



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](http://www.volgatfoms.ru)

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

«18» марта 2019г. № 09-30-40

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 2019.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ) диспансеризация определенных групп взрослого населения (далее – диспансеризация) проводится **1 раз в 3 года** в возрастные периоды, предусмотренные приложением № 1 к Порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (далее – Порядок), за исключением:

1. **маммографии** для женщин в возрасте от 51 года до 69 лет и **исследования кала на скрытую кровь** для граждан в возрасте от 49 до 73 лет, которые проводятся **1 раз в 2 года**.
2. Диспансеризации, проводимой **ежегодно вне зависимости от возраста** в отношении отдельных категорий граждан:
  - **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),**

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, 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 *не мене 85% осмотров и исследований от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом осмотры и исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации и отказы от прохождения отдельных обследований должны составлять не более 15%*. В этом случае оплата оказанной медицинской помощи производится по тарифам за **законченный случай проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения**.

- **Первый этап диспансеризации** считается завершенным также в случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, *проводимых с периодичностью, как 1 раз в 3 года, так и 1 раз в 2 года, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации в соответствии с пунктом 15 Порядка, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных в соответствии с пунктом 15 Порядка осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации*, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, но оплата оказанной медицинской помощи производится **по тарифам лечебно-диагностических услуг** (осмотров (исследований, мероприятий). При этом оплате подлежат только осмотры (исследования, мероприятия), выполненные во время прохождения диспансеризации.

- В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации *менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 6.12. 2012 г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»)*, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр (сведения о случае и в дальнейшем счета формируются **как профилактический осмотр**. В этом случае оказанная медицинская помощь оплачивается по **тарифам за законченный случай медицинского профилактического осмотра взрослого населения**.

Обращаем Ваше внимание на то, что при проведении диспансеризации, которая проводится с периодичностью 1 раз в 3 года, обязательным является проведение анкетирования и прием врача-терапевта (врача – терапевта участкового, врача общей практики, фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта).

По итогам I этапа диспансеризации, как проводимой с периодичностью 1 раз в 3 года, так и проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года, могут быть назначены дополнительные осмотры, лабораторные и инструментальные исследования из перечня, определенного для II этапа, в соответствии с приложением 1 к Порядку.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования или группового профилактического консультирования.

Второй этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, указанных в пункте 14 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*.

При наличии у гражданина документально подтвержденных результатов осмотров (консультаций) врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой) (далее - осмотр), исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации согласно пунктам 13 и 14 Порядка, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятия в рамках диспансеризации принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.

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.

Случаи 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, трудового увечья 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, трудового увечья и других причин;
- работающие инвалиды Великой Отечественной войны, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего

заболевания, трудового увечья 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, трудового увечья и других причин.

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

## **I. Диспансеризации определенных групп взрослого населения, которая проводится с периодичностью 1 раз в 3 года.**

### **1.1. Порядок формирования сведений о случаях проведения диспансеризации I этапа, оплата которых производится по тарифам за законченный случай проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения.**

В рамках каждого законченного случая диспансеризации на *I этапе* (коды законченного случая 70.3.\*) медицинские организации, в обязательном порядке, ведут учет фактически выполненных посещений – к врачу-терапевту, врачу общей практики – код услуги 2.3.5, к фельдшеру фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта - код услуги 2.3.3, 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.

Код услуги	Наименование услуги
3.1.5	Измерение артериального давления
3.1.19	Антропометрия (измерение роста стоя, масса тела, окружность талии), расчет индекса массы тела
3.4.9	Измерение внутриглазного давления
4.1.12 *	Мазки (соскобы) со слизистых полостей рта, носа, глаз, влагалища
4.8.4	Исследование кала на скрытую кровь
4.12.169	Исследование уровня глюкозы в крови
4.12.174	Исследование крови на общий холестерин
4.14.66	Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови
4.20.1	Исследование цитологического материала, взятого при профилактическом исследовании
7.57.3	Маммография
7.61.3	Флюорография легких профилактическая в 1-й проекции
13.1.1	Электрокардиография
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
56.11.21	Индивидуальное профилактическое консультирование

\* код услуги 4.1.12 применяется при осмотре фельдшером (акушеркой) включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование для женщин в возрасте от 30 до 60 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 (соскоба) 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 данном 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.

