



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@volgafoms.ru. http://www.volgafoms.ru

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

28 января 2016 г. № 12 – 20 – 101
на № _____ от _____ 201 г.

Руководителям медицинских организаций

Директорам филиалов
«ТФОМС Волгоградской области»

Руководителям СМО

О формировании Реестров сведений (счетов) за оказание медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (стационара на дому) в 2016 году (кроме высокотехнологичной медицинской помощи)

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» доводит до Вашего сведения следующую информацию.

Оплата стационарной и стационарзамещающей медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной), оказанной в 2016 году, будет производиться за законченный случай лечения, включенный в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы заболеваний) (далее - КСГ).

Законченный случай госпитализации – это оказание пациенту в одной медицинской организации стационарной медицинской помощи от момента поступления в стационар (или дневной стационар, стационар на дому) до момента выписки, включая пребывание в одном или нескольких профильных отделениях и все оперативные вмешательства и иные медицинские технологии, выполненные в течение этого времени (за исключением высокотехнологичного лечения).

Оплата случаев проведения заместительной почечной терапии в **стационарных** условиях у пациентов, не находившихся ранее на хроническом диализе, производится по отдельным КСГ, принятым на территории Волгоградской области.

При необходимости госпитализации по различным поводам в **стационар** пациентов, находящихся на хроническом диализе, оплата диализа производится за законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи **в условиях дневного стационара** по соответствующей КСГ из расчета одного месяца проведения заместительной почечной терапии. Одновременно с этим представляется случай госпитализации по соответствующей КСГ по основному поводу **стационарного** лечения.

Оплата случаев проведения заместительной почечной терапии пациентам, находящимся на «хроническом» диализе **в условиях дневного стационара**, производится за законченный случай лечения, включенный в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы заболеваний) **в условиях дневного стационара** из расчета одного месяца лечения. В случае клинической необходимости допускается одновременно с этим представлять к оплате случай лечения в условиях дневного стационара по КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ»

(данная группа включает в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа) или по КСГ 42 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа».

Отнесение случая госпитализации к конкретной КСГ, а также к соответствующим группам при проведении заместительной почечной терапии, осуществляется на основании «Инструкции по группировке случаев госпитализации в клиничко-статистические группы в условиях стационара, дневного стационара и стационара на дому на территории Волгоградской области с 01.01.2016».

В целях корректного оформления случаев оказания медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (стационара на дому), имеющим дату окончания лечения с 01.01.2016, а также обеспечения достоверности учета фактически выполненных койко-дней стационарной медицинской помощи (пациенто-дней в условиях дневного стационара и стационара на дому) медицинской организации необходимо при формировании файла Реестра случаев (впоследствии – Реестров счетов) обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

I. Случаи оказания медицинской помощи в условиях стационара

В разделе **«Сведения о случае»**:

- в поле **«Условия оказания медицинской помощи»** указывается «1» – стационарные;
- в поле **«Вид помощи»** указывается «31» – специализированная медицинская помощь;
- в поле **«Профиль»** указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения (койки), в котором установлен диагноз основной, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н, и должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному в одном из разделов «Сведения об услуге»;
- поле **«Дата начала лечения»** заполняется в соответствии с пунктом 20 «Дата поступления в приемное отделение» статистической формы 066/у-02;
- поле **«Дата окончания лечения»** заполняется в соответствии с пунктом 22 «Дата выписки (смерти)» статистической формы 066/у-02;
- в поле **«Диагноз основной»** указывается Код МКБ, соответствующий Основному заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02, и должен соответствовать диагнозу, указанному в одном из разделов «Сведения об услуге» (в этом же разделе «Сведения об услуге» профиль медицинской помощи должен соответствовать профилю медицинской помощи, указанному в разделе «Сведения о случае»);
- поле **«Диагноз сопутствующего заболевания»** заполняется в **обязательном порядке** в случае отнесения к КСГ, требующей в качестве дополнительного критерия код сопутствующего диагноза – указывается Код МКБ, соответствующий Сопутствующему заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02;
- поле **«Диагноз осложнения заболевания»** заполняется в **обязательном порядке** в случае отнесения к КСГ, требующей в качестве дополнительного критерия код диагноза осложнения заболевания - указывается Код МКБ, соответствующий Осложнению из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02;
- поле **«Код МЭС»** заполняется в соответствии с Классификатором клиничко-статистических групп (КСГ) (будет предоставлен дополнительно);
- поле **«Результат обращения (госпитализации)»** заполняется в соответствии с пунктом 24.1 «Результат госпитализации» статистической формы 066/у-02;

