



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»  
(**«ТФОМС ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»**)**

пр.им.В.И.Ленина, д. 56а, г. Волгоград, 400005, тел. (8442) 53-27-27, факс (8442) 53-27-25  
E-mail: [general@volgatfoms.ru](mailto:general@volgatfoms.ru). <http://www.volgatfoms.ru>

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

«07» июня 2019г. № 09-30- /07

**Главным врачам медицинских  
организаций (разработчикам  
программных продуктов)**

**Директорам филиалов «ТФОМС  
Волгоградской области»**

**Руководителям СМО**

О формировании реестров сведений (счетов) при  
выполнении диспансеризации определенных групп  
взрослого населения, начиная с отчетного периода  
май 2019.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ) диспансеризация определенных групп взрослого населения (далее – диспансеризация) проводится:

- *1 раз в 3 года* в возрасте от 18 до 39 лет включительно;  
- *ежегодно* в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан, включая:

- *инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий,, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий),*
- *лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий),*
- *бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий),*
- *работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.*

Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Годом *прохождения* диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста (*начало и окончание*, как первого, так и второго этапов диспансеризации должно быть *проведено в одном календарном году*).

Диспансеризация определенных групп населения проводится в один или два этапа (в соответствии с Перечнем осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации).

**Первый этап диспансеризации** (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации.

**Первый этап диспансеризации** считается завершенным в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% осмотров и исследований от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина.

При этом, в соответствии с п. 26 Порядка, **обязательным** для всех граждан является проведение:

- маммографии,
- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом,
- осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом,
- взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки,
- определение простат-специфического антигена в крови.

При проведении диспансеризации на I этапе можно учитывать результаты осмотров, исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации согласно Порядку, утвержденного приказом, которые выполнялись ранее в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации.

Если результаты осмотров и исследований, выполнены ранее начала проведения диспансеризации и принадлежат текущему календарному году, в котором проводится осмотр, то они входят в 85% объема диспансеризации.

Объем отказов и учтенных исследований (исследования которые выполнены в предшествующем календарном году), должен быть **не более 15 %** от объема диспансеризации.

В год проведения диспансеризации, в случае *отказа* гражданина *хотя бы от одного обязательного исследования, предусмотренного при проведении диспансеризации (п.26 Приказа)*, может быть проведен **профилактический медицинский осмотр (коды законченного случая 72.7\*)**.

При проведении диспансеризации **обязательным** для всех граждан является:

- проведение маммографии,
- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом,
- осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом,
- взятие мазка с шейки матки,
- цитологическое исследование мазка с шейки матки,
- определение простат-специфического антигена в крови.

В случае отказа пациента от проведения **обязательных исследований**, сведения об отказах передаются в обязательном порядке. При этом если все остальные осмотры и исследования составляют не менее 85% от объема профилактического осмотра, то случай формируется как профилактический медицинский осмотр (**коды законченного случая 72.7\***).

Оплата оказанной медицинской помощи производится по тарифам за **законченный случай проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения.**

По итогам I этапа диспансеризации, могут быть назначены дополнительные осмотры, лабораторные и инструментальные исследования из перечня, определенного для II этапа, в соответствии с п. 18 утвержденного Порядка.

Если гражданин **отказался** в установленном порядке от осмотров и исследований, которые являются обязательными при проведении диспансеризации, то в этом случае может быть проведен **профилактический медицинский осмотр**. При этом в информированном добровольном согласии застрахованного лица на медицинское вмешательство должен быть указан вид профилактического мероприятия (диспансеризация или профилактический медицинский осмотр).

Обращаем Ваше внимание на то, что в календарном году можно провести только одно профилактическое мероприятие – или диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр.

**Второй этап диспансеризации** проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния).

**Второй этап диспансеризации** считается законченным в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, указанных в пункте 18 утвержденного Порядка, необходимость проведения которых определена по результатам первого этапа диспансеризации. Оплата оказанной медицинской помощи производится по **по тарифам лечебно-диагностических услуг** с целью диспансеризации определенных групп взрослого населения на **II этапе**.

