи в плановой форме.

2.1.9. Тип документа ОМС

Указывается тип документа ОМС (полиса):

«С» - полис старого образца

«В» - временное свидетельство

«Е» - временное свидетельство в формате электронного документа

«П» - полис единого образца на бумажном носителе

«Э» – электронный полис

«Х» (кириллица) – символ указывается на 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.

2.1.11. 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»/«Е») 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.

2.1.10. 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»
R4	ООО «СМК РЕСО-Мед» Московский филиал
S7	АО «СК «СОГАЗ-Мед»
R8	ООО «Капитал МС»

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.

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

Правила регистрации номера медицинской карты

При 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).

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

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,
УД – углубленная диспансеризация лиц, перенесших COVID-19.

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

Ссылка на указанный номер медицинской карты сохраняется при проведении осмотров и исследований второго этапа диспансеризации, профилактических осмотров и т.д. По завершении диспансеризации и профилактических осмотров устанавливается группа здоровья пациента по кодификатору 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» (D_TYPE = «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 одновременном лечении новорожденных при многоплодных родах фасетный номер медицинской карты, оформленной на каждого из них, должен быть уникален: для пациентов амбулаторно-поликлинических МО – в течение отчётного периода, стационаров – в течение календарного года.

При одновременном лечении (в один и тот же отчётный период) незарегистрированного 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)

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.

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 (D_TYPE = «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 от 300 до 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, номер документа удостоверяющего личность, а также орган, выдавший документ, удостоверяющий личность, и дата выдачи документа.

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

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

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

2.1.19. 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 строго обязательно при предъявлении полиса ОМС старого образца или временного свидетельства.

Код вида	Наименование документа	Код вида	Шаблон серии	Шаблон номера
----------	------------------------	----------	--------------	---------------

документа		документа по ФОМС		
v	Вид на жительство	11	S1	000000000009
p	Военный билет	7	ББ	9999990
7	Военный билет офицера запаса	17	ББ	999999
6	Временное удостоверение личности гражданина РФ	13	S	000000000009
d	Дипломатический паспорт гражданина РФ	8	99	9999999
c	Документ иностранного гражданина	21	S1	000000000009
e	Документ лица без гражданства	22	S1	000000000009
z	Заграничный паспорт гражданина РФ	15	99	9999999
8	Загранпаспорт гражданина СССР	2	S	00000009
t	Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации	28	S1	000000000009
w	Иные документы	18	S1	0000000009
2	Копия жалобы о лишении статуса беженца	27	S	000000000009
1	Паспорт гражданина РФ	14	99 99	9999990
3	Паспорт гражданина СССР	1	R-ББ	999999
a	Паспорт иностранного гражданина	9	S	000000000009
o	Паспорт Минморфлота	6	ББ	999999
4	Паспорт моряка	16	ББ	999990
q	Разрешение на временное проживание	23	S1	000000000009
g	Свидетельство о предоставлении временного убежища на тер. РФ	25	ЦЦ	9999999
b	Свидетельство о регистрации ходатайства о признании иммигрант	10	S	000000000009
9	Свидетельство о рождении РФ	3	R-ББ	999999
f	Свидетельство о рождении, выданное не в РФ	24	S1	000000000009

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

Обозначения в шаблонах серий и номеров ДУДЛ:

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

9 – любая десятичная цифра (обязательная);

0 – любая десятичная цифра (необязательная);

Б – любая русская заглавная буква;

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

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

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

2.1.20. СНИЛС пациента

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

При формировании счёта 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 (законному представителю незарегистрированного новорожденного) согласно справочнику НСИ «TerritXX».

2.1.22. Место рождения пациента

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

2.1.23. Код территории места жительства

Указывается код субъекта РФ, на территории которого проживает (зарегистрирован) пациент (законный представитель незарегистрированного 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 (законный представитель незарегистрированного 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 (законный представитель незарегистрированного 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 (законный представитель незарегистрированного новорожденного). Заполняется по документу, удостоверяющему личность. Записывается заглавными буквами.

2.1.27. Номер дома места жительства

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

2.1.28. Номер корпуса дома места жительства

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

2.1.29. Номер квартиры места жительства

Указывается номер квартиры, в которой проживает (зарегистрирован) пациент (законный представитель незарегистрированного 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 (законного представителя незарегистрированного 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 **ВНХГ** 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>);
- стационар кратковременного пребывания (СКП) (<09>).

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 клинико-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
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>.

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

Таблица 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
011	Гастроэнтерология
012	Гематология
013	Генетика
014	Гериатрия
015	Гистология
016	Дерматовенерология
017	Детская кардиология
018	Детская онкология
019	Детская урология-андрология
020	Детская хирургия
021	Детская эндокринология
022	Диабетология
023	Диетология
028	Инфекционные болезни
029	Кардиология
030	Колопроктология
034	Клиническая лабораторная диагностика
035	Клиническая микология
037	Лабораторное дело
038	Лабораторная диагностика
039	Лабораторная микология
040	Лабораторная генетика
041	Лечебная физкультура и спортивная медицина
042	Лечебное дело

043	Мануальная терапия
045	Медицинская генетика
046	Медицинский массаж
048	Медицинские осмотры (предварительные, периодические)
053	Неврология
054	Нейрохирургия
055	Неонатология
056	Нефрология
057	Общая врачебная практика (семейная медицина)
058	Общая практика
060	Онкология
061	Операционное дело
063	Ортодонтия
065	Офтальмология
066	Паразитология
067	Патологическая анатомия
068	Педиатрия
072	Психиатрия
075	Пульмонология
076	Радиология
077	Ревматология
078	Рентгенология
079	Рефлексотерапия
081	Сердечно-сосудистая хирургия
082	Сестринское дело
083	Сестринское дело в педиатрии
084	Скорая медицинская помощь
085	Стоматология
086	Стоматология детская
087	Стоматология профилактическая
088	Стоматология ортопедическая
089	Стоматология терапевтическая
090	Стоматология хирургическая
096	Сурдология-оториноларингология
097	Терапия
098	Токсикология
099	Торакальная хирургия
100	Травматология и ортопедия
103	Транспортировка гемопоэтических стволовых клеток
105	Трансфузиология
106	Ультразвуковая диагностика
108	Урология
109	Физиотерапия
111	Функциональная диагностика
112	Хирургия
113	Хирургия (трансплантация органов и тканей)

114	Хирургия (комбустиология)
115	Хранение гемопоэтических стволовых клеток
116	Челюстно-лицевая хирургия
122	Эндокринология
123	Эндоскопия
136	Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)
137	Акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)
138	Вакцинация (проведение профилактических прививок)
143	Забор, криоконсервация и хранение половых клеток и тканей репродуктивных органов
146	Косметология
147	Лечебная физкультура
151	Медицинские осмотры профилактические
158	Медицинская реабилитация
160	Неотложная медицинская помощь
162	Оториноларингология (за исключением кохлеарной имплантации)
163	Оториноларингология (кохлеарная имплантация)
166	Радиотерапия
167	Реаниматология
168	Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение
169	Санитарно-гигиенические лабораторные исследования
171	Стоматология общей практики
177	Трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток
179	Хирургия (трансплантация органов и (или) тканей)

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

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

- амбулаторный кабинет восстановительного лечения <00158>;

- отделение дневного стационара в стационарной МО (Н = 81) или амбулаторно-поликлинической МО (Н = 80) кодируется (профиль показан с 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>.

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

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

- кабинет невролога в детской городской поликлинике <200053>;

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

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

- кабинет нефролога в консультативно-диагностическом отделении круглосуточного стационара <101056>;
- кабинет нефролога в поликлиническом отделении (с прикрепленным населением) круглосуточного стационара <100056>;
- амбулаторный кабинет восстановительного лечения <300158>;
- отделение нефрологии круглосуточного стационара для взрослого населения <117056>.

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

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

2.2.5. Код медицинской организации (филиала медицинской организации)

Указывается код медицинской организации (филиала медицинской организации) по справочнику «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/свидетельства об аккредитации медицинскому работнику-исполнителю медицинской услуги (при стационарном лечении – лечащему врачу). Указываются данные сертификата/свидетельства об аккредитации по профилю медицинской услуги.

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

2.2.18. Дата 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 или FIL_ID по справочнику НСИ «sprlpuXX.dbf», значениям 5650, 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 медицинских услуг, оказанных в соответствии с имеющимся договором МО с дошкольным / школьным учреждением в соответствии с приказом ДЗМ о раскреплении – в части медицинских услуг, выполняемых в дошкольно-школьном отделении, или договором МО с учреждением по проведению вакцинопрофилактики, наличие договора/раскрепления ДЗМ на проведение лабораторной диагностики по направлению МО, не участвующих в реализации ТПОМС, оказанных иногородним пациентам, в качестве направившей МО должен указываться код МО, принявшей решение об оказании медицинской помощи, по справочнику НСИ ФОМС «F003».

Обязательно заполнение:

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

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

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

- при оказании иногородним пациентам медицинской помощи в условиях дневного стационара. При этом направившая медицинская организация должна соответствовать

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

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

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

Для случая экстренной госпитализации пациента указывается медицинская организация, доставившая пациента («LPU_ORD» = 4708 (идентификатор ССНМП 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, договорам/раскреплении ДЗМ на проведение лабораторной диагностики по направлению МО, не участвующих в реализации ТПОМС, указывается код = «8888».

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

При направлении иногородних пациентов медицинской организацией, работающей в системе ОМС Российской Федерации, указывается LPU_ID данной организации по справочнику 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 с указанием кода особого случая реестра счетов «D_TYPE» = «6».

2.3.2. Тип направления

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

Таблица 6. Тип направления

Код	Стационар	Поликлиника	Застрахованные в г. Москве	Застрахованные на иных территориях РФ	Не идентифицированные и не застрахованные по ОМС (только круглосуточный стационар + ПАО)
	<i>дневные стационары, круглосуточные стационары, включая приемное и (при составном счете на выписке 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 «reesusXX» - «Реестр медицинских услуг» пациентам, направленным в плановом порядке, без последующей госпитализации.		+	+	
2	- экстренная госпитализация (пациент доставлен бригадой СМП и НМП) (в условиях дневных стационаров не применяется); - при учёте симультанных услуг и оказании в приемном		+	+	+

	отделении медицинских услуг из справочника пакета НСИ АИС ОМС «reesusXX» - «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 «reesusXX» - «Реестр медицинских услуг» пациентам, самостоятельно обратившимся в стационар в связи с развитием (или подозрением) острого (или обострением хронического) заболевания, без последующей госпитализации</p> <p>- пациент предъявил направление от медицинской организации, не работающей в системе ОМС Российской Федерации.</p>		+	+	+
4	при учете услуг из справочника пакета НСИ АИС ОМС «reesusXX» - «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).	направление от МО - участника системы ОМС города Москвы, в т.ч. «актив» ССиНМП им. Пучкова	+	+	
6	допризывник направлен военкоматом	допризывник направлен военкоматом	+		
7		наличие распределения Москомспорта	+	+	

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

В направлении поликлиники должна быть 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 код основного диагноза входит в диапазон «D00»-«D09», «D45»-«D47», заполнение обязательно.

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

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

2.3.5. Номер талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

Поле заполняется при 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.

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

2.4.2. Дата оказания услуги/выписки

При учете простых медицинских услуг указывается дата оказания услуги.