Так же учитываются осмотры и исследования, от которых гражданин отказался в соответствии с установленным порядком.

При проведении диспансеризации на I этапе можно учитывать результаты осмотров, исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации согласно пункта 13 Порядка, утвержденного приказом, которые выполнялись ранее в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации (объем учтенных исследований и отказов должен быть не более 15 % от объема диспансеризации).

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 **IIIа группе здоровья** (в поле **«Результат обращения»** - «355» - Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIа группа здоровья).

**IIIа 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 **IIIб группе здоровья** (в поле **«Результат обращения»** - «356» - Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIб группа здоровья).

**IIIб 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, трудового увечья 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, трудового увечья 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, трудового увечья 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, трудового увечья и других причин - код **21**.

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 T001.

- для лабораторных (гематологических) исследований, которые выполнены в ГУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 2», в *поле «LPU»* указывается регистрационный код ГУЗ «КДП №2», т.е. код 125901,\*

- для лабораторных (гематологических) исследований, которые выполнены в Обществе с ограниченной ответственностью «Региональная Диагностическая Лаборатория», в *поле «LPU»* указывается регистрационный код ООО «Региональная Диагностическая Лаборатория», т.е. код 805965\*

\* Правило применяется для тарифов на законченные случаи (коды: 70.3.105; 70.3.109; 70.3.113; 70.3.115; 70.3.119; 70.3.123; 70.3.125; 70.3.127; 70.3.131; 70.3.135; 70.3.143; 70.3.147; 70.3.149; 70.3.153; 70.3.157; 70.3.161; 70.3.165; 70.3.167; 70.3.169; 70.3.171; 70.3.173; 70.3.175; 70.3.179; 70.3.183; 70.3.187; 70.3.191; 70.3.195; 70.3.199; 70.3.202), не включающие в себя стоимость исследований, проведенных в ГУЗ «КДП № 2» или ООО «Региональная Диагностическая Лаборатория» (далее - сторонние диагностические лаборатории).

- 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: 70.3.172 - 70.3.195), 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:

– 2.3.5 (при осмотре врачом- терапевтом, врачом общей практики),

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

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

В случае проведения лабораторных исследований в ГУЗ «КДП №2 » или ООО «Региональная Диагностическая Лаборатория» указывается код услуги соответствующего лабораторного исследования.

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 сторонних диагностических лабораториях и 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.

**1.2. Порядок формирования случаев, проведения диспансеризации I этапа, проводимой с периодичностью 1 раз в 3 года, оплата которых производится по тарифам лечебно-диагностических услуг.**

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

Заполнение полей в разделе «Сведения о законченном случае» осуществляются в соответствии с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1.1 настоящего письма.

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о случае»:

Заполнение полей в разделе «Сведения о случае» осуществляются в соответствии с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1.1 настоящего письма.

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

Правила заполнения полей в разделе «Сведения об услугах»:

«Код медицинской организации» - указывается код медицинской организации, выполнившей услугу (исследование). Соответствует CodeM из справочника T001.

- для лабораторных (гематологических) исследований, которые выполнены в ГУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 2», в поле «LPU» указывается регистрационный код ГУЗ «КДП № 2», т.е. код 125901.

- для лабораторных (гематологических) исследований, которые выполнены в Обществе с ограниченной ответственностью «Региональная Диагностическая Лаборатория», в поле «LPU» указывается регистрационный код ООО «Региональная Диагностическая Лаборатория», т.е. код 805965,

- 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.

«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:

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

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

- коды услуг лабораторных, инструментальных исследований и мероприятий, которые выполнены в зависимости от пола и возраста гражданина:

Код услуги	Наименование услуги
3.1.5	Измерение артериального давления
3.1.19	Антропометрия (измерение роста стоя, масса тела, окружность талии), расчет индекса массы тела
3.4.9	Измерение внутриглазного давления
4.1.12 *	Мазки (соскобы) со слизистых полостей рта, носа, глаз, влагалища
4.8.4	Исследование кала на скрытую кровь
4.12.169	Исследование уровня глюкозы в крови
4.12.174	Исследование крови на общий холестерин
4.14.66	Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови
4.20.1	Исследование цитологического материала, взятого при профилактическом исследовании
4.20.2	Цитологическое исследование методом жидкостной цитологии скрининга рака шейки матки*
7.57.3	Маммография
7.61.3	Флюорография легких профилактическая в 1-й проекции
13.1.1	Электрокардиография
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
56.11.21	Индивидуальное профилактическое консультирование