Диспансеризация проводится за счет средств обязательного медицинского страхования. Оплата за проведенную диспансеризацию осуществляется в соответствии со способами оплаты медицинской помощи и тарифам, утвержденными тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области.

Выставление счетов медицинскими организациями в страховые медицинские организации за оказание медицинской помощи в рамках диспансеризации осуществляется в порядке и в сроки, установленные тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области.

При выполнении посещений привлеченными врачами-специалистами, учреждение, проводящее диспансеризацию (далее учреждение заказчик), выставляет в счет услуги, оказанные привлеченными специалистами.

При этом в части формирования счетов, Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования» обращает Ваше внимание на следующие уточнения.

В реестр сведений подлежат выставлению все случаи выполнения диспансеризации.

Случай выполнения медицинских услуг при диспансеризации оформляются отдельным счетом, в номере которого используется символ «О» (латинская буква).

Медицинские учреждения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения в **обязательном порядке** ведут учет категорий граждан, определенных приказом:

- работающие граждане;
- неработающие граждане;
- обучающиеся в образовательных учреждениях по очной форме;
- неработающие инвалиды Великой Отечественной войны, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудовогоувечья и других причин, бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудовогоувечья и других причин;
- работающие инвалиды Великой Отечественной войны, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудовогоувечья и других причин, бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудовогоувечья и других причин;
- работающие граждане, не достигшие возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающие граждане, являющиеся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.

Эти данные отражаются в счетах за проведенную диспансеризацию определенных групп взрослого населения.

### **1. Порядок формирования сведений о случаях проведения I этапа диспансеризации**

В рамках каждого законченного случая диспансеризации на *I этапе* (коды законченного случая **70.7.\***) медицинские организации, в обязательном порядке, ведут учет фактически выполненных посещений – к врачу-терапевту, врачу общей практики – код услуги **2.3.7**, к фельдшеру фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта - код услуги **2.3.4**, посещение к врачу акушеру-гинекологу - **2.3.1**, которые указываются в счете дополнительно к коду услуги законченного случая диспансеризации, а также лабораторных и инструментальных исследований, проведенных в зависимости от пола и возраста гражданина:

**Таблица 1. Коды лабораторных и инструментальных исследований.**

<b>Код услуги</b>	<b>Наименование услуги</b>
2.3.3	Посещение к фельдшеру (акушерке)
3.1.19	Антropометрия (измерение роста стоя, масса тела, окружность талии), расчет индекса массы тела
3.1.5	Измерение артериального давления
3.4.9	Измерение внутриглазного давления
<b>4.1.12*</b>	Мазки (соскобы) со слизистых полостей рта, носа, глаз, влагалища
4.11.137	Клинический анализ крови (три показателя)
4.12.169	Исследование уровня глюкозы в крови
4.12.174	Исследование крови на общий холестерин
4.14.66	Исследование крови на простат-специфический антиген
4.20.1	Исследование цитологического материала, взятого при профилактическом исследовании

4.20.2	Цитологическое исследование методом жидкостной цитологии скрининга рака шейки матки
4.8.4	Исследование кала на скрытую кровь
7.57.3	Маммография
7.61.3	Флюорография легких профилактическая в 1-й проекции
10.3.13	Фиброззофагогастродуоденоскопия
13.1.1	Электрокардиография
56.1.14	Краткое профилактическое консультирование
56.1.16	Опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
56.1.18	Определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска
56.1.19	Определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска

\* код услуги 4.1.12 применяется при осмотре фельдшером (акушеркой) включая взятие мазка (сокоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологические исследования для женщин в возрасте от 18 до 64 лет включительно.

В соответствии с Приказом по медицинским или иным показаниям гражданину могут быть проведены не все исследования:

- **флюорография легких** - если гражданину в течение предшествующего календарного года, либо года проведения диспансеризации проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки.
- **маммография** - в случае невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с мастэктомией. Маммография не проводится, если в течение предшествующих 12 месяцев проводилась маммография или компьютерная томография молочных желез.
- **взятие мазка (сокоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование** – в случае невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, virgo. В этом случае в сведениях об услуге, вместо кода услуги 4.1.12 указывается код 2.3.3 «Посещение к фельдшеру (акушерке)», а код услуги 4.20.1 «Исследование цитологического материала, взятого при профилактическом исследовании» не указывается.