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

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

Параметр «K_U» – указывается количество услуг, зарегистрированных по данному диагнозу на данную дату у данного специалиста / количество койко-дней при лечении в отделении дневного стационара (от даты начала лечения, до даты выписки из дневного стационара) / количество койко-дней при лечении в отделении круглосуточного

стационара. Параметр «KD_FACT» – указывается количество фактических дней, проведенных пациентов в дневном стационаре. Для круглосуточного стационара соответствует значению параметра «K_U» + 1.

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; - 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 72040, 72070, 72071, 72090, 72140, 72150, 72190, 72291, 72320, 72380, 72400, 72420, 72460, 73120, 73130, 75070, 75140, 75150, 76160, 76915, 76916, 76911, 76912, 76908, 76907, 76904, 76902, 76903, 76900, 76901, 76913, 76919, 79010, 79040, 79060, 79120, 79130, 79131, 79140, 79150, 79160, 79260, 79270, 79271, 82010, 90460, 90470, 90480,

	90490, 90500, 90510, 90520, 172030, 172031, 172070, 172071, 172110, 172111, 172190, 172191, 172230, 172231, 172240, 172241, 172270, 172271, 172290, 172291, 175010, 175011, 175020, 175021, 175060, 175061, 175100, 175101, 176100, 176101, 176070, 176071, 176110, 176111, 176150, 176151, 179050, 179051, 179070, 179071, 179170, 179171, 179290, 179291, 179330, 179331, 190220, 190221, 190260, 190261, 190460, 190461, 190480, 190481, 190482, 190483, 190490, 190491, 190500, 190501, 190510, 190511, 190520, 190521, 190530, 190531); - 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 подсистеме ПУМП АИС ОМС 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

2.4.6. Код диагноза сопутствующего заболевания

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

2.4.7. Код дополнительного диагноза осложнения заболевания

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

2.4.8. Код медицинской манипуляции

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

Перечень наименований и кодов указанных медицинских манипуляций приведен в кодификаторе НСИ АИС ОМС «НОРFF»

2.4.9. Количество проведённых медицинских манипуляций с данным кодом

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

2.4.10. Признак «Особый случай счета пациента»

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

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

2.4.11. Исход заболевания

Указывается исход заболевания

Таблица 9. Исход заболевания

Код	Наименование	Использование
101	Выздоровление в стационаре	Круглосуточный стационар, включая 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	
347	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 группа здоровья	
348	Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена II группа здоровья	
349	Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена III группа здоровья	
350	Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена IV группа здоровья	
351	Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена V группа здоровья	
353	Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья	
355	Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIа группа здоровья	
356	Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIб группа здоровья	
357	Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения - предварительно присвоена IIIа группа здоровья	
358	Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения - предварительно присвоена IIIб группа здоровья	
361	Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена II группа здоровья	
362	Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена III группа здоровья	
363	Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена IV группа здоровья	
364	Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена V группа здоровья	
365	Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена II группа здоровья	
366	Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена III группа здоровья	
367	Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена IV группа здоровья	
368	Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена V группа здоровья	
369	Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных),	

	принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, предварительно присвоена II группа здоровья	
370	Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, предварительно присвоена III группа здоровья	
371	Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, предварительно присвоена IV группа здоровья	
372	Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, предварительно присвоена V 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 «С_ZAB» - «Характер основного заболевания», равное «2» - «Впервые в жизни установленное хроническое». Указание значения «С_ZAB», равного «2», допускается только при регистрации приёма врача-онколога (врача-детского онколога) или врача-гематолога, а также при проведении онкологического консилиума;

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

- при оказании неотложной и экстренной медицинской помощи, связанной с осложнениями онкологического заболевания, учитываемой с указанием диагноза основного заболевания из раздела «С» МКБ 10, 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», «D45»-«D47»).

2.4.22. Медицинская организация, в которую направлен пациент

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

Для иногородних пациентов указывается код МО по справочнику 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»,

- ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница 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), а также с применением медицинской услуги «109634» (санация полости рта) при условии соблюдения требований приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 08.09.2021 № 855 «Об утверждении Регламента оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями в городе Москве». Услуги 146 раздела Реестра, оказанные указанными медицинскими организациями, оплачиваются вне системы горизонтальных расчетов. Медицинская услуга «109634» оплачивается только при её оказании в указанных медицинских организациях. Оплата её осуществляется за единицу объема по установленному тарифу (вне системы подушевого финансирования и горизонтальных расчётов).

Правила регистрации услуг, оказанных в женской консультации

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

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

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

Правила регистрации услуг, оказанных в центре здоровья

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

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

Медицинские услуги, оказанные зарегистрированному в центре здоровья пациенту, регистрируются в 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 КТ и МРТ

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

Особенности регистрации услуг ПЭТ / КТ

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

Особенности регистрации услуг онкологического консилиума

Проведение онкологического консилиума учитывается с использованием медицинских услуг 1781/ 101781 - «Онкологический консилиум». При регистрации в подсистеме ПУМП АИС ОМС услуг по проведению онкологического консилиума указывается ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол).

Правила регистрации услуг по диспансеризации 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 2022 год:

Возраст	Год рождения	Код комплексной услуги первого этапа диспансеризации	
		женщины	мужчины
1	2	3	4
18	2004	1936	1955
21	2001	1937	1956
24	1998	1936	1955
27	1995	1937	1956
30	1992	1936	1955
33	1989	1937	1956
36	1986	1938	1957
39	1983	1939	1958
40	1982	1940	1959
41	1981	1941	1960
42	1980	1942	1959

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

87	1935	1948	1967
88	1934	1947	1966
89	1933	1948	1967
90	1932	1947	1966
91	1931	1948	1967
92	1930	1947	1966
93	1929	1948	1967
94	1928	1947	1966
95	1927	1948	1967
96	1926	1947	1966
97	1925	1948	1967
98	1924	1947	1966
99	1923	1948	1967
100 лет и более	1922 год и ранее	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/IIIa/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/IIIa/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/IIIa/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/IIIa/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009», коды 317/318/355/356).

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

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

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

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

Код услуги	Наименование услуги
1975	Диагностические и лабораторные исследования, включенные в I этап углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1976	Тест с 6-минутной ходьбой, включенный в I этап углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1977	Определение концентрации Д-димера в крови, включенное в I этап углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1978	Компьютерная томография легких и эхокардиография, включенные во II этап углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1979	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей, включенное во II этап углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

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

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

Медицинская услуга 1977 оказывается гражданам, перенесшим заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в средней степени тяжести и выше.

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

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

По завершении первого этапа диспансеризации коды медицинских услуг (1975, 1976, 1977) вносятся в счет по ОМС на пациента.

Результат диспансеризации (поле <RSLT> реестра счета) выбирается по кодификатору НСИ АИС ОМС «RSV009xx», в который включены коды результата диспансеризации определенных групп взрослого населения и углубленной диспансеризации в соответствии с группой здоровья (коды 355, 356), либо сведения о направлении на второй этап диспансеризации (коды 357, 358).

«Исход заболевания» (поле <ISHOD> реестра счета) - выбирается значение «304» по кодификатору НСИ АИС ОМС «ISV012xx».

Одним из признаков направления на второй этап углубленной диспансеризации является результат первого этапа диспансеризации (поле <RSLT> счета на пациента), зарегистрированный в счете на комплексную услугу по углубленной диспансеризации данного пациента (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009», коды 357, 358 в соответствии с группой здоровья).

Результатом завершения II этапа углубленной диспансеризации населения является регистрация медицинских услуг 1978 и/или 1979 в счете пациента со значением результата обращения (поле <RSLT> счета), равного 355 или 356 (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009», коды 355, 356).

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

По результатам оказания медицинских услуг 1975, 1976, 1977, 1978, 1979 в счете пациента регистрируется диагноз основного заболевания:

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

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

Медицинские услуги первого этапа углубленной диспансеризации лиц, перенесших COVID-19 (1975, 1976), должны выполняться в рамках одной медицинской организации (юридического лица).

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

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

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

Правила регистрации услуг по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения ПРОФВ

Профилактический медицинский осмотр взрослого населения учитывается комплексными услугами, разработанными для различных возрастных групп женщин и мужчин (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 2022 год приведена ниже.

Возраст	Год рождения	Код услуги профилактического осмотра	
		женщины	мужчины
18	2004	1950	1969
19	2003	1949	1968
20	2002	1950	1969
21	2001	1949	1968
22	2000	1950	1969
23	1999	1949	1968
24	1998	1950	1969
25	1997	1949	1968
26	1996	1950	1969
27	1995	1949	1968
28	1994	1950	1969
29	1993	1949	1968
30	1992	1950	1969
31	1991	1949	1968
32	1990	1950	1969
33	1989	1949	1968
34	1988	1950	1969
35	1987	1951	1970
36	1986	1952	1971
37	1985	1951	1970
38	1984	1952	1971
39	1983	1951	1970
40	1982	1953	1972
41	1981	1954	1973
42	1980	1953	1972
43	1979	1954	1973
44	1978	1953	1972
45	1977	1954	1973
46	1976	1953	1972
47	1975	1954	1973
48	1974	1953	1972
49	1973	1954	1973
50	1972	1953	1972
51	1971	1954	1973
52	1970	1953	1972
53	1969	1954	1973
54	1968	1953	1972
55	1967	1954	1973
56	1966	1953	1972
57	1965	1954	1973
58	1964	1953	1972

59	1963	1954	1973
60	1962	1953	1972
61	1961	1954	1973
62	1960	1953	1972
63	1959	1954	1973
64	1958	1953	1972
65	1957	1954	1973
66	1956	1953	1972
67	1955	1954	1973
68	1954	1953	1972
69	1953	1954	1973
70	1952	1953	1972
71	1951	1954	1973
72	1950	1953	1972
73	1949	1954	1973
74	1948	1953	1972
75	1947	1954	1973
76	1946	1953	1972
77	1945	1954	1973
78	1944	1953	1972
79	1943	1954	1973
80	1942	1953	1972
81	1941	1954	1973
82	1940	1953	1972
83	1939	1954	1973
84	1938	1953	1972
85	1937	1954	1973
86	1936	1953	1972
87	1935	1954	1973
88	1934	1953	1972
89	1933	1954	1973
90	1932	1953	1972
91	1931	1954	1973
92	1930	1953	1972
93	1929	1954	1973
94	1928	1953	1972
95	1927	1954	1973
96	1926	1953	1972
97	1925	1954	1973
98	1924	1953	1972
99	1923	1954	1973
100 лет и более	1922 год и ранее	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 2022 год.

Возраст ребёнка	Год рождения	Код услуги медицинских осмотров детей
12 месяцев	2021	101933
1 год 6 месяцев	2020-2021	101934
2 года	2020	101935
3 года	2019	101936
4 года	2018	101937
5 лет	2017	101937
6 лет	2016	101938
7 лет	2015	101939
8 лет	2014	101940
9 лет	2013	101940
10 лет	2012	101941
11 лет	2011	101942
12 лет	2010	101943
13 лет	2009	101951
14 лет	2008	101944
15 лет	2007	101945
16 лет	2006	101945
17 лет	2005	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» Указывается для всех медицинских услуг, включая приёмы врачей-специалистов, лечебные процедуры и диагностические услуги, оказываемых застрахованному лицу в рамках обращения по одному заболеванию. При этом приём врача-специалиста, завершающий обращение застрахованного лица по одному заболеванию, маркируется значением «1» – «Да» в поле «Законченный случай» формы ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС. Все остальные медицинские услуги, входящие в состав такого обращения маркируются значением «2» – «Нет» в поле «Законченный случай» формы ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС;

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

Правила учёта результатов лабораторной диагностики COVID-19.