*Также для формирования стоимости случая в обязательном порядке указываются услуги с ненулевым тарифом, для которых дата начала оказания услуги равна или больше даты начала лечения, и меньше или равна дате окончания лечения на уровне случая (находятся в диапазоне сроков проведения диспансеризации), (см. таблицу соответствия медицинских услуг).*

*Таблица соответствия медицинских услуг при диспансеризации I этапа, проводимой с периодичностью 1 раз в 3 года*

Код услуги для учета выполненных объемов	Код услуги с тарифом	Наименование услуги
2.3.5	2.90.3	Посещение к врачу терапевту (врачу общей практики) с целью диспансеризации взрослых, 1 этап
2.3.3	2.90.2	Посещение к фельдшеру (акушерке) с целью диспансеризации взрослых, 1 этап
3.1.5	3.1.705	Измерение артериального давления
3.1.19	3.1.719	Антропометрия (измерение роста стоя, масса тела, окружность талии), расчет индекса массы тела
3.4.9	3.4.709	Измерение внутриглазного давления
4.1.12	4.1.712	Мазки (соскобы) со слизистых полостей рта, носа, глаз, влагалища
4.8.4	4.8.704	Исследование кала на скрытую кровь
4.12.169	4.12.769	Исследование уровня глюкозы в крови
4.12.174	4.12.774	Исследование крови на общий холестерин
4.14.66	4.14.766	Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови
4.20.1	4.20.701	Исследование цитологического материала, взятого при профилактическом исследовании
7.57.3	7.57.703	Маммография
7.61.3	7.61.703	Флюорография легких профилактическая в 1-й проекции
13.1.1	13.1.701	Электрокардиография
56.1.16	56.1.716	Опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
56.1.18	56.1.718	Определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска
56.1.19	56.1.719	Определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска
56.1.21	56.1.721	Индивидуальное профилактическое консультирование

В случае проведения лабораторных исследований в ГУЗ «КДП № 2» или ООО «Региональная Диагностическая Лаборатория» указывается код услуги соответствующего лабораторного исследования.

Для услуг лабораторных (гематологических) исследований, выполненных в ГУЗ «КДП № 2» или ООО «Региональная Диагностическая Лаборатория» и для услуги цитологического исследования с кодом 4.20.2 «Цитологическое исследование методом жидкостной цитологии скрининга рака шейки матки», выполненное в «Централизованной цитологической лаборатории», для которых дата начала оказания услуги равна или больше даты начала лечения, и меньше или равна дате окончания лечения на уровне случая (находятся в диапазоне сроков проведения диспансеризации) – применяются коды лабораторных исследований с нулевым тарифом. В дополнение к данным услугам услуги с тарифом отличным от нуля не указываются.

В том случае, если проведение лабораторных (гематологических) исследований, проводится учреждением *самостоятельно*, а также если исследование материала, полученного с шейки матки и цервикального канала, *производится не методом жидкостной цитологии*, то при формировании сведений о случае следует руководствоваться утвержденными правилами.

«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 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 сторонних диагностических лабораториях и 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.

### 1.3. Диспансеризации определенных групп взрослого (2 этап).

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

- В рамках проведения диспансеризации *2 этапа*, проводимой с *периодичностью 1 раз в 3 года*, в счет выставляются посещения с целью диспансеризации к врачу специалисту, которые выполнены в зависимости от пола и возраста гражданина, необходимость проведения, которых определяется по результатам 1 этапа:

Код услуги	Наименование услуги
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
2.84.8	Посещение врача отоларинголога с целью диспансеризации, 2 этап
2.84.10	Посещение врача уролога (хирурга) с целью диспансеризации, 2 этап
2.84.11*	Посещение врача терапевта (общей практики) для заключения на 2 этапе диспансеризации

И исследования:

8.23.706	Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
10.6.710	Ректосигмоколоноскопия диагностическая
16.1.717	Спирометрия
56.1.723*	Индивидуальное или групповое (школа для пациентов) углубленное профилактическое консультирование, 2 этап

- Гражданам, которым при проведении 1 этапа диспансеризации была предварительно установлена II группа здоровья, и которые были направлены на 2 этап диспансеризации (в сведениях о случае проведения 1 этапа диспансеризации в поле «**Результат обращения**» указан код «353» - «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья»), на 2 этапе может проводиться только индивидуальное углубленное профилактическое консультирование.