При невозможности проведения вышеуказанных исследований по медицинским показаниям, объем диспансеризации для данного возраста и пола уменьшается на количество этих исследований и последующие расчеты процента выполненных объемов, производятся исходя из уменьшенного количества проведенных исследований.

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о законченном случае»:

«Тип диспансеризации» - ДВ1;

«Условия оказания медицинской помощи» - амбулаторно;

«Вид помощи» - первичная медико-санитарная;

«Форма оказания медицинской помощи» - плановая;

«Признак проведения диспансеризации мобильной медицинской бригадой»:

- если диспансеризация не проводилась мобильной медицинской бригадой – указывается 0 - нет;

- если диспансеризация проводилась мобильной медицинской бригадой – указывается 1 - да;

«Цель посещения» - указывается 2.2. «диспансеризация» (классификатор V025);

**«Признак отказа»:**

- значение по умолчанию «0»,

- если при наличии показаний для проведения 2 этапа пациент отказался от его прохождения (отказ оформляется документально) – указывается значение «1». При этом в поле «Результат обращения», содержится информация о направлении на 2 этап.

**«Дата начала»** – дата начала проведения диспансеризации;

**«Дата окончания»** – дата окончания проведения диспансеризации;

**«Результат обращения»** – указывается один из нижеперечисленных кодов классификатора V009, в соответствии с установленной группой здоровья или в соответствии с предварительно установленной группой здоровья при направлении пациента на 2 этап:

317	Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья
318	Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - 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
352	Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена I группа здоровья
353	Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II 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

**«Исход заболевания»** – код 306 «Осмотр»;

**«Код способа оплаты»** – «11 – Дополнительная диспансеризация».

Все остальные поля реестра сведений заполняются в соответствии с утвержденным порядком.

**Правила заполнения полей в разделе «Сведения о случае»**

**«Профиль»** - медицинский осмотр профилактический;

**«Номер первичной медицинской документации»** - номер амбулаторной карты;

**«Дата начала»** – дата первичного осмотра в рамках диспансеризации;

**«Дата окончания»** – дата заключительного осмотра в рамках диспансеризации;

**«Диагноз»** - В связи с тем, что при проведении диспансеризации, может быть выявлено (установлено) несколько диагнозов, в том числе диагнозы, по поводу заболеваний (состояний), которые не входят в Перечень заболеваний (состояний) финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования то при

формировании сведений о случае оказания медицинской помощи указываются *все выявленные заболевания*.

При подозрении на ЗНО в перечне диагнозов (или основной или один из сопутствующих) в обязательном порядке указывается код МКБ 10 Z03.1 - «Наблюдение при подозрении на злокачественную опухоль» (В поле «Признак подозрения на ЗНО» - содержится значение «1»).

При отсутствии заболеваний (состояний) необходимо использовать код МКБ 10 - Z00.8.

**«Признак первичного установления основного диагноза (диагноз основной выявлен впервые)»:**

- если диагноз выявлен впервые при прохождении диспансеризации в обязательном порядке **указывается «1»**,

- если при проведении профилактических мероприятий заболеваний (состояний) не выявлено (установлено), то сведения **не заполняются**.

**«Признак необходимости диспансерного наблюдения по поводу диагноза»:**

- если при прохождении диспансеризации среди выявленных заболеваний (состояний), имеются диагнозы, по поводу которых пациент уже состоит на диспансерном наблюдении – **указывается «1»**;

- если диагноз выявлен впервые при прохождении диспансеризации и имеется необходимость в постановке на диспансерное наблюдение, то в обязательном порядке, **указывается «2»**,

- если при прохождении диспансеризации среди выявленных заболеваний (состояний), имеются диагнозы, по поводу которых нет необходимости в диспансерном наблюдении – **указывается «3»**.