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

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 результатов лабораторной диагностики COVID-19, не входящей в базовую программу ОМС

Исследования на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, оказываются лицам, застрахованным по ОМС, контактировавшим с больным новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

В целях учёта используются коды медицинских услуг «28213» и «128213».

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 «Z03.8».

Скрининговые исследования на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, оказываются лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве.

В целях учёта используются коды медицинских услуг «28214» и «128214».

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».

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 «sрmcoXX» - «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 «DATEBEG_6» и не позднее даты, указанной в параметре «DATEEND_6».

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

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

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

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

Медицинская услуга «1974»/«101974» регистрируется в счёте МО, подведомственных федеральным органам власти, за тот же отчётный период и на ту же

дату, что и завершённый случай плановой госпитализации.

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

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

Особенности учёта медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий

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

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

– застрахованным лицам в возрасте 18 лет и старше - с использованием кода медицинской услуги «1610» – «Консультация врача (фельдшера) дистанционным способом, в том числе с применением телемедицинских технологий»;

– застрахованным лицам в возрасте от 6 до 17 лет включительно - с использованием кода медицинской услуги «101610» – «Консультация врача (фельдшера) дистанционным способом, в том числе с применением телемедицинских технологий».

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

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

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

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

Если по результатам консультации врача-онколога/врача-гематолога пациенту требуется проведение дополнительных методов обследования и/или проведение онкологического консилиума новое направление на консультацию (форма 057/у-04) не требуется. В счёте медицинской организации указываются реквизиты первичного направления на консультацию врача-онколога/врача-гематолога, выданного медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС субъекта РФ, в котором зарегистрирован полис ОМС.

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

Указанные нормы распространяются также на проведение онкологического консилиума.

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

Приёмы врача-онколога (медицинские услуги с кодами «1191», «1192», «1193», «1195»), а также онкологический консилиум (медицинская услуга с кодом 1781) подлежат оплате в случаях:

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

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

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

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

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

Гистологические, иммуногистохимические, иммуноцитохимические и молекулярно-генетические исследования лицам со злокачественными новообразованиями (код диагноза основного заболевания из раздела «С» или разделов «D00» – «D09», «D45» – «D47»), получающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, учитываются с использованием кодов медицинских услуг раздела 29 Реестра. Оплата указанных медицинских услуг, за исключением услуг с кодами «29001» - «29003», осуществляется:

– при их проведении в 6 медицинских организациях: ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ», ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, ГБУЗ «МГОб № 62 ДЗМ», ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», при выполнении одного из следующих условий:

– медицинская услуга выполнена вне случая госпитализации, при наличии в хронологически более раннем периоде, составляющем 30 календарных дней, зарегистрированных для данного застрахованного лица медицинских услуг по забору биологического материала: «3069», «3103», «3104», «5034», «8044», «21004», «21012», «21022», «21027», «21033», «35410», «35411», «45406», «45409», «45410», «51157», «51203», «51354», «51355», «51454», «51551», «51552», «51651», «52006», «52118», «52360», «52404», «52407», «52408», «53207», «53361», «97159», «97160», «97161», «97162», «97163», «97164», «97165», или при наличии направления по форме 014/у от другой медицинской организации в соответствии с маршрутизацией материала, утвержденной приказом Департамента здравоохранения города Москвы №230.

– медицинская услуга оказана застрахованному лицу, получающему медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (при заборе биологического материала в период госпитализации и выполнении данной услуги в той же медицинской организации). При этом такая медицинская услуга подлежит оплате в случае проведения оперативного вмешательства в рамках данной госпитализации. При учёте медицинских услуг по гистологическим, иммуногистохимическим, иммуноцитохимическим и молекулярно-генетическим исследованиям (раздел 29 МГР, независимо от диагноза основного заболевания) в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол исследования).

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

Обращения при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» (комплексные посещения) формируются по следующему принципу: первичные консультации врачей-специалистов (невролог, травматолог-ортопед, кардиолог, пульмонолог, онколог, терапевт), врача по лечебной физкультуре и (или) врача-физиотерапевта, услуги (процедуры) по лечебной физкультуре, физиотерапии, медицинскому массажу, а также повторные консультации вышеперечисленных врачей-специалистов в течение 1,5 месяцев для которых зарегистрирован один и тот же диагноз по МКБ-10.

При этом значение признака реабилитации (параметр REAB) должно быть = «1», или профиль кабинета должен быть = «158» у всех медицинских услуг, входящих в обращения при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Особенности учёта медицинской помощи при наличии подозрения на злокачественное новообразование

При подозрении (наличии клинических, лабораторных и/или инструментальных данных, которые позволяют предположить наличие онкологического заболевания и/или не позволяют его исключить) у пациента онкологического заболевания соответствующий приём врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врачей-специалистов в обязательном порядке маркируется значением признака «DS_ONK» (Признак подозрения на злокачественное новообразование) = «1».

Кроме того, вся последующая медицинская помощь, связанная с подозрением у пациента онкологического заболевания, включая консультации врачей-специалистов и диагностические мероприятия, также в обязательном порядке маркируется значением признака «DS_ONK» = «1».

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

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

Правила расчёта объёмов фактически оказанной медицинской помощи в сервисе Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС

1 Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1 Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь по посещениям и обращениям:

1.1.1. Строка «Посещений - всего, в том числе» - суммарное количество и стоимость: Посещения из пункта «1.1.2.» + суммарное количество ТАП, имеющих значение P_CEL = 1.0, а также суммарная стоимость услуг в таких ТАП;

1.1.2. Строка «Посещений с иными целями, всего - в том числе:» - суммарное количество и стоимость медицинских услуг АПП из пункта «1.1.3.» + «1.1.4.»;

1.1.3. Строка «Посещения с профилактическими и иными целями» – количество ТАП, имеющих значение P_CEL = 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 2.6, а также суммарная стоимость медицинских услуг АПП в таких ТАП;

1.1.4. Строка «Посещения по неотложной медицинской помощи» – количество ТАП, имеющих значение P_CEL = 1.1, а также суммарная стоимость медицинских услуг АПП в таких ТАП;

1.1.5 Строка «Обращения, всего - в том числе:» – количество ТАП, имеющих значение P_CEL = 3.0/3.1 в совокупности со значением параметра «Законченный случай» в форме ТАП, равным «1». Суммарная стоимость вычисляется из стоимости медицинских услуг АПП в ТАП, имеющих значение P_CEL = 3.0/3.1 в совокупности со значением параметра «Законченный случай» в форме ТАП, равным «1», а также ТАП, имеющих значение P_CEL = 3.0/3.1 в совокупности со значением параметра «Законченный случай» в форме ТАП, равным «2» при условии наличия диагноза основного заболевания с точностью до ХХХ (рубрики МКБ-10) соответствующего с диагнозом основного заболевания в ТАП, имеющим значение P_CEL = 3.0/3.1 в совокупности со значением параметра «Законченный случай» в форме ТАП, равным «1». Также в данную строку включаются объёмы фактически оказанной медицинской помощи по ПЭТ/КТ и предварительному обследованию пациентов, поступающих в федеральные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при плановой госпитализации.

1.2 ПЭТ/КТ:

1.2.1. Строка «ПЭТ/КТ - всего, из них:» – количество и стоимость медицинских услуг «37060», «37061», «37062», «137060», «137061»;

1.2.2. Строка «ПЭТ/КТ всего тела» – количество и стоимость медицинских услуг «37060», «137060»;

1.2.3. Строка «ПЭТ/КТ головного мозга» – количество и стоимость медицинских услуг «37061», «137061»;

1.2.4. Строка «ПЭТ/КТ предстательной железы» – количество и стоимость медицинских услуг «37062»;

1.3 «Предварительное обследование пациентов, поступающих в федеральные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при плановой госпитализации» - количество и стоимость медицинских услуг «1974»/«101974»;

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»).

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

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

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

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

- в случаях назначения противоопухолевой терапии пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря а также пациентам с колоректальным раком или меланомой, 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, рак мочевого пузыря, рак яичника, рак желудка, опухоли головы и шеи) (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, оплачиваемых дополнительно к базовому тарифу;

- в случаях назначения противоопухолевой терапии пациентам с иной локализацией злокачественного новообразования для учета используются соответствующие коды «97» / «197» раздела Реестра («97107», «97144» – «97157», «97166» – «97187», «197020» – «197029»). Использованные 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 / 197

используются коды: «36022» / «136022» «Имплантация порт-системы с уходом в период ее эксплуатации», «36023» / «136023» «Установка периферического имплантируемого центрального венозного катетера», «36024» / «136024» «Удаление порт-системы».

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

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

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

По окончании лечения врач дневного стационара в «Статистической карте выбывшего из стационара» (ф. 066/у-02) производит запись о количестве дней, 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) параметры «K_U» и «KD_FACT» указываются равным «1».

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

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.

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

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

– случаи оказания медицинской помощи родильницам учитываются медицинской услугой «97190» – «Дневной стационар акушерского профиля (родильницы)»;

– случаи оказания медицинской помощи по лечению, обследованию, наблюдению пациенток (за исключением беременных и рожениц) учитываются медицинской услугой

«97191» – «Лечение/обследование/наблюдение пациенток гинекологического профиля в условиях дневного стационара»;

– случаи прерывания беременности медикаментозным способом учитываются медицинской услугой «97192» – «Дневной стационар акушерского профиля (прерывание беременности медикаментозным способом)»;

Особенности учёта медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями

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

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

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

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

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

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

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

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

Особенности учёта медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»

При проведении медицинской реабилитации в условиях дневного стационара код комплексной медицинской услуги разделов 97/197 МГР должен иметь значение признака реабилитации (параметр REAB) = «1», или должны быть оказаны в отделении дневного стационара с профилем «158».

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

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

Правила расчёта объёмов фактически оказанной медицинской помощи

Медицинская помощь в условиях дневного стационара:

1.1. Общие объёмы – все случаи госпитализации в ДС и случаи госпитализации по ВМП (дневной стационар), за исключением случаев госпитализации по ВМП (дневной стационар) с использованием медицинских услуг раздела «397» МГР;

1.2. «Дневной стационар (без учета гемодиализа, ЭКО и эндоскопии)» – все случаи госпитализации в ДС за исключением случаев госпитализации в ДС с использованием медицинских услуг «97008», «97009», «97010», «97011», «97041», «197010», «197011», «97159» - «97164», а также все случаи госпитализации по ВМП (дневной стационар), за исключением случаев госпитализации по ВМП (дневной стационар) с использованием медицинских услуг раздела «397» МГР;

1.2.1. «в т.ч. онкология (за исключением медицинской помощи детям)» (DHOSP_ONK):

– случаи госпитализации в ДС, в которых применен хотя бы один код медицинской услуги раздела «97», с диагнозом основного заболевания раздела «С» или «D00» - «D09», или «D45» - «D47», за исключением случаев госпитализации в ДС, в которых применен хотя бы один код медицинской услуги «97165» – «97187», «97004», «97060» – «97073».