В этом случае при формировании сведений об оказанной медицинской помощи в качестве услуги указывается только код услуги 56.1.723 «**Индивидуальное или групповое (школа для пациентов) углубленное профилактическое консультирование, 2 этап**», посещение врача терапевта (общей практики) для заключения на 2 этапе диспансеризации не указывается.

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 соответствии с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1.1 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 соответствии с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1.1 настоящего письма.

Правила заполнения полей в разделе «**Сведения об услугах**»

«**Код медицинской организации**» - указывается код медицинской организации, выполнившей услугу (исследование). Соответствует CodeM из справочника T001.

«**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.

## 2. Диспансеризации определенных групп взрослого населения, которая проводится с периодичностью 1 раз в 2 года.

### 2.1. Порядок формирования сведений о случаях проведения диспансеризации I этапа, которая проводится с периодичностью 1 раз в 2 года и оплата которых производится по тарифам за законченный случай проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Первый этап диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года, включает в себя маммографическое исследование или исследование кала на скрытую кровь и прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершению исследований 1 этапа диспансеризации, проводимых 1 раз в 2 года (даты осмотров, исследований находятся в диапазоне дат проведения диспансеризации).

код услуги	наименование услуги	примечание
70.3.101	Законченный случай диспансеризации мужчин (в возрасте 49,53, 55,59,61,65,67,71,73), 1 этап (иссл.1 раз в 2 года)	кал на скрытую кровь и терапевт
70.3.138	Законченный случай диспансеризации женщин (в возрасте 49,53, 55,59,61,65,67,71,73), 1 этап (иссл.1 раз в 2 года)	кал на скрытую кровь и терапевт
70.3.139	Законченный случай диспансеризации женщин (в возрасте 50,52,56,58,62,64,68,70), 1 этап (иссл.1 раз в 2 года)	маммография и терапевт

В рамках каждого законченного случая диспансеризации на I этапе (коды законченного случая 70.3.101, 70.3.138 и 70.3.139) медицинские организации, в обязательном порядке, ведут учет фактически выполненных посещений – к врачу-терапевту, врачу общей практики – код услуги 2.3.6, который указываются в счете дополнительно к коду услуги законченного случая диспансеризации, а также

лабораторных или инструментальных исследований, проведенных в зависимости от пола и возраста гражданина - коды услуг:

Код услуги	Наименование услуги
4.8.4	Исследование кала на скрытую кровь
7.57.3	Маммография

**Отказ от исследований при диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года не допускается.**

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

«Тип диспансеризации» - ДВЗ;

«Результат обращения» – проставляется 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 IIIa 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 IIIa группа здоровья
358	Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIб группа здоровья

Заполнение всех остальных полей в разделе «Сведения о законченном случае» осуществляются в соответствии с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1.1 настоящего письма.

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о случае»:

Заполнение полей в разделе «Сведения о случае» осуществляются в соответствии с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1.1 настоящего письма.

Правила заполнения полей «Сведения об услугах»

«Код медицинской организации» - указывается код медицинской организации, выполнившей услугу (исследование). Соответствует CodeM из справочника T001.

«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» - значение по умолчанию «0»;

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

– 2.3.6 (при осмотре врачом- терапевтом, врачом общей практики),

- коды услуг, которые выполнены в зависимости от пола и возраста гражданина:

Код услуги	Наименование услуги
4.8.4	Исследование кала на скрытую кровь
7.57.3	Маммография

«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).

Все остальные поля заполняются в соответствии с утвержденным порядком.

## **2.2. Порядок формирования сведений о случаях проведения диспансеризации I этапа, которая проводится с периодичностью 1 раз в 2 года и оплата которых производится по тарифам лечебно-диагностических услуг.**

Формирование сведений о случаях проведения диспансеризации I этапа, которая проводится с периодичностью 1 раз в 2 года и оплата которых производится по *тарифам лечебно-диагностических услуг*, осуществляется в случае, если при проведении диспансеризации *учитываются* результаты лабораторных или инструментальных исследований, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации.