- поле «**Исход заболевания**» заполняется в соответствии с пунктом 24 «Исход госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- в поле «**Специальность лечащего врача**» указывается специальность врача, установившего диагноз основной, и должна соответствовать специальности медработника, указанной в одном из разделов «Сведения об услуге» (в этом же разделе «Сведения об услуге» профиль медицинской помощи и диагноз должны соответствовать профилю медицинской помощи и диагнозу, указанным в разделе «Сведения о случае»);
- в поле «**Код способа оплаты медицинской помощи**» указывается «33» – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы заболеваний) в стационарных условиях;
- в поле «**Количество единиц оплаты медицинской помощи**» указывается «1»;
- поле «**Тариф**» заполняется в соответствии со Справочником тарифов (будет предоставлен дополнительно).

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

Пребывание пациента в одном профильном отделении стационара описывается в одном разделе «Сведения об услуге». Информация о проведенном оперативном вмешательстве (или иной медицинской технологии, влияющей на группировку) передается также с помощью раздела «Сведения об услуге». В одном разделе «Сведения об услуге» передается информация о пребывании пациента в одном профильном отделении стационара или информация о проведенном оперативном вмешательстве (или иной медицинской технологии, влияющей на группировку).

Информация о фактическом количестве койко-дней заполняется в соответствии с пунктом 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02, при этом:

- в поле «**Профиль оказанной медицинской помощи**» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий Профилю коек (графа 3 пункта 26 статистической формы 066/у-02), на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н;
- поля «**Дата начала оказания услуги**» и «**Дата окончания оказания услуги**» заполняются в соответствии с Датой поступления и Датой выписки, перевода (графы 5 и 6 пункта 26 статистической формы 066/у-02). Дата начала оказания первой услуги должна совпадать с датой начала лечения; дата начала оказания последующей услуги должна совпадать с датой окончания оказания предыдущей услуги; дата окончания последней услуги должна совпадать с датой окончания лечения;
- поле «**Диагноз**» заполняется в соответствии с Кодом диагноза по МКБ (графа 7 пункта 26 статистической формы 066/у-02);
- в поле «**Код услуги**» указывается 1.11.1 – койко-день для учета объемов оказанной помощи в стационаре (для случаев медицинской реабилитации в условиях стационара – 1.11.2);
- в поле «**Количество оказанных услуг**» проставляется количество койко-дней, рассчитанное как разность между датой окончания оказания услуги и датой начала оказания услуги; если дата начала и окончания оказания услуги совпадают, то количество койко-дней принимается равным единице;
- в поле «**Тариф**» указывается «0»;
- в поле «**Специальность медработника, выполнившего услугу**» указывается специальность лечащего врача.

Количество разделов «Сведения об услуге» с кодом 1.11.1 (1.11.2) в случае госпитализации в круглосуточном стационаре должно соответствовать количеству заполненных строк пункта 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02.

Количество койко-дней в случае госпитализации в условиях стационара рассчитывается как сумма койко-дней, указанных в поле «Количество оказанных услуг» по каждой услуге, и должно быть равно разности между датой окончания лечения и датой начала лечения, указанными в разделе «Сведения о случае» (если дата начала лечения совпадает с датой окончания лечения, то количество койко-дней в случае должно быть равно 1).