– случаи госпитализации по ВМП (дневной стационар), в которых применен хотя бы один код медицинской услуги раздела «297» с диагнозом основного заболевания раздела «С» или «D00» - «D09», или «D45» - «D47», оказанные лицам 18 лет и старше на дату начала госпитализации;

1.2.2. «в т.ч. химиотерапия (без гематологии)» – случаи госпитализации в ДС с использованием медицинских услуг «97107» – «97158», «197024», «197029»;

1.2.3. «в т.ч. лучевая терапия (2D)» – случаи госпитализации в ДС с использованием медицинских услуг «97014» – «97018», «197014» – «197016»;

1.2.4. «в т.ч. ВМП (лучевая терапия 3D-4D)» – случаи госпитализации по ВМП (дневной стационар) с использованием медицинских услуг раздела «297» за исключением услуги «297356»;

1.2.5. «в т.ч. детская гематология и онкология» (DHOSP_OGCH):

– случаи госпитализации в ДС, в которых применен хотя бы один код медицинской услуги «197020» – «197023», «197025» – «197028»;

– случаи госпитализации в ДС, в которых применен хотя бы один код медицинской услуги раздела «197» с диагнозом основного заболевания раздела «С» или «D00» - «D09», или «D45» - «D47»;

– случаи госпитализации по ВМП (дневной стационар), в которых применен хотя бы один код медицинской услуги раздела «297» с диагнозом основного заболевания раздела «С» или «D00» - «D09», или «D45» - «D47», оказанные лицам младше 18 лет на дату начала госпитализации;

1.2.6. «в т.ч. гематология (за исключением медицинской помощи детям)» (DHOSP_GEM) – случаи госпитализации в ДС, в которых применен хотя бы один код медицинской услуги «97004», «97165» – «97187», «97060» – «97073»;

1.2.7. «в т.ч. прочее» – все остальные случаи госпитализации с применением кодов медицинских услуг разделов «097», «197» и «297», не отнесённые к иным разделам;

1.3. «Заместительная почечная терапия, в т.ч.» – суммарное количество и стоимость госпитализаций в ДС из пунктов «1.8.1» + «1.8.2»;

1.3.1. «в т.ч. гемодиализ» – случаи госпитализации в ДС с использованием медицинских услуг «97010», «197010»;

1.3.2. «в т.ч. перитонеальный диализ» – случаи госпитализации в ДС с использованием медицинских услуг «197011», «97009», «97008», «97011»;

1.4. «ЭКО» – случаи госпитализации в ДС с использованием медицинской услуги «97041»;

1.5. «Эндоскопическая диагностика» – случаи госпитализации в ДС с использованием медицинских услуг «97159» – «97164».

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, указанных в приложениях № 8.1 и № 8.1.1 к Тарифному соглашению. Для учета кодов услуг используется справочник НСИ «ReesmsXX».

Для всех медицинских организаций, кроме подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, при регистрации медицинских услуг 61/161-92/192, 200, 300 разделов Реестра в обязательном порядке регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

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 «profmsXX».

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

При отсутствии в справочнике НСИ «profmsXX» 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) 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.

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

- случаев проведения противоопухолевой лекарственной терапии с лекарственным возмещением (коды медицинских услуг 97158 / 81094);
- случаев оказания ВМП (разделы 200/297/300/397);
- случаев применения комплексных медицинских услуг, приведенных в приложении № 8.1.1 к Тарифному соглашению.

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 «sprncоXX» - «Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации мер по противодействию угрозе распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)».

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

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

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

Оценка корректности использования медицинскими организациями выделенных объемов 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).

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.

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

Особенности регистрации услуг по лучевой терапии

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

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

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

Правила расчёта объёмов фактически оказанной медицинской помощи

Стационарная медицинская помощь:

1.1 Общий объём стационарной медицинской помощи – общее количество госпитализаций в КС, госпитализаций по ВМП, случаев оказания медицинской помощи в приёмных отделениях, за исключением случаев госпитализации в КС и госпитализации по ВМП в которых присутствуют медицинские услуги раздела 300;

1.2 Контроль и правила расчёта фактических показателей по профилям медицинской помощи в стационарных условиях.

Контроль ведётся по всем формам оказания медицинской помощи (плановая и экстренная).

Профиль госпитализации в КС или госпитализации по ВМП определяется по справочнику НСИ «profmsXX» по хронологически более позднему МС/ВМП по сочетанию кода специальности врача и кода МС/ВМП. В случаях, когда таким МС является услуга «83»/«183» раздела, «56029», «156003», проверяется предшествующий по хронологии МС в рамках рассматриваемой госпитализации в КС.

Для следующих параметров действуют особые правила расчёта:

– профиль «медицинская реабилитация» вычисляется из фасетного кода отделения (2-3 цифры фасетного кода отделения = 69, 87, 88, 89) или из кода законченного случая (TIP = R), или из кода особого случая (d_type = R);

– профиль «гериатрия» вычисляется по коду диагноза сопутствующего заболевания (R54);

– профиль «анестезиология и реаниматология» – случаи госпитализации в КС, в которых присутствуют только медицинские услуги разделов «83» и «183» или медицинские услуги «56029» и «156003» (за исключением медицинских услуг «56029» и «156003», присутствующих в случаях оказания медицинской помощи в приёмных отделениях);

– профиль «радиология, радиотерапия» – является суммарным значением случаев госпитализаций в КС или госпитализаций по ВМП по профилям «радиология» и «радиотерапия»;

– профиль «хирургия» – является суммарным значением случаев госпитализаций в КС и госпитализаций по ВМП по профилям «колопроктология», «хирургия (абдоминальная)», «хирургия (комбустиология)», «хирургия»;

– «гематология (за исключением медицинской помощи детям)» (HOSP_05) включает в себя:

– случаи госпитализации в КС, отнесённые к профилю «гематология» по справочнику НСИ «profms», за исключением случаев госпитализации в КС, которым профиль «гематология» присвоен на основании МС с маской кода «1XXXXX»;

– случаи госпитализации по ВМП, отнесённые к профилю «гематология» по справочнику НСИ «profms», оказанные лицам 18 лет и старше на дату начала госпитализации;

– «детская онкология и гематология» (HOSP_17) включает в себя:

– случаи госпитализации в КС и случаи госпитализации по ВМП, отнесённые к профилю «детская онкология» по справочнику НСИ «profms»;

– случаи госпитализации в КС, отнесённые к профилю «гематология» по справочнику НСИ «profms», которым профиль «гематология» присвоен на основании МС с маской кода «1XXXXX»;

– случаи госпитализации по ВМП, отнесённые к профилю «гематология» по справочнику НСИ «profms», оказанные лицам моложе 18 лет на дату начала госпитализации;

Подстроки профиля «акушерство и гинекология»:

– «в т.ч. роды» – случаи госпитализации в КС, для которых профиль медицинской помощи определён как «акушерство и гинекология», имеющие в составе медицинскую услугу с кодом «76912»;

– «в т.ч. «акушерство» (с сохранением беременности)» – случаи госпитализации в КС, для которых профиль медицинской помощи определён как «акушерство и гинекология», имеющие в составе медицинские услуги с кодами «76900» - «76911»;

– «в т.ч. «гинекология» – все остальные случаи госпитализации в КС и госпитализации по ВМП, для которых профиль определён как «акушерство и гинекология», за исключением случаев госпитализации в КС по профилю «акушерство и гинекология», оказанные в отделении, имеющем 2-3 символы фасетного кода = «09»;

– «в т.ч. условиях СКП» – случаи госпитализации в КС по профилю «акушерство и гинекология», оказанные в отделении, имеющем 2-3 символы фасетного кода = «09»;

Подстроки профилей «оториноларингология», «офтальмология», «травматология и ортопедия», «урология», «детская урология-андрология», «хирургия», «детская хирургия», «челюстно-лицевая хирургия», «онкология»:

– «в т.ч. условиях круглосуточного стационара» – случаи госпитализации в КС и случаи госпитализации по ВМП по соответствующему профилю, за исключением оказанных в СКП (отделении, имеющем 2-3 символы фасетного кода = «09»);

– «в т.ч. условиях СКП» – случаи госпитализации в КС по соответствующему профилю, оказанные в отделении, имеющем 2-3 символы фасетного кода = «09»;

– «COVID-19» – случаи госпитализации в КС, содержащие в себе хотя бы один из следующих МС: 61440, 161440, 161441, 61410, 161410, 161411, «161462», «161463».

1.3. «ПРОЧИЕ для МО ДЗМ:

– все случаи плановой (ORD = 1/6) госпитализации в КС и госпитализации по ВМП, оказанные в медицинских организациях, подведомственных ДЗМ, отнесение которых к иным разделам не представляется возможным;

– все случаи экстренной (ORD = 2/3) госпитализации в КС и госпитализации по ВМП, оказанные в медицинских организациях, подведомственных ДЗМ, отнесение которых к иным разделам не представляется возможным;

– все случаи оказания медицинской помощи в приёмном отделении, выполненные в медицинских организациях, подведомственных ДЗМ, а также все формы Ф066 в подсистеме ПУМП АИС ОМС, состоящие только из одного медицинского стандарта разделов 84/184 МГР независимо от отделения, в котором они оказаны;

– случаи госпитализации в КС, для которых триггерным МС является МС с кодами: 70130, 72360, 72440, 73030, 73050, 75050, 75120, 75130 в сочетании со специальностью врача «41» (онкология) по справочнику PROFMS И такой МС оказан не в отделении СКП (т.е. в отделении с 2-3 цифрами фасетного кода <> 09);

– подстрока «в т.ч. по профилю «терапия» – все случаи госпитализации в КС и госпитализации по ВМП, оказанные в медицинских организациях, подведомственных ДЗМ, для которых профиль определён как «терапия»;

– подстрока «в т.ч. по профилю «педиатрия» – все случаи госпитализации в КС и госпитализации по ВМП, оказанные в медицинских организациях, подведомственных ДЗМ, для которых профиль определён как «педиатрия».

1.4. «ПРОЧИЕ (без разделения на профили для организаций федерального подчинения и частной формы собственности)» – все случаи госпитализации в КС и госпитализации по ВМП, оказанные в медицинских организациях частной формы собственности, а также подведомственных федеральным органам исполнительной власти (все медицинские организации, кроме подведомственных ДЗМ), за исключением случаев госпитализации в КС, отнесённых к COVID-19, а также случаев госпитализации в КС и случаев госпитализации по ВМП, отнесённых к профилям «радиология, радиотерапия» и «онкология».

1.5. «в т.ч. ВМП» – случаи госпитализации по ВМП, за исключением случаев госпитализации по ВМП в которых присутствуют медицинские услуги раздела 300;

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 56.029/156.003).

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

Дополнительно на вкладке форма 066/у в системе подсистеме ПУМП АИС ОМС 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 или необходимая медицинская манипуляция, 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, 76915, 76916, 76911, 76912, 76908, 76907, 76904, 76902, 76903, 76900, 76901, 76913, 76919, 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 или медицинской манипуляции, проведенной пациенту, учитываются в программе учета медицинской помощи (подсистема ПУМП АИС ОМС) с использованием Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении Номенклатуры медицинских услуг»).

В случае, когда помимо оперативного вмешательства или медицинской манипуляции по поводу основного заболевания, предъявленного к оплате, пациенту в период одной госпитализации проводятся иные оперативные вмешательства по поводу сопутствующих и/или конкурентных заболеваний, 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 кодами медицинских услуг разделов 80, 180.

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, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, 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, рак мочевого пузыря, рак яичника, рак желудка, опухоли головы и шеи) (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, 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», 36024 / 136024 «Удаление порт-системы». В случае проведения онкологического консилиума детям с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела 190 используется код «101781» - «онкологический консилиум».