### ***Коды услуг осмотров и исследований, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года***

Код услуги для учета выполненных объемов	Код услуги с тарифом	Наименование услуги
2.3.6	2.90.4	Прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершению исследований 1 этапа диспансеризации взрослых, проводимых 1 раз в 2 года
4.8.4	4.8.704	Исследование кала на скрытую кровь
7.57.3	7.57.703	Маммография

Правила заполнения полей в разделе **Сведения о законченном случае**

**«Тип диспансеризации» - ДВЗ;**

**«Результат обращения»** – проставляется 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

Заполнение всех остальных полей в разделе **«Сведения о законченном случае»** осуществляются в соответствии с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1.1 настоящего письма.

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

Заполнение полей в разделе **«Сведения о случае»** осуществляются в соответствии с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1.1 настоящего письма.

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

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

**«Код медицинской организации»** - указывается код медицинской организации, выполнившей услугу (исследование). Соответствует CodeM из справочника T001.

**«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»;

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

– 2.3.6 (при осмотре врачом- терапевтом, врачом общей практики),

- коды услуг лабораторных, инструментальных исследований, которые выполнены в зависимости от пола и возраста гражданина:

Код услуги	Наименование услуги
4.8.4	Исследование кала на скрытую кровь
7.57.3	Маммография

*Также для формирования стоимости случая в обязательном порядке указываются услуги с ненулевым тарифом, для которых дата начала оказания услуги равна или больше даты начала лечения, и меньше или равна дате окончания лечения на уровне случая (находятся в диапазоне сроков проведения диспансеризации), (см. таблицу соответствия медицинских услуг).*

*Таблица соответствия медицинских услуг при диспансеризации I этапа, проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года*

Код услуги для учета выполненных объемов	Код услуги с тарифом	Наименование услуги
2.3.6	2.90.4	Прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершению исследований 1 этапа диспансеризации взрослых, проводимых 1 раз в 2 года
4.8.4	4.8.4	Исследование кала на скрытую кровь
7.57.3	7.57.3	Маммография

«Количество услуг» – 1;

«Тариф» = тарифу;

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

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

### **2.3. Диспансеризация определенных групп взрослого населения 2 этапа, проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года:**

В рамках проведения диспансеризации 2 этапа, проводимой с *периодичностью 1 раз в 2 года:*

- если на 1 этапе была проведена маммография, то объем диспансеризации на 2 этапе включает в себя - посещение врача акушера-гинеколога с целью диспансеризации и посещение врача терапевта (общей практики) для заключения на 2 этапе диспансеризации,  
- если на 1 этапе было проведено исследование кала на скрытую кровь, то объем диспансеризации на 2 этапе включает в себя - посещение врача колопроктолога (хирурга) с целью диспансеризации, включая проведение ректороманоскопии, колоноскопию по назначению врача колопроктолога (хирурга) и посещение врача терапевта (общей практики) для заключения на 2 этапе диспансеризации.

В счет выставляются посещения с целью диспансеризации определенных групп взрослого населения к врачу специалисту – коды:

2.84.5	Посещение врача акушера-гинеколога с целью диспансеризации, 2 этап
2.84.6	Посещение врача колопроктолога (хирурга) с целью диспансеризации, 2 этап
2.84.11*	Посещение врача терапевта (общей практики) для заключения на 2 этапе диспансеризации

и коды исследований:

10.6.710	Ректосигмоколоноскопия диагностическая
----------	--

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 соответствии с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1.1. и п.1.3 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 соответствии с утвержденным порядком и описанными выше правилами в п.1.1 настоящего письма.

**Правила заполнения полей в разделе «Сведения об услуге»**

«Код медицинской организации» - указывается код медицинской организации, выполнившей услугу (исследование). Соответствует CodeM из справочника T001.

«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»** - 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.

Обращаем Ваше внимание на следующее - если в год прохождения диспансеризации, которая проводится 1 раз в 2 года, застрахованному лицу возможно проведение профилактического медицинского осмотра, то проводится только один вид профилактического мероприятия:

- или диспансеризация, которая проводится 1 раз в 2 года,
- или профилактический медицинский осмотра.

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

Директор



Т.В. Самарина

Исполнитель:

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