В случае проведения хирургических операций или иных медицинских технологий, влияющих на группировку (далее - медуслуги), информация о проведенных операциях **обязательно** отражается в разделе «Сведения об услуге» и заполняется в соответствии с пунктом 27 «Хирургические операции» статистической формы 066/у-02:

- в поле «**Профиль оказанной медицинской помощи**» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения, в котором проведена операция, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н;
- в поле «**Диагноз**» указывается диагноз, по поводу которого проведена операция;
- в поле «**Код услуги**» указывается код медуслуги Номенклатуры медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2013 года № 794н (графа 6 пункта 27 статистической формы 066/у-02);
- в поле «**Количество оказанных услуг**» указывается количество проведенных операций (иных медуслуг);
- в поле «**Тариф**» указывается «0»;
- в поле «**Специальность медработника, выполнившего услугу**» указывается специальность врача, выполнившего операцию (иную медуслугу).

Количество разделов «Сведения об услуге» с кодами медуслуг по Номенклатуре в случае госпитализации должно соответствовать количеству наименований проведенных операций или иных медицинских технологий.

Информация о профиле медицинской помощи, диагнозе и специальности медработника, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях одного из разделов «Сведения об услуге».

II. Случаи оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (стационара на дому), в том числе случаи использования вспомогательных репродуктивных технологий

В разделе «**Сведения о случае**»:

- в поле «**Условия оказания медицинской помощи**» указывается «2» - дневной стационар;

- в поле «**Вид помощи**» указывается «31» – специализированная медицинская помощь, или «13» - первичная специализированная медико-санитарная помощь, или «12» - первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- в поле «**Профиль**» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения (койки) дневного стационара или стационара на дому, в котором установлен диагноз основной, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н, и должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному в одном из разделов «Сведения об услуге»;
- поле «**Дата начала лечения**» заполняется в соответствии с пунктом 20 «Дата поступления в приемное отделение» статистической формы 066/у-02;
- поле «**Дата окончания лечения**» заполняется в соответствии с пунктом 22 «Дата выписки (смерти)» статистической формы 066/у-02;
- в поле «**Диагноз основной**» указывается Код МКБ, соответствующий Основному заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02, и должен соответствовать диагнозу, указанному в одном из разделов «Сведения об услуге» (в этом же разделе «Сведения об услуге» профиль медицинской помощи должен соответствовать профилю медицинской помощи, указанному в разделе «Сведения о случае»);
- поле «**Диагноз сопутствующего заболевания**» заполняется в обязательном порядке в случае отнесения к КСГ, требующей в качестве дополнительного критерия код сопутствующего диагноза – указывается Код МКБ, соответствующий Сопутствующему заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02;
- поле «**Код МЭС**» заполняется в соответствии с Классификатором КСГ (будет предоставлен дополнительно);
- поле «**Результат обращения (госпитализации)**» заполняется в соответствии с пунктом 24.1 «Результат госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- поле «**Исход заболевания**» заполняется в соответствии с пунктом 24 «Исход госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- в поле «**Специальность лечащего врача**» указывается специальность врача, установившего диагноз основной, и должна соответствовать специальности медработника, указанной в одном из разделов «Сведения об услуге» (в этом же разделе «Сведения об услуге» профиль медицинской помощи и диагноз должны соответствовать профилю медицинской помощи и диагнозу, указанным в разделе «Сведения о случае»);
- в поле «**Код способа оплаты медицинской помощи**» указывается «43» – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы заболеваний) в дневном стационаре;
- в поле «**Количество единиц оплаты медицинской помощи**» указывается «1»;
- поле «**Тариф**» заполняется в соответствии со Справочником тарифов (будет предоставлен дополнительно).

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

Пребывание пациента в одном профильном отделении дневного стационара описывается в одном разделе «Сведения об услуге». Информация о проведенном оперативном вмешательстве (или иной медицинской технологии, влияющей на группировку) передается также с помощью раздела «Сведения об услуге». В одном разделе «Сведения об услуге» передается информация о пребывании пациента в одном

профильном отделении дневного стационара или информация о проведенном оперативном вмешательстве (или иной медицинской технологии, влияющей на группировку).