При оформлении сведений о **необходимости диспансерного наблюдения по поводу заболевания (состояния)**, следует руководствоваться следующими **правилами**.

1. Случай проведенной диспансеризации, по результатам которой пациент отнесен к **I группе здоровья** (в поле «Результат обращения» - «317» - Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья), оформляется в соответствии с одним из правил.

1.1. Если у пациента не выявлены какие-либо заболевания (состояния), то в качестве основного диагноза указывается код МКБ-10 - Z00.8. В поле «**Признак необходимости диспансерного наблюдения по поводу диагноза**» – **указывается «3» (нет необходимости в диспансерном наблюдении)**.

1.2. Если у пациента выявлены какие-либо заболевания (состояния), которые не относятся к хроническим неинфекционным заболеваниям, и по поводу которых пациент не нуждается в диспансерном наблюдении, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске, то в поле «**Признак необходимости диспансерного наблюдения по поводу диагноза**» – **указывается «3» (нет необходимости в диспансерном наблюдении)**.

2. Случай проведенной диспансеризации, по результатам которой пациент отнесен ко **II группе здоровья** (в поле «Результат обращения» - «318» - Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена II группа здоровья) оформляется в соответствии с одним из правил.

2.1. Если пациент отнесен ко **II группе здоровья** и требует **диспансерного наблюдения врачом-терапевтом**, это означает, что среди выявленных заболеваний (состояний) имеется **гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более** (кодируется по МКБ-10 кодами E78.0-E78.9) и он **подлежит диспансерному наблюдению врачом-терапевтом**.

Если пациент уже состоит на диспансерном наблюдении – **указывается «1»**. Если диагноз выявлен впервые при прохождении диспансеризации и имеется необходимость в

постановке на диспансерное наблюдение в поле «*Признак необходимости диспансерного наблюдения по поводу диагноза*» - указывается «2»

2.2. Если у пациента не установлены хронические неинфекционные заболевания, но *имеются факторы риска* развития таких заболеваний при *высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске*, а также лица, у которых выявлено ожирение и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и *которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний* (состояний) в поле «*Признак необходимости диспансерного наблюдения по поводу диагноза*» – указывается «3» (*нет необходимости в диспансерном наблюдении врачом-терапевтом*).

3. Случай проведенной диспансеризации, по результатам которой пациент отнесен к **IIIa группе здоровья** (в поле «*Результат обращения*» - «355» - Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIa группа здоровья).

**IIIa группа здоровья** - лица, *имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения* или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также лица с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

По каждому диагнозу, *требующему установления диспансерного наблюдения* в обязательном порядке в поле «*Признак необходимости диспансерного наблюдения по поводу диагноза*» если при прохождении диспансеризации среди выявленных состояний заболеваний (состояний), имеются диагнозы, по поводу которых пациент уже состоит на диспансерном наблюдении – *указывается «1»*, если диагноз выявлен впервые при прохождении диспансеризации - *указывается «2»*.

4 . Случай проведенной диспансеризации, по результатам которой пациент отнесен к **IIIb группе здоровья** (в поле «*Результат обращения*» - «356» - Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIb группа здоровья).

**IIIb группа здоровья** - лица, *не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения* или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи *по поводу иных заболеваний*, а также лица с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

По каждому диагнозу, *требующему установления диспансерного наблюдения* в обязательном порядке в поле «*Признак необходимости диспансерного наблюдения по поводу диагноза*» если при прохождении диспансеризации среди выявленных состояний заболеваний (состояний), имеются диагнозы, по поводу которых пациент уже состоит на диспансерном наблюдении – *указывается «1»*, если диагноз выявлен впервые при прохождении диспансеризации - *указывается «2»*.

Если по итогам диспансеризации пациент был взят на диспансерный учет (признак постановки на диспансерное наблюдение заполнено значением «2»), то в обязательном порядке в «Служебном поле» (COMENTSL) указываются:

- диагноз, по поводу которого пациент взят на диспансерное наблюдение,
- датой постановки на диспансерный учет по поводу указанного диагноза, будет считаться дата окончания оказания медицинской помощи в рамках случая диспансеризации,
- дата явки пациента на диспансерное наблюдение.