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 подсистеме ПУМП АИС ОМС. Перечень противоопухолевых препаратов, подлежащих учету, размещен в соответствующем разделе подсистемы ПУМП АИС ОМС.

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

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

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

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

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

В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения или лучевой терапии предусматривает интервал между циклами, повторное направление на госпитализацию для прохождения очередного курса/цикла не требуется. В счете медицинской организации указываются реквизиты первичного направления на госпитализацию, выданного по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования.

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 подсистеме ПУМП АИС ОМС на вкладке «форма 066/у».

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

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

Коды медицинских услуг 76900 - 76911 применяются в отделениях патологии беременности (включая наблюдательные и боксированные палаты). Допускается использование кодов медицинских услуг 76900, 76904, 76905, 76906, 76907 в гинекологических отделениях многопрофильных стационаров.

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

При родоразрешении (комплексная медицинская услуга 76912) создается персона новорожденного, в счете на которого регистрируется медицинская услуга «101740» – «Первая консультация неонатолога».

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

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

3.3.9. Особенности 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 (не старше одного года на дату госпитализации) врачом-неонатологом 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 с массой от 300 до 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.

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.

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

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

Профиль койки	Медицинская организация
Реабилитационные для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств	ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»
Реабилитационные для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»

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

При выявлении в процессе госпитализации заболеваний, относящихся к особо опасным инфекциям; заболеваний, передаваемых половым 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 направляющему 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 в форме Ф. 066 учитываются отдельные медицинские услуги, включенные в приложение № 8.2 к Тарифному соглашению.

Для учета дополнительных услуг допускается использование следующих кодов:

1) проведение пациенту методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиализация, плазмаферез и др.) и перитонеального диализа при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующим кодом 49 раздела, у детей кодом 149 раздела 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 (подсистема ПУМП АИС ОМС) 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 в сочетании с кодами медицинских услуг и дополнительными критериями, соответствующих медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям, размещены в справочнике автоматизированной информационной системы НСИ («msmkbeXX»).

При оказании медицинской помощи на уровне приемного отделения без последующей госпитализации, в счете указывается услуга 1.701 – 1.780/101.701 – 101.763 (при ее наличии в справочнике «uslxtXX») (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 «sprved» - «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 COVID-19, в медицинских организациях, включенных в справочник «sprncоXX».

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

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

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

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

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

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

В случаях проведения пациентам лекарственной терапии при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения коронавирусной инфекции (2019-nCoV) (коды медицинских услуг 61440/161440/161441) вносятся сведения об использованных при лечении в условиях круглосуточного стационара лекарственных

препаратах, включенных в Приложение № 17.1 «Тарифы на оплату лекарственных препаратов при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу», утвержденное Тарифным соглашением год.

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 «sprncоXX» и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1»), специализированное отделение данной медицинской организации (в случае наличия МО в справочнике НСИ АИС ОМС «sprncоXX» и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1») или выписки пациента для прохождения лечения на дому.

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

- выписки пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 для прохождения лечения на дому (код законченного случая госпитализации «0»);
- перевода пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 в специализированное отделение в рамках одной МО (код прерванного случая «7», а также регистрация на тот же номер истории болезни одной из медицинских услуг 61440, 161440, 161441). Возможно только для МО, включенных в справочник НСИ АИС ОМС «sprncоXX» 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 «sprncоXX» и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1» (код законченного случая госпитализации «0» в сочетании с кодом особого случая «3»).

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

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

Одновременно с кодами основных комплексных медицинских услуг 61440, 161440, 161441, за исключением медицинских услуг в форме 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, 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 кодами 149002 и 149016 дополнительно к коду основной медицинской услуги;

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

Коды медицинских услуг, 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 учёт и оплата только одной услуги 61440, 161440, 161441. Отдельные медицинские услуги (за исключением указанных выше), выполненные в приемном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого были оказаны услуги 61440, 161440, 161441 (включая период нахождения пациента в реанимационном отделении, а также услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого данные услуги были оказаны), дополнительной оплате не подлежат. Исключение составляют случаи пребывания пациента в реанимационном отделении на протяжении всего срока госпитализации (счёт состоит только из услуг 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 61440, 161440, 161441 (включая услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого данные услуги были оказаны), подлежат учёту в форме Ф066 подсистемы ПУМП АИС ОМС на вкладках «Операции» и «ДИ».

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

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

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

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

При этом регистрация комплексных медицинских услуг с кодами «67160», «72450», «72470» возможна только в отделениях СКП.

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

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

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).

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

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

- соответствие наименования вида ВМП, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения, метода лечения и профиля медицинской помощи аналогичным параметрам, установленным в Перечне видов ВМП, 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 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» и от 30.01.2015 № 29н «О формах статистического 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 случае, если хотя бы одно из вышеуказанных условий не выполнено, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующему коду комплексной медицинской услуги исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. В рамках одной госпитализации осуществляется 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.

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

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 (подсистема ПУМП АИС ОМС). Обоснованность применения данных методов должна быть подтверждена протоколом отборочной комиссии медицинской организации-исполнителя услуги.

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

- в ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»; счета за выполненные 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.

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

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», «D45»-«D47» в случае выдачи направления в иную МО пациенту, в связи с наличием подозрения на онкологическое заболевание.
NAPR_MO	МО, в которую выдано направление	Заполнение обязательно в случае выдачи направления в иную МО пациенту, в связи с

		наличием подозрения на онкологическое заболевание.
DIAG_TIP	Тип диагностического показателя.	Обязательно к заполнению при взятии материала и получении результата диагностики. 1 - гистологический признак; 2 - маркер (ИГХ). В иных случаях не заполняется.
DIAG_CODE	Код диагностического показателя	Обязательно к заполнению при взятии материала и получении результата диагностики. При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником «onmrf_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 «onmrfXX»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onighXX». В иных случаях не заполняется.
DIAG_DATE	Дата взятия материала	Обязательно к заполнению при взятии материала и получении результата диагностики. В иных случаях не заполняется.
REC_RSLT	Признак получения результата диагностики	Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики. В иных случаях не заполняется.

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

Наименование параметра	Описание	Примечание
<i>Сведения о случае лечения онкологического заболевания</i>		
DS1_T	Повод обращения.	Заполняется по классификатору «onreasXX». Обязательно при диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон «D00» - «D09», «D45»-«D47». Исключение: условие оказания МП вне медицинской организации, проведение реабилитации (REAB = 1), отсутствие онкологического заболевания.
STAD	Стадия заболевания.	Заполняется по классификатору «onstadXX». Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1_T={0,1,2,3,4}). При оказании ВМП заполнение обязательно только при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2}).

		В иных случаях не заполняется.
ONK_T	Значение Tumor.	Заполняется по классификатору «ontum_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).
BSA	Площадь поверхности тела (м ²)	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.
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, «D45»-«D47», при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T = 0 / 1 / 2) в условиях стационара или дневного стационара, а

		также в случае оказания ВМП. Исключения: условие оказания МП вне медицинской организации, REAB = 1, DS_ONK = 1. В иных случаях не заполняется.
HIR_TIP	Тип хирургического лечения	Заполняется по классификатору «onhir_XX». Заполнение обязательно при USL_TIP=1. В иных случаях не заполняется.
LEK_TIP_L	Линия лекарственной терапии	Заполняется по классификатору «onleklXX». 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», «D45»-«D47». В иных случаях не заполняется.
DT_CONS	Дата проведения консилиума	Заполнение обязательно, если консилиум проведен (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 ondopkXX. 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 С81-С96, 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 таргетXX 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 таргетXX 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 таргетXX 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» , «D45»-«D47» в случае выдачи направления в иную МО пациенту, в связи с наличием подозрения на онкологическое заболевание.
NAPR_MO	МО, в которую выдано направление	Заполнение обязательно в случае выдачи направления в иную МО пациенту, в связи с наличием подозрения на онкологическое заболевание.
<i>Сведения о диагностическом показателе</i>		
DIAG_TIP	Тип диагностического показателя.	Заполнение обязательно при взятии материала / получении результата диагностики. 1 - гистологический признак; 2 - маркёр (ИГХ). В иных случаях не заполняется.
DIAG_CODE	Код диагностического показателя	Заполнение обязательно при взятии материала / получении результата диагностики. При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником «onmrf_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 «onmrfXX»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onightXX». В иных случаях не заполняется.
DIAG_DATE	Дата взятия материала	Заполнение обязательно при взятии материала / получении результата диагностики. В иных случаях не заполняется.
REC_RSLT	Признак получения результата диагностики	Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики. В иных случаях не заполняется.
<i>Сведения о противопоказании или отказе</i>		
PROT	Код противопоказания или отказа	Заполнение обязательно при наличии сведений о противопоказании / отказе.
D_PROT	Дата регистрации противопоказания или отказа	Заполнение обязательно при наличии сведений о противопоказании / отказе.

Раздел 4. Общие положения по расчёту стоимости и контролю медицинской помощи

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 клиничко-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, 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 с учетом тарифа на законченный (прерванный) случай госпитализации, за исключением:

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

- услуги 97158 «Дневной стационар онкологического профиля для проведения процедур химиотерапии (рак легкого, колоректальный рак, рак молочной железы, меланома, рак почки, рак предстательной железы, рак мочевого пузыря, рак яичника, рак желудка, опухоли головы и шеи) (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, 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, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, новообразований колоректальной локализации и меланомы, осуществляется при оплате основной медицинской услуги по базовому тарифу (использовании для учета кода медицинской услуги 97158).

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

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, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, 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, рак мочевого пузыря, рак яичника, рак желудка, опухоли головы и шеи) (базовый тариф)») осуществляется оплата противоопухолевых лекарственных препаратов, использованных при лечении, согласно Перечню противоопухолевых лекарственных препаратов и ценам, установленным Тарифным соглашением, 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, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, новообразований колоректальной локализации и меланомы, осуществляется при оплате основной медицинской услуги по базовому тарифу (использовании для учета кода медицинской услуги 81094).

В случаях проведения пациентам лекарственной терапии при лечении коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) (коды медицинских услуг 61440/161440/161441) осуществляется оплата лекарственных препаратов, использованных при лечении по тарифам, установленным Приложением № 17.1 «Тарифы на оплату лекарственных препаратов при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу», утвержденным Тарифным соглашением.

Возмещение стоимости лекарственных препаратов, использованных при лечении коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара, осуществляется при оплате основной медицинской услуги (базового тарифа) (коды медицинских услуг 61440/161440/161441).

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.

