

		В иных случаях не заполняется.
K_FR	Количество фракций проведения лучевой терапии	Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP = 3 или USL_TIP = 4). Может принимать значение «0». В иных случаях не заполняется.
WEI	Масса тела (кг)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчёт дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела (USL_TIP = 2 / 4). В иных случаях не заполняется.
HEI	Рост (см)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчёт дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела (USL_TIP = 2 / 4). В иных случаях не заполняется.
BSA	Площадь поверхности тела (м ²)	
Сведения об услуге		
USL_TIP	Тип услуги	Заполняется по классификатору «onlechXX». Обязательно при диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09, при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T = 0 / 1 / 2) в условиях стационара или дневного стационара, а также в случае оказания ВМП. Исключения: условие оказания МП вне медицинской организации, REAB = 1, DS_ONK = 1. В иных случаях не заполняется.
HIR_TIP	Тип хирургического лечения	Заполняется по классификатору «onhir_XX». Заполнение обязательно при USL_TIP=1. В иных случаях не заполняется.
LEK_TIP_L	Линия лекарственной терапии	Заполняется по классификатору «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.

<i>Сведения о консилиуме</i>		
PR_CONS	Цель проведения консилиума.	Заполняется по классификатору «onconsXX». Обязательно при наличии подозрения на онкологическое заболевание (DS_ONK = 1), или диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон «D00» - «D09». В иных случаях не заполняется.
DT_CONS	Дата проведения консилиума	Заполнение обязательно, если консилиум проведён (PR CONS={1,2,3}). В иных случаях не заполняется.
<i>Сведения о лекарственном препарате</i>		
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 C81-C96, а также у пациентов, возраст которых на начало лечения менее 18 лет. В иных случаях не заполняется.
N_PAR	Номер партии лекарственного средства	Заполнение обязательно для лекарственных средств, включенных в справочник tarionXX в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094» и значением TIP_OPL, равном «1» (ОМС).
R_UP	Розничная упаковка лекарственного средства	Заполняется по справочнику medicament_man_pack. Заполнение обязательно для лекарственных средств, включенных в справочник tarionXX в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094» и значением TIP_OPL, равном «1» (ОМС).
TIP_OPL	Источник финансирования лекарственного средства	Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
N_RU	Номер регистрационного удостоверения лекарственного средства	Заполняется по справочнику medicament_mfc. Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
OT_D	Разовая доза лекарственного средства	Вводится в единицах назначения. Заполнение обязательно при указании

		противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
DT_Q	Кратность введения лекарственного средства в день	Значение не должно превышать «3» (> 3) для лекарственных средств, включенных в справочник tarionXX в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094» и значением TIP_OPL, равном «1» (ОМС). Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
DT_D	Дневная доза лекарственного средства	Вводится в единицах назначения и соответствует произведению OT_D (разовой дозы) на DT_Q (кратность введения в день). Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
SID	Код лекарственного средства (полное торговое наименование, полное МНН наименование)	Заполняется по справочнику medicament. Заполнение обязательно при указании противоопухолевого лекарственного препарата в поле «REGNUM».
Сведения о цели исходящего направления		
NAPR_DATE	Дата выдачи направления	Заполняется автоматически.
NAPR_NUMBER	Номер направления	Составной номер направления ГГММДД_XXXX_XXXX. Заполняется автоматически.
NAPR_V_OUT	Цель исходящего направления	Значение по классификатору «onparгXX». Обязательно при наличии подозрения на онкологическое заболевание (DS_ONK = 1), или диагнозе раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон «D00» - «D09» в случае выдачи направления в иную МО пациенту, в связи с наличием подозрения на онкологическое заболевание.
NAPR_MO	МО, в которую выдано направление	Заполнение обязательно в случае выдачи направления в иную МО пациенту, в связи с наличием подозрения на онкологическое заболевание.
Сведения о диагностическом показателе		
DIAG_TIP	Тип диагностического показателя.	Заполнение обязательно при взятии материала / получении результата диагностики. 1 - гистологический признак; 2 - маркёр (ИГХ). В иных случаях не заполняется.
DIAG_CODE	Код диагностического показателя	Заполнение обязательно при взятии материала / получении результата диагностики. При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником «onmrf_XX»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onigh_XX». В иных случаях не заполняется.

Москвы при наличии в первичной медицинской документации направления медицинской организации – заказчика. При расчете со стационаром, в котором пациент получал медицинскую помощь, оплачивается лечение по тарифу соответствующей медицинской услуги.

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

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

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

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

При условии выполнения в одной медицинской организации следующих требований:

- постановка женщин на учет в срок до 12 недель беременности;
- наблюдение пациенток в период беременности с выполнением всех необходимых диагностических и лечебных процедур;
- родовспоможение в данной медицинской организации (одно юридическое лицо);
- наблюдение и лечение женщин в течение 42 дней в послеродовом периоде в данной медицинской организации

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

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

Раздел 5. Приложения

Приложение 1
к Инструкции по учету
медицинской помощи

ПРОТОКОЛ заседания врачебной комиссии

" ___ " _____ 20__ г.

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

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

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

Председатель комиссии:

_____ (Ф.И.О., подпись)

Члены комиссии:

_____ (Ф.И.О., подпись)

_____ (Ф.И.О., подпись)

_____ (Ф.И.О., подпись)

ПРОТОКОЛ
заседания врачебной комиссии

" ___ " _____ 20__ г.

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

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

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

Председатель комиссии:

(Ф.И.О., подпись)

Члены комиссии:

(Ф.И.О., подпись)

(Ф.И.О., подпись)

(Ф.И.О., подпись)

	<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>
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