Обращаем Ваше внимание, что сведения о явке пациента на диспансерное наблюдение заполняются только по тем заболеваниям и состояниям, которые включены в **Перечень заболеваний**, утвержденный приказом комитета здравоохранения Волгоградской области и «ТФОМС Волгоградской области» от 15.11.2018г. № 3537/752 «Об утверждении Регламента взаимодействия комитета здравоохранения Волгоградской области, государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области», медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских организаций при осуществлении информационного сопровождения взрослого застрахованного населения в Волгоградской области на этапе осуществления диспансерного наблюдения».

**«Признак подозрения на ЗНО»:**

- если подозрение на ЗНО отсутствует – указывается «0»;
- при выявлении подозрения на ЗНО – указывается «1».

**«Назначения»:**

Назначения и (или) рекомендации оформляются в обязательном порядке при присвоении группы здоровья, кроме I или II по результатам **завершенных случаев** проведения диспансеризации, первого этапа или по результатам второго этапа диспансеризации.

Также в обязательном порядке оформляются назначения и (или) рекомендации если есть подозрения на ЗНО.

Если по завершению первого этапа гражданин направлен на второй этап диспансеризации, то данные о назначениях в сведениях о случае оказания медицинской помощи **не отражаются**. При этом «Результат обращения» - обязательно указывается «направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена группа здоровья».

- Направления к врачам-специалистам могут быть оформлены только в случае, если необходима консультация врача – специалиста, который **не предусмотрен на втором этапе** диспансеризации.
  - Если гражданин направлен:
    - на консультации к врачу - специалисту в медицинскую организацию по месту прикрепления – указывается «1»
      - в иную медицинскую организацию – указывается «2»,также в обязательном порядке указываются все специальности врачей, к которым направлен гражданин.
    - Если гражданин направлен на обследование – указывается «3», также в обязательном порядке указывается метод диагностического исследования:
      - лабораторная диагностика,
      - инструментальная диагностика,
      - методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих,
      - дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография).

• Если гражданин направлен:

- в дневной стационар – указывается «4»,
- в круглосуточный стационар – указывается «5»,

также в обязательном порядке указывается профиль медицинской помощи;

- в реабилитационное отделение – указывается «6», также в обязательном порядке указывается профиль койки.

**«Медицинская услуга (код), указанная в направлении»:** Заполняется **только в случае подозрения на ЗНО**.

В случае если имеется подозрение на ЗНО (в поле «Признак подозрения на ЗНО» - указано значение «1», а в поле «Код назначения» указано значение «3» - направлен на

обследование), то сведения заполняются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (справочник V001).

Перечень услуг из номенклатуры медицинских услуг (справочник V001), с указанием метода диагностического исследования, был направлен в адрес медицинских организаций и страховых медицинских организаций письмом «ТФОМС Волгоградской области» № 04-18-21 от 13.08.2018г.

**«Дата направления»:** Заполняется в обязательном порядке *только если есть подозрение на ЗНО* (в поле «**Признак подозрения на ЗНО**» - указано значение «1»), и пациент направлен на консультацию в другую медицинскую организацию (в поле «**Код назначения**» указано значение «2») или на обследование (в поле «**Код назначения**» - указано значение «3»).

**«Код МО, куда оформлено направление»:** код МО - юридического лица (справочник F003) – *заполняется только* в случаях направления пациента на консультацию в другую медицинскую организацию или на обследование *при подозрении на ЗНО*.

**«Специальность лечащего врача»** – «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Лечебное дело» (при диспансеризации всех групп населения – при возложении на фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе при проведении диспансеризации);

**«Количество единиц оплаты медицинской помощи»** – 1.

В «Служебном поле» сведения о принадлежности пациента к определенной группе взрослого населения заполняются в **обязательном порядке**. В зависимости от группы населения указывается:

- для неработающих граждан - код 10;
- для неработающих инвалидов Великой Отечественной войны, лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудовогоувечья и других причин, бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудовогоувечья и других причин - код 11;
- для обучающихся в образовательных организациях по очной форме код 14;
- для работающих граждан - код 20;
- для работающих инвалидов Великой Отечественной войны, лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудовогоувечья и других причин, бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудовогоувечья и других причин - код 21;
- для работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет – код 22.