Таблица расчёта длительности госпитализации и стоимости медицинских услуг, оказываемых в дневном и круглосуточном стационарах

Параметр	Схема учёта услуг									
	ВМП в КС (200 / 300 раздел)	Услуги ДС 97001, 97002, 197001, 197002, 197003, 97005, 97008, 97009, 97010, 97030, 197010, 197011, 97189-97192	МС	83 раздел услуг в КС	183 раздел услуг в КС	Услуги 81094, 61440, 161440, 161441	Услуга в ДС 97041	Услуги ДС 97013/ 197013	Услуги ДС (97, 197)	Услуга ДС 97158
В файле услуг (S) поле K_U	K_U = KD_FACT, кроме отдельно регламентированных услуг ВМП в ДС (397 / 297 раздел)	<p>K_U равно разности даты поступления в движение (D1) и даты перевода / выписки (D2) из движения по отделению.</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, K_U равно разности даты поступления в первое движение (D1) и даты перевода / выписки (D2) из последнего движения по отделению.</p>	K_U = KD_FACT	K_U = KD_FACT	K_U = KD_FACT	K_U = KD_FACT	<p>K_U равно разности даты поступления в движение (D1) и даты перевода / выписки (D2) из движения по отделению.</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, K_U равен разности даты поступления в первое движение (D1) и даты перевода / выписки (D2) из последнего движения по отделению.</p>	<p>K_U равно разности даты поступления в движение (D1) и даты перевода / выписки (D2) из движения по отделению.</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, K_U равен разности даты поступления в первое движение (D1) и даты перевода / выписки (D2) из последнего движения по отделению.</p>	<p>K_U равно разности даты поступления в движение (D1) и даты перевода / выписки (D2) из движения по отделению.</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, K_U равен разности даты поступления в первое движение (D1) и даты перевода / выписки (D2) из последнего движения по отделению.</p>	

<p>В файле услуг (S) поле KD_FACT</p>	<p>Количество дней, фактически проведенных пациентом в дневном стационаре (KD_FACT, пациенто-дней) равно разности даты поступления (D1) и даты перевода / выписки (D2) движения по отделению:</p> <p>KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, KD_FACT равен сумме фактических пациенто-дней всех преобразуемых движений.</p>	<p>KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1) + 1; • 1 (если D2 = D1)</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, KD_FACT равен сумме фактических пациенто-дней всех преобразуемых движений.</p>	<p>KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, KD_FACT равен сумме фактических пациенто-дней всех преобразуемых движений.</p>	<p>KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)</p>	<p>KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)</p>	<p>KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, KD_FACT равен сумме фактических пациенто-дней всех преобразуемых движений.</p>	<p>KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1) + 1; • 1 (если D2 = D1)</p>	<p>KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1) + 1; • 1 (если D2 = D1)</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, KD_FACT равен сумме фактических пациенто-дней всех преобразуемых движений.</p>	<p>KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1) + 1; • 1 (если D2 = D1)</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, KD_FACT равен сумме фактических пациенто-дней всех преобразуемых движений.</p>	<p>KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1) + 1; • 1 (если D2 = D1)</p> <p>Для движений, преобразуемых в одну запись в S, KD_FACT равен сумме фактических пациенто-дней всех преобразуемых движений.</p>
<p>Преобразование в одну запись в счёте</p>	<p>Параметры: - Диагноз - Пациент - Код услуги/МС</p>	<p>Параметры: - Диагноз - Пациент - Код услуги/МС</p>	<p>Параметры: - Диагноз - Пациент - Код услуги/МС</p>	<p>Движения с кодом 83 не преобразуются в одну запись в S.</p>	<p>Движения с кодом 183 не преобразуются в одну запись в S</p>	<p>Параметры: - Диагноз - Пациент - Код услуги/МС</p>	<p>Движения с кодом 97041 не преобразуются в одну запись в S</p>	<p>Параметры: - Диагноз - Пациент - Код услуги/МС</p>	<p>Параметры: - Диагноз - Пациент - Код услуги/МС</p>	<p>Параметры: - Диагноз - Пациент - Код услуги/МС</p>

В файле услуг (S) поле Tip	v	Не заполняется	Код прерывания последнего по дате движения с указанным кодом MC в ф66 (при преобразовании в одну запись в S)	Код прерывания каждого движения с указанным кодом 83 в ф66 Ограничения в справочнике tipno	Код прерывания каждого движения с указанным кодом 183 в ф66	Код прерывания последнего по дате движения с указанным кодом 81094 в ф66 (при преобразовании в одну запись в S)	Не заполняется	Не заполняется	Код прерывания последнего по дате движения с указанным кодом MC в ф66 (при преобразовании в одну запись в S)	Код прерывания последнего по дате движения с указанным кодом MC в ф66 (при преобразовании в одну запись в S)
Стоимость услуг по справочнику tarimu	TARIF	STKD * KD_FACT,	Для ЗС: TARIF Для ПС: • STKD*K_U • TARIF, если (STKD * K_U) > TARIF	STKD * K_U для каждого движения кода 83050 Для движений с кодами 83010, 83020, 83030, 83040: • TARIF, если (STKD * K_U) > TARIF • STKD*K_U, если (STKD * K_U) <:TARIF 3	STKD * K_U	Для ЗС: TARIF Для ПС: • STKD*K_U • TARIF, если (STKD * K_U) > TARIF Стоимость ЛС по алгоритму	TARIF	TARIF	Для ЗС: TARIF Для ПС: • STKD* KD_FACT • TARIF, если (STKD * KD_FACT) > TARIF кроме отдельно регламентированных услуг	Для ЗС: TARIF Для ПС: • STKD* KD_FACT • TARIF, если (STKD * KD_FACT) > TARIF Стоимость ЛС по алгоритму

Алгоритм расчёта стоимости лекарственных препаратов

Таблица № 1 – алгоритм расчёта стоимости противоопухолевого ЛС, тариф которых приведен к единице массы

№	Действие	Формула	Расшифровка			Пример расчёта для препарата
			Обозначение	Показатель	Источник	
1.	Вычисляется суточная доза в мг	AMOUNT_MG=COURSE_AMOUNT*GD_DOSAGE	AMOUNT_MG	Суточная доза в мг	Вычисляется	3450 = 6,9*500
			COURSE_AMOUNT	Суточная доза в единицах назначения		
			GD_DOSAGE	Дозировка в единице назначения	Справочник medicament	

№	Действие	Формула	Расшифровка			Пример расчёта для препарата
			Обозначение	Показатель	Источник	
2.	Вычисляется суточная доза в упаковках	$AMOUNT_P = AMOUNT_MG / PRIM_MASS_VALUE$	AMOUNT_P	Суточная доза в упаковках	Вычисляется	6,9 = 3450/500 При отсутствии в справочнике medicament_man_pack данных о дозе в упаковке (PRIM_MASS_VALUE = null), PRIM_MASS_VALUE считается равным 1
			AMOUNT_MG	Суточная доза в мг	Вычисляется	
			PRIM_MASS_VALUE	Доза в упаковке	Справочник medicament_man_pack	
3.	Суточная доза в упаковках округляется до целого числа упаковок	AMOUNT_P_ROUND	-	-	Вычисляется	7
4.	Вычисляется суточная доза с учетом упаковки в мг	$AMOUNT_P_ROUND_MG = AMOUNT_P_ROUND * PRIM_MASS_VALUE$	AMOUNT_P_ROUND_MG	Суточная доза с учётом упаковки	Вычисляется	3500 = 7*500
			AMOUNT_P_ROUND	Число упаковок (округлённое)	Вычисляется	
			PRIM_MASS_VALUE	Доза в упаковке	Справочник medicament_man_pack	
5.	Вычисляется стоимость	$COST = AMOUNT_P_ROUND_MG * STON$	COST	Стоимость	Вычисляется	190925 = 3500*54,55
			AMOUNT_P_ROUND_MG	Суточная доза с учётом упаковки	Вычисляется	

Таблица № 2 – алгоритм расчёта стоимости противоопухолевого ЛС, тариф которых приведен к единице объёма

№	Действие	Формула	Расшифровка			Пример расчёта для препарата
			Обозначение	Показатель	Источник	
	Вычисляется суточная доза в упаковках	$AMOUNT_P = COURSE_AMOUNT / PRIM_VOL_VALUE$	AMOUNT_P	Суточная доза в упаковках	Вычисляется	14,45 = 115,6/8 При отсутствии в справочнике medicament_man_pack данных о дозе в упаковке (PRIM_VOL_VALUE = null), PRIM_VOL_VALUE считается равным 1
			COURSE_AMOUNT	Суточная доза в единицах назначения	DT_D файл ONK_LS	
			PRIM_VOL_VALUE	Доза в упаковке	Справочник medicament_man_pack	
2.	Суточная доза в упаковках округляется до целого числа упаковок	AMOUNT_P_ROUND	-	-	Вычисляется	15
3.	Вычисляется суточная доза с учетом упаковки в мл	$AMOUNT_P_ROUND_ML = AMOUNT_P_ROUND * PRIM_VOL_VALUE$	AMOUNT_P_ROUND_ML	Суточная доза с учетом упаковки	Вычисляется	120 = 15 * 8 При отсутствии в справочнике medicament_man_pack данных о дозе в упаковке (PRIM_VOL_VALUE = null), PRIM_VOL_VALUE считается равным 1
			AMOUNT_P_ROUND	Число упаковок	Вычисляется	
			PRIM_VOL_VALUE	Доза в упаковке	Справочник medicament_man_pack	
4.	Выбор стоимости (для ЛС, имеющих несколько записей в справочнике TARION с одинаковыми и кодами	$Tarion.PR_V_VALUE = medicament_man_pack.PRIM_VOL_VALUE$	STON	Стоимость за единицу	Выбирается	STON выбирается в зависимости от medicament_man_pack.PRIM_VOL_VALUE, введённой МО упаковки. Она подлежит сравнению с параметром Tarion.PR_V_VALUE и в случае равенства указанных двух параметров выбирается соответствующая стоимость.

№	Действие	Формула	Расшифровка			Пример расчёта для препарата
			Обозначение	Показатель	Источник	
	МНН)					
5.	Вычисляется стоимость	$COST = AMOUNT_P_ROUND_ML * STON$	COST	Стоимость	Вычисляется	681638,4=120*5680,32
			AMOUNT_P_ROUND_ML	Суточная доза с учётом упаковки	Вычисляется	
			STON	Стоимость за единицу	Справочник таргон	

Таблица № 3 – алгоритм расчёта стоимости противоковидных ЛС, тариф которых приведен к единице массы

№	Действие	Формула	Расшифровка			Пример расчёта для препарата
			Обозначение	Показатель	Источник	
11.	Вычисляется суточная доза в мг	$AMOUNT_MG = COURSE_AMOUNT * GD_DOSAGE$	AMOUNT_MG	Суточная доза в мг	Вычисляется	324 = 162*2
			COURSE_AMOUNT	Суточная доза в единицах назначения	DT_D файл ONK_LS	
			GD_DOSAGE	Дозировка в единице назначения	Справочник medicament	
2.	Вычисляется стоимость	$COST = AMOUNT_MG * STON$	COST	Стоимость	Вычисляется	40001,04 = 324*123,46
			AMOUNT_MG	Суточная доза в мг	Вычисляется	
			STON	Стоимость за единицу	Справочник таргон	

Таблица № 4 – алгоритм расчёта стоимости противоковидных ЛС, тариф которых приведен к единице объёма

№	Действие	Формула	Расшифровка			Пример расчёта для препарата
			Обозначение	Показатель	Источник	
1.	Вычисляется стоимость	$COST = COURSE_AMOUNT * STON$	COST	Стоимость	Вычисляется	11600 = 1450*8
			COURSE_AMOUNT	Суточная доза в	DT_D файл ONK_LS	

№	Действие	Формула	Расшифровка			Пример расчёта для препарата
			Обозначение	Показатель	Источник	
					единицах назначения	
		STON	Стоимость за единицу	Справочник таргон		

Правила округления стоимости ЛС

Стоимость упаковки противоопухолевого лекарственного средства, на примере Эксджива р-р для п/к введ. 120 мг (70 мг/мл) с упаковкой 1,7 мл в одном флаконе, должна рассчитываться следующим образом:

- При однократном введении не более 1 флакона. Стоимость – 1,7 мл x 11392,17 руб. = 19366,689 руб. Значение округляется в соответствии с математическими правилами приближенных вычислений – 19366,69.
- **При однократном введении более 1 флакона, или при введении лекарственного препарата в несколько календарных дат. Стоимость 1,7 мл x 11392,17 руб. = 19366,689 руб. Стоимость каждого флакона округляется в соответствии с математическими правилами приближенных вычислений – 19366,69. Стоимость двух флаконов - 19366,69 + 19366,69 = 38733,38.**

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:

1. В случае оказания ПМСП по профилю «терапия»/«педиатрия»:

1.1. медицинские услуги, финансируемые из средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц (имеющие значение параметра «ТРН» по справочнику НСИ «reesusXX» = «р»), оказанные по направлению в медицинских организациях (направившая МО может не являться МО прикрепления, но должна отличаться от МО оказания медицинской помощи), имеющих прикрепленное население или участвующих в горизонтальных взаиморасчетах (МО, имеющие значение «ТРН» по справочнику НСИ «sprlpuXX» = «1» / «2» / «3» / «4»), пациентам, прикрепленным к иным медицинским организациям.

- 1.2. медицинские услуги, финансируемые из средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, приравненные к неотложной медицинской помощи (имеющие значение «ТРN» по справочнику НСИ «reesusXX» = «q»), оказанные независимо от наличия направления в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население или участвующих в горизонтальных взаиморасчетах (МО, имеющие значение «ТРN» по справочнику НСИ «sprlpuXX» = «1» / «2» / «3» / «4»), пациентам, прикрепленным к иным медицинским организациям.
- 1.3. медицинские услуги, оказанные в отделениях профилактики ДШО/ШО по договору МО с учреждениями ДШО/ШО, а также услуги вакцинопрофилактики или лабораторной диагностики, оказанные по договору МО с учреждением-исполнителем (параметр ORD = 8, а код направившей МО (LPU_ORD) = 8888);
- 1.4. медицинские услуги по профилю «травматология и ортопедия», оказанные в травмпунктах (услуги, оказанные в отделении с 2-3 символами фасетного кода «92»);
- 1.5. комплексное обследование в центре здоровья и последующие медицинские услуги, оказанные пациентам, зарегистрированным в центре здоровья (услуги, оказанные в отделении 2-3 символами фасетного кода «91»);
- 1.6. медицинские услуги, оказанные прикрепленным к другим МО по направлению военкомата (LPU_ORD = 5650);
- 1.7. для пациентов, прикрепленных к ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», получивших медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара в иных МО, при условии, что комплексная медицинская услуга не входит в Приложение № 20 к Тарифному соглашению, такие комплексные медицинские услуги оплачиваются из средств подушевого финансирования ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

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 клиничко-диагностических лабораториях лицам, прикрепленным к иным МО, оплачиваются в системе горизонтальных расчетов.

За единицу объема медицинской помощи оплачиваются:

1. Медицинские услуги, оказанные лицам, застрахованным в городе Москве и не имеющим прикрепления к медицинским организациям:

1.1. В случае оказания ПМСП по профилю «терапия»/«педиатрия»:

1.1.1. медицинские услуги из справочника НСИ «regvrgXX», оказанные неприкрепленным к медицинским организациям пациентам в поликлиническом кабинете или дневном стационаре (2-3 символа фасетного кода отделения «00» / «22» / «24» / «90» / «80» / «81» / «92» / «91») МО, имеющих значение ТРН = 1/2/3/4 по справочнику НСИ «sprlpu».

Примечание: иные медицинские услуги (имеющие признак ТРН = p/q), равно как и перечисленные услуги, оказанные более одного раза для одной нозологии (рубрики МКБ 10 с точностью до маски XXX), оплате не подлежат.

1.1.2. медицинские услуги (имеющие значение ТРН = p/q), оказанные неприкрепленным к медицинским организациям пациентам в поликлиническом кабинете или дневном стационаре (2-3 символа фасетного кода отделения «00»

/ «22» / «24» / «90» / «80» / «81» / «92» / «91») МО, имеющих значение TRN = «пусто».

1.2. В случае оказания ПМСП по профилю «стоматология»:

1.2.1. стоматологические услуги (имеющие по справочнику НСИ USVMP сочетание VMP = 11/13 И VMP146 = 2) из справочника НСИ «pervprXX», оказанные пациентам, не прикрепленным к другим МО, в поликлиническом кабинете (2-3 символы фасетного кода отделения «00» / «22» / «24» / «90») МО, имеющих значение TPNS = 1/2/3.

2. Медицинские услуги, оказанные лицам, застрахованным в городе Москве независимо от наличия прикрепления к медицинским организациям:

2.1. услуги, исключенные из подушевого финансирования (услуги, имеющие значение TRN = «г» по справочнику НСИ «teesusXX»);

2.2. услуги отделения патанатомии (услуги разделов 59/159, 29/129, выполненные в отделении с 2-3 символами фасетного кода отделения «85») за исключением оформленных как симультантные;

2.3. услуги, оказанные в приемном отделении (услуги, оказанные в отделении с 2-3 символами фасетного кода «70» или «73», за исключением МС разделов 84/184);

2.4. услуги, оказанные «выездной бригадой» МО (услуги, оказанные в отделении с 2-3 символами фасетного кода «93», или имеющие код D_TYPE = «w»);

2.5. услуги, оказанные в женских консультациях (услуги, оказанные в отделении с 2-3 символами фасетного кода «08»);

2.6. услуги 37043, 37048, 137043, 37044, 37049, 137044, 137049, выполненных по направлению врача-онколога (данные о специальности направившего врача в подсистеме ПУМП АИС ОМС. Коды специальности врача: 17, 41, 73, 82);

2.7. медицинские услуги по компьютерной томографии с кодами «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 «B34.2», «U07.1», «U07.2»);

2.8. услуги 28165, 128165, оказанных в медицинских организациях, включенных в справочник НСИ АИС ОМС «sprncoXX» и имеющих значение параметра «IG» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_4» и не позднее даты, указанной в параметре «DATEEND_4», в случае направления от МО, имеющей значение параметра TRN по справочнику НСИ «sprlpuXX», равное «1»/«2»/«3»;

2.9. медицинские услуги, имеющие по справочнику НСИ USVMP сочетание VMP = 11/13 И VMP146 = 2, оказанные в МО: 4734 (ЦНИИ СЧЛХ), 2321 (Первый МГМУ Сеченова), 4733 (МГМСУ Евдокимова), 4996 (НМИЦ Гематологии), 4698 (РНИМУ Пирогова), в клиничко-диагностическом отделении (отделении с 2-3 символами фасетного кода «01»), или в рамках проведения УМО (услуги, имеющие ORD = 7 или номер медицинской карты (C_I) начинается с аббревиатуры «УМО»), а также услуги, оказанные пациентам, не имеющим прикрепления по профилю «стоматология».

2.10. для прикрепленных к другим МО, а также неприкрепленных к медицинским организациям по профилю «терапия/педиатрия» – услуги, оказанные в клиничко-

диагностических отделениях данного МО (услуги, оказанные в отделении с 2-3 символами фасетного кода «01»);

- 2.11. для прикрепленных к другим МО, а также неприкрепленных к медицинским организациям по профилю «терапия/педиатрия» – услуги, оказанные в рамках проведения углубленных медицинских осмотров лиц младше 18 лет (в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.03.2016 № 134н), обучающихся в учреждениях, подведомственных Департаменту физической культуры и спорта города Москвы (Москомспорта) (услуги, имеющие ORD = 7 или номер медицинской карты (С_1) начинается с аббревиатуры «УМО»);
- 2.12. медицинские услуги, оказанные госпитализированным в дневной стационар пациентам МО (симультантные медицинские услуги, оплачиваемые в дополнение к услугам 97/197 раздела, за исключением услуг 97/197 раздела, имеющим значение TPN = p, зарегистрированные на тот же номер истории болезни);
- 2.13. все остальные амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, оказанные пациентам, прикрепленным к медицинским организациям по профилю «терапия/педиатрия», в МО, имеющих значение TPN = «пусто».

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.

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

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

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

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

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

Исключением является:

1. Отклонению от оплаты не подлежат услуги, оплачиваемые в рамках подушевого норматива финансирования, то есть медицинские услуги АПП, стоматологические услуги АПП и случаи госпитализации в ДС с использованием медицинских услуг раздела «97»/«197», имеющие значение $TPN = p/q$ (по справочнику пакета НСИ АИС ОМС

«geesus»), маркированные значением параметра «F_TYPE» – «признак финансирования», равным:

- fr (оплачиваемые из средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц);
- up (оплачиваемые за счёт средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц медицинской организации, принявшей решение об оказании медицинской помощи), за исключением медицинских услуг, оказанных пациентам, не имеющим прикрепления по профилю «терапия/педиатрия» (для медицинских услуг АПП и случаев госпитализации в ДС с использованием медицинских услуг раздела «97»/«197») или «стоматология» (для стоматологических услуг АПП) ни к одной из медицинских организаций;
- vz (оплачиваемые из средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц путём проведения горизонтальных взаиморасчётов), оказанные в медицинской организации, имеющей прикреплённое население (для которой параметр TRN или TRNS = 1/2/3 по справочнику НСИ АИС ОМС «sprlru»). Признак наличия прикрепления определяется по типу услуги по справочнику пакета НСИ АИС ОМС «usvmp».

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

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

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

1.2. Контроль специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, ведётся на предмет превышения установленных Комиссией годовых натуральных объёмов медицинской помощи и объёмов её финансового обеспечения по отдельным параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС. Также контроль ведётся на предмет исчерпания 50 % (по счетам за отчётные периоды с «января 2022 года» по «июнь 2022 года») или 75 % (по счетам за отчётные периоды с «июля 2022 года» по «сентябрь 2022 года» по нарастающему итогу с января 2022 года) от установленных Комиссией плановых годовых объёмов медицинской помощи и (или) её финансового обеспечения по соответствующему профилю/подпрофилю медицинской помощи (проводится, в медицинских организациях, подведомственных уполномоченному Правительством Москвы органу исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения). Контроль ведётся по отдельным параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС:

- профили медицинской помощи;

– параметры профилей медицинской помощи: «в т.ч. «акушерство» (с сохранением беременности)», «в т.ч. «гинекология», «в т.ч. в круглосуточном стационаре», «в т.ч. интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза и (или) имплантата с глюкокортикоидом»;

- параметры «ПРОЧИЕ...»;

- параметр «COVID-19» (за исключением контроля на предмет превышения 50 % или 75 % от установленных Комиссией годовых объёмов).

Исключение составляют:

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

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

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

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

- параметр «Дневной стационар (без учёта диализа, ЭКО и эндоскопии)»;

- параметр «Заместительная почечная терапия, в т.ч. :»;

- параметр «в т.ч. гемодиализ»;

- параметр «в т.ч. перитонеальный диализ»;

- параметр «ЭКО»;

- параметр «Эндоскопическая диагностика».

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

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

По итогам исполнения за 6 и 9 месяцев текущего финансового года объёмов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами, в случае их превышения установленные объёмы подлежат корректировке Комиссией за счет уменьшения установленных

Организации объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (при наличии профицита – прогнозного невыполнения объема), оказываемой при патологии, связанной с беременностью, при гинекологической патологии, а также за счет других профилей медицинской помощи, но в пределах общего установленного объема предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

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

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

Обеспечение медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при патологии, связанной с беременностью, по кодам медицинских услуг 76900 - 76911, осуществляется в рамках объемов медицинской помощи и её финансового обеспечения, установленных Комиссией.