Код указывается без кавычек, пробелов.

Все остальные поля реестра сведений заполняются в соответствии с утвержденным порядком.

## Правила заполнения полей в разделе «Сведения об услугах»:

**«Код медицинской организации»** - указывается код медицинской организации, выполнившей услугу (исследование). Соответствует CodeM из справочника Т001.

- для исследований биологического материала методом жидкостной цитологии, выполненных в «Централизованной цитологической лаборатории», организованной в ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер», в поле «*LPU*» указывается код ГБУЗ «ВОКОД», т.е. код 103001.\*

\* Правило применяется для тарифов на законченные случаи (коды: 70.7.514, 70.7.515, 70.7.516, 70.7.519, 70.7.521, 70.7.522, 70.7.523, 70.7.614, 70.7.615, 70.7.616, 70.7.619, 70.7.621, 70.7.622, 70.7.623), не включающие в себя стоимость исследований, проведенных в ГБУЗ «ВОКОД».

**«Профиль»** – заполняется по каждому профилю врачебного посещения, исследования в рамках диспансеризации (справочник V002);

**«Дата начала оказания услуги»** – дата осмотра врачом-специалистом в рамках диспансеризации, дата проведения исследования (если осмотры и исследования, были проведены ранее и не превышают установленного порядком срока – указывается дата их фактического проведения);

**«Дата окончания оказания услуги»** – равна дате начала оказания услуги;

**«Признак отказа от услуги»:**

- значение по умолчанию «0».

- в случае отказа пациента от проведения медицинской услуги, сведения о такой услуге передаются с указанием даты отказа и указанием значения «1».

- в случае невозможности проведения обследования по медицинским показаниям (маммография, цитологическое исследование) указывается значение «2».

**«Код услуги»** - в обязательном порядке указываются все осмотры и исследования, предусмотренные на первом этапе диспансеризации:

- 2.3.7 (при осмотре врачом-терапевтом, врачом общей практики),

- 2.3.4 (при осмотре фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта);

- 2.3.1. – при осмотре врачом акушером-гинекологом.

- коды услуг лабораторных, инструментальных исследований и мероприятий, которые выполнены в зависимости от пола и возраста гражданина, указанные в Таблице 1.

В случае проведения исследований биологического материала методом жидкостной цитологии, в «Централизованной цитологической лаборатории» вместо кода услуги 4.20.1

- «Исследование цитологического материала, взятого при профилактическом исследовании», в обязательном порядке указывается код 4.20.2 «Цитологическое исследование методом жидкостной цитологии скрининга рака шейки матки»;

**«Количество услуг»** – 1;

**«Тариф»** – тариф =0;

**«Специальность медицинского работника выполнившего услугу»** – специальность медицинского работника проводившего осмотр, лабораторные и инструментальные исследования (справочник V021).

**«Код медицинского работника оказавшего услугу»:**

- для услуг, которые выполнены в сроки проведения диспансеризации, сведения о медицинском работнике заполняются в обязательном порядке, в том числе и о привлеченных специалистах. В качестве значений используется СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета) медицинских работников, выполнивших услугу.

- если осмотры и исследования были выполнены ранее и учтены при проведении диспансеризации, то поле «*CODE\_MD*» заполняется 0 (нулем).

- для услуг лабораторных исследований, выполненных в ГБУЗ «ВОКОД» - поле ***«CODE\_MD»*** заполняется 0 (нулем).

Сведения об услугах заполняются в обязательном порядке. Все остальные поля реестра сведений заполняются в соответствии с утвержденным порядком.