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

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при гинекологической патологии, по кодам медицинских услуг: 76012, 76080, 76082, 76090, 76091, 76092, 76120, 76130, 76151, 76160, 76161, 76913, 76917, 76918, 76919, а также по кодам медицинских услуг: 176080, 176100, 176110, 172340 устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

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

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

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Хирургия», оказываемой по кодам медицинских услуг: 72081, 72090, 72110, 72166, 72180, 72181, 72220, 72224, 72500, 72440, 72460, 72480, 72150, 72251, 72162, 72300, 72080, 72430, 72171, 76040, 75090, 72121 устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

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

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

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Детская хирургия», оказываемой по кодам медицинских услуг: 172100, 172140, 172170, 172180, 172220, 172270, 172330, 172370, 179270, 172320, 187120, 187030, 172210, 179230 устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

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

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Травматология и ортопедия», оказываемой по кодам медицинских услуг: 72270, 78090, 79240, 79250, 79290, 79560, а также по кодам медицинских услуг: 179150, 179320, 179380, 179450, 179460, 179470, 179440 устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

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

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Оториноларингология» оказываемой по кодам медицинских услуг: 68010, 68020, 68030, 68090, 68100, 68101, 68110, 68140, 68160, 73150, а также по кодам медицинских услуг: 168010, 168020, 168040, 168070, 168080, 168150, 168160, 168162, 168200, 168230 устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

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

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Урология», оказываемой по кодам медицинских услуг: 75010, 75021, 75030,

75050, 75060, 75070, 75080, 75090, 75100, 75120, 200511, устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания для СКП.

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

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

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

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Офтальмология», оказываемой по кодам медицинских услуг: 67030, 67130, 67170, 200569, а также по кодам медицинских услуг: 167160 устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

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

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

Обеспечение медицинской помощи по профилю «Офтальмология», оказываемой по коду медицинской услуги: 200569 (интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза и (или) имплантата с глюкокортикоидом) осуществляется в рамках объемов медицинской помощи и её финансового обеспечения по профилю «офтальмология», установленных Комиссией для каждой медицинской организации индивидуально.

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

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

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Онкология», оказываемой по кодам медицинских услуг: 70130, 72360, 72440, 73030, 73050, 75050, 75120, 75130, 90010, 90050, 90060, 90090, 90100, 90121, 90131, 90135, 90160, 90230, 90251, 90260, 90280, 90310, 90340, 90345, 90410, 90420, 200125 устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Онкология» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для

стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

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

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, утверждённые приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 10.10.2018 № 693.

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), 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	Вызовы с указанным результатом оплате из средств ОМС

	техническим причинам	не подлежат
08	Здоров (на момент осмотра)	Карта вызова заполняется полностью
09	Доставлен в морг	Не подлежит оплате из средств ОМС
10	Констатация смерти	Указывается анамнез (со слов родственников, очевидцев при их наличии), данные объективного осмотра (возможно описывать текстом, минуя раздел "Объективно"). Указывается время констатации смерти.
11	Смерть на месте вызова при бригаде СМП	Карта заполняется полностью при отсутствии у пациента нарушения витальных функций. При нарушении витальных функций допустимо описание объективных данных не в полном объеме. При наступлении биологической смерти указываются имеющиеся достоверные признаки биологической смерти. Указывается время констатации смерти.
12	Смерть в автомобиле СМП	Карта заполняется полностью при отсутствии у пациента нарушения витальных функций. При нарушении витальных функций допустимо описание объективных данных не в полном объеме. При наступлении биологической смерти указываются имеющиеся достоверные признаки биологической смерти и время констатации смерти.
13	Доставлен в больницу	Код применяется при любой медицинской эвакуации, независимо от того, кем направлен пациент. Заполнение карты в полном объеме. Указывается время доставки в больницу, Фамилия и/или подпись медицинского работника, принявшего пациента.
14	Оставлен на месте	Карта заполняется полностью.
15	Отказ от эвакуации (госпитализации)	Заполнение карты в полном объеме. В графе «отказ от медицинской эвакуации» указывается дата и время отказа, фамилия, инициалы и подпись пациента (его законного представителя)
16	Госпитализация с привлечением сотрудников полиции	Вызовы с указанным результатом оплате из средств ОМС не подлежат
17	Доставлен в травматологический пункт	Заполнение карты в полном объеме. Указывается время доставки в травматологический пункт, фамилия и должность медицинского работника принявшего пациента.
18	Доставлен в вытрезвитель	Не подлежит оплате из средств ОМС
19	Доставлен домой (из МО)	Не подлежит оплате из средств ОМС
20	Передан другой бригаде	Заполнение карты в полном объеме. Указывается номер подстанции и номер бригады, которой передан пациент.
21	Медицинская эвакуация из стационара в стационар	Заполнение карты в полном объеме с указанием статуса на момент 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 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	Доставка врача для консультации или проведения медицинской манипуляции: 1) для консультации	1) К карте должна быть приложена копия эпикриза

	<p>2) для проведения медицинской манипуляции</p> <p>3) выполнение консультативного вызова врачом экстренной консультативной выездной бригады СМП</p>	<p>на отдельном листе, или - указано, что осуществлена доставка врача (указать специальность) на консультацию, с обязательным указанием диагноза или заключения врача-консультанта. Если диагноз врачом-специалистом не установлен, выносится диагноз, с которым пациент находится на лечении.</p> <p>2) В случае доставки врача на дом для проведения 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>
43	Отказ от доставки в АКЦТ + рекомендовано обратиться в поликлинику	<p>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.</p> <p>При передаче актива в поликлинику по телефону, информация о нем регистрируется в Журнале по передаче активных вызовов на подстанции.</p>
50	Вызов бригады СМП	Используется для учёта вызовов бригад неотложной медицинской помощи
51	Отказ от вызова бригады СМП+актив в ОНМПВиДН	Используется для учёта вызовов бригад неотложной медицинской помощи
52	Отказ от вызова бригады СМП+актив в поликлинику	Используется для учёта вызовов бригад неотложной медицинской помощи
53	Отказ от вызова бригады СМП+рекомендовано обратиться в поликлинику	Используется для учёта вызовов бригад неотложной медицинской помощи

Ф.И.О. пациента _____

1. ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ

Диагноз (по МКБ – 10): _____

Направление с целью уточнения диагноза¹:

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

2. СВЕДЕНИЯ О СЛУЧАЕ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Диагноз (по МКБ – 10): _____

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

- наличие отдаленных метастазов (при прогрессировании/рецидиве)

Заболевание выявлено: впервые ранее

Категория пациента⁴:

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

Гистология⁵:

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

- Эпителиальный Неэпителиальный
- Почечноклеточный Непочечноклеточный
- Эндометриоидный Неэндометриоидный
- Папиллярный
- Фолликулярный
- Гюртклеточный
- Медуллярный
- Анапластический

- Гистологический тип клеток

- Светлоклеточный Несветлоклеточный
- Мелкоклеточный Немелкоклеточный
- Базальноклеточный Небазальноклеточный
- Плоскоклеточный Неплоскоклеточный

- Степень дифференцировки ткани опухоли:

- Низкодифференцированная

- Умереннодифференцированная
- Высокодифференцированная
- Не определена

Иммуногистохимия / маркёры⁶:

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

Проведение консилиума⁷: «__» _____ 20__ г.

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

Проведённое лечение⁸:

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

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

Назначенные лекарственные препараты⁹:

Номер схемы: _____

	МНН	Режим дозирования
1.		
2.		

3. _____
4. _____

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

СОД: _____

- Химиолучевая терапия
- Лучевая терапия первичной опухоли / ложа опухоли
 - Лучевая терапия метастазов
 - Симптоматическая лучевая терапия

СОД: _____

Назначенные лекарственные препараты¹⁰:

Номер схемы: _____

	МНН	Режим дозирования
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

- Неспецифическое лечение (осложнение противоопухолевой терапии, установка/замена порт системы (катетера), прочее)

Медицинские противопоказания к оказанию медицинской помощи и дата регистрации¹¹:

- Противопоказания к проведению хирургического лечения «__» _____ 202__ г
- Противопоказания к проведению химиотерапевтического лечения «__» _____ 202__ г
- Противопоказания к проведению лучевой терапии «__» _____ 202__ г

Отказ от проведения лечения и дата регистрации¹²:

- Отказ от проведения хирургического лечения «__» _____ 202__ г
- Отказ от проведения химиотерапевтического лечения «__» _____ 202__ г
- Отказ от проведения лучевой терапии «__» _____ 202__ г

Примечание:

¹Раздел «Направление с целью уточнения диагноза» заполняется при подозрении на злокачественное новообразование.

^{2,3,4}Разделы «Стадия заболевания», «Стадия заболевания по TNM», «Категория пациента» заполняются при установленном диагнозе злокачественного новообразования.

⁵Раздел «Гистология» заполняется при установленном диагнозе злокачественного новообразования.

Для диагнозов С15, С16, С18, С19, С20, С25, С32, С34, С50, С53, С56, С61, С67 указывается, является ли опухоль эпителиальной.

Для диагнозов С15, С16 (эпителиальная опухоль) указывается, является ли опухоль аденокарциномой.

Для диагноза С34 (эпителиальная опухоль) указывается, является ли опухоль мелкоклеточной.

Для диагноза С44 (эпителиальная опухоль) указывается, является ли опухоль базальноклеточной или плоскоклеточной.

Для диагноза С54 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль эндометриоидной, а также для эндометриоидной опухоли указывается степень дифференцировки опухоли.

Для диагноза С56 (эпителиальная опухоль) указывается степень дифференцировки опухоли.

Для диагноза С64 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль почечноклеточной, а также для почечноклеточной опухоли указывается, является ли она светлоклеточной.

Для диагноза С73 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль папиллярной, фолликулярной, гюртоклеточной, медуллярной или анапластической.

⁶Раздел «Иммуногистохимия/маркеры» заполняется каждый раз при наличии сведений о результатах исследований.

Для диагноза С16 (эпителиальная опухоль) указывается уровень экспрессии белка HER2.

Для диагнозов С18, С19, С20 (эпителиальная опухоль) указывается наличие мутаций в генах RAS и BRAF.

Для диагноза С34 (эпителиальная опухоль) указывается наличие мутаций в гене EGFR, наличие транслокации в генах ALK или ROS1, уровень экспрессии белка PD-L1.

Для диагноза С43 указываются наличие мутаций в гене BRAF, наличие мутаций в гене c-Kit.

Для диагноза С50 (эпителиальная опухоль) указывается наличие рецепторов к эстрогенам, наличие рецепторов к прогестерону, индекс пролиферативной активности экспрессии Ki-67, уровень экспрессии белка HER2, наличие мутаций в генах BRCA.

⁷Раздел «Проведение консилиума» заполняется каждый раз при наличии сведений о результатах проведенного консилиума.

⁸Раздел «Проведенное лечение» заполняется при оказании соответствующей медицинской помощи.

^{9,10}Указывается номер схемы лекарственной терапии, либо МНН и режим дозирования лекарственного препарата.

¹¹Раздел «Медицинские противопоказания к оказанию медицинской помощи» заполняется при регистрации медицинских противопоказаний.

¹²Указывается в случае оформления отказа от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».