## **2. Порядок формирования сведений о случаях проведения II этапа диспансеризации/**

Диспансеризация на ***2 этапе***, формируется как завершенный случай **по тарифам лечебно-диагностических услуг.**

В рамках проведения диспансеризации **2 этапа**, в счет выставляются посещения с целью диспансеризации к врачу специалисту и исследования, которые выполнены в зависимости от пола и возраста гражданина, необходимость проведения, которых определяется по результатам 1 этапа:

<b>Код услуги</b>	<b>Наименование услуги</b>
2.84.1	Посещение врача невролога с целью диспансеризации, 2 этап
2.84.3	Посещение врача офтальмолога с целью диспансеризации, 2 этап
2.84.5	Посещение врача акушера-гинеколога с целью диспансеризации, 2 этап
2.84.6	Посещение врача колопроктолога (хирурга) с целью диспансеризации, 2 этап
2.84.10	Посещение врача уролога (хирурга) с целью диспансеризации, 2 этап
2.84.8	Посещение врача оториноларинголога с целью диспансеризации, 2 этап
2.84.11	Посещение врача терапевта (общей практики) для заключения на 2 этапе диспансеризации
7.2.702	Рентгенография органов грудной клетки
7.2.701*	Компьютерная томография органов грудной полости
7.2.703*	Сpirальная компьютерная томография легких
7.2.704*	Компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болясным контрастированием
7.2.705*	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография легких
8.23.706	Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
10.3.713	Фиброзофагогастродуоденоскопия
10.6.710	Ректосигмоколоноскопия диагностическая
10.4.701	Ректороманоскопия
16.1.717	Спирометрия
56.1.723	Индивидуальное или групповое (школа для пациентов) углубленное профилактическое консультирование, 2 этап

\*В счет выставляется тот вид компьютерной томографии (код услуги), который был проведен.

Второй этап диспансеризации не считается состоявшимся, если на втором этапе было выполнено только посещение врача терапевта (общей практики) для заключения на 2 этапе диспансеризации.

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о законченном случае»:

«Тип диспансеризации» - ДВ2.

«Результат обращения» – проставляется один из нижеперечисленных кодов классификатора в соответствии с установленной группой здоровья:

317	Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья
318	Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена II группа здоровья
355	Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения – присвоена IIIa группа здоровья
356	Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения – присвоена IIIб группа здоровья

Заполнение всех остальных полей в разделе «Сведения о законченном случае» осуществляются в соответствие с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п. 1 настоящего письма.

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о случае»

Поля «Количество единиц медицинской помощи» и «Тариф» - не заполняются.

Все остальные поля в разделе «Сведения о случае» осуществляются в соответствие с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1 настоящего письма.

Правила заполнения полей в разделе «Сведения об услугах»

«Код медицинской организации» - указывается код медицинской организации, выполнившей услугу (исследование). Соответствует CodeM из справочника Т001.

«Профиль» – заполняется по каждому профилю врачебного посещения, исследования в рамках диспансеризации (справочник V002);

«Дата начала оказания услуги» – дата осмотра врачом-специалистом в рамках диспансеризации, дата проведения исследования;

«Дата окончания оказания услуги» – равна дате начала оказания услуги;

«Признак отказа от услуги» - в случае отказа пациента от проведения медицинской услуги, сведения о такой услуге передаются с указанием даты отказа и указанием значения «1».

«Код услуги» - в обязательном порядке указываются все осмотры и исследования, назначенные на втором этапе диспансеризации;

«Количество услуг» - 1;

«Тариф» - = тарифу;

«Специальность медицинского работника выполнившего услугу» – специальность медицинского работника проводившего осмотр, лабораторные и инструментальные исследования (справочник V021).

«Код медицинского работника оказавшего услугу»:

- для услуг, которые выполнены в рамках проведения второго этапа диспансеризации, сведения о медицинском работнике заполняются в обязательном порядке, в том числе и о привлеченных специалистах. В качестве значений используется СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета) медицинских работников, выполнивших услугу.

Все остальные поля реестра сведений заполняются в соответствии с утвержденным порядком.

«ТФОМС Волгоградской области» рекомендует довести настоящее письмо до сведения разработчиков программного обеспечения по персонифицированному учету оказанной медицинской помощи в сфере ОМС.

И.о. директора



А.В. Пайль

Исполнитель:  
Никитенко Светлана Борисовна тел. (8442) 53-27-30