Информация о фактическом количестве пациенто-дней заполняется в соответствии с пунктом 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02, при этом:

- в поле «**Профиль оказанной медицинской помощи**» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий Профилю коек (графа 3 пункта 26 статистической формы 066/у-02), на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н;
- поля «**Дата начала оказания услуги**» и «**Дата окончания оказания услуги**» заполняются в соответствии с Датой поступления и Датой выписки, перевода (графы 5 и 6 пункта 26 статистической формы 066/у-02). Дата начала оказания первой услуги должна совпадать с датой начала лечения; дата окончания последней услуги должна совпадать с датой окончания лечения;
- поле «**Диагноз**» заполняется в соответствии с Кодом диагноза по МКБ (графа 7 пункта 26 статистической формы 066/у-02);
- в поле «**Код услуги**» указывается соответствующий код услуги из группы 55.1.* – пациенто-день для учета объемов оказанной помощи в дневном стационаре (стационаре на дому);
- в поле «**Количество оказанных услуг**» проставляется количество фактических пациенто-дней; если дата начала и окончания оказания услуги совпадают, то количество пациенто-дней принимается равным единице;
- в поле «**Тариф**» указывается «0»;
- в поле «**Специальность медработника, выполнившего услугу**» указывается специальность лечащего врача.

Количество разделов «Сведения об услуге» с кодом 55.1.* в случае госпитализации в дневном стационаре должно соответствовать количеству заполненных строк пункта 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02.

Количество пациенто-дней в случае *госпитализации* в условиях дневного стационара рассчитывается как сумма пациенто-дней, указанных в поле «Количество оказанных услуг» по каждой услуге (если дата начала лечения совпадает с датой окончания лечения, то количество пациенто-дней в случае должно быть равно 1).

В случае проведения хирургических операций или иных медицинских технологий, влияющих на группировку (далее - медуслуги), информация о проведенных операциях **обязательно** отражается в разделе «Сведения об услуге» и заполняется в соответствии с пунктом 27 «Хирургические операции» статистической формы 066/у-02:

- в поле «**Профиль оказанной медицинской помощи**» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения, в котором проведена операция, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н;
- в поле «**Диагноз**» указывается диагноз, по поводу которого проведена операция;
- в поле «**Код услуги**» указывается код медуслуги Номенклатуры медицинских услуг (графа 6 пункта 27 статистической формы 066/у-02);
- в поле «**Количество оказанных услуг**» указывается количество проведенных операций;
- в поле «**Тариф**» указывается «0»;

- в поле «**Специальность медработника, выполнившего услугу**» указывается специальность врача, выполнившего операцию.

Количество разделов «Сведения об услуге» с кодами медуслуг по Номенклатуре в случае госпитализации должно соответствовать количеству наименований проведенных операций или иных медицинских технологий.

Информация о профиле медицинской помощи, диагнозе и специальности медработника, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях одного из разделов «Сведения об услуге».

III. Случаи проведения заместительной почечной терапии пациентам, не находившимся на хроническом диализе, в условиях стационара

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «**Условия оказания медицинской помощи**» указывается «1» – стационарные;
- в поле «**Вид помощи**» указывается «31» – специализированная медицинская помощь;
- в поле «**Профиль**» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения (койки), в котором установлен диагноз основной, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н, и должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному в аналогичном разделе «Сведения об услуге»;
- поля «**Дата начала лечения**» и «**Дата окончания лечения**» заполняются в соответствии с датой проведения процедуры заместительной почечной терапии (далее - ЗПТ);
- в поле «**Диагноз основной**» указывается Код МКБ, соответствующий диагнозу, по поводу которого проводится ЗПТ, и должен соответствовать диагнозу, указанному в аналогичном разделе «Сведения об услуге» (в этом же разделе «Сведения об услуге» профиль медицинской помощи должен соответствовать профилю медицинской помощи, указанному в разделе «Сведения о случае»);
- поле «**Код МЭС**» заполняется в соответствии со следующей таблицей:

Код МЭС	Наименование проведенной услуги
1000901	Услуга гемодиализа интермитирующего низкопоточного в условиях стационара
1000902	Услуга гемодиализа интермитирующего высокопоточного в условиях стационара
1000903	Услуга гемодиафильтрации в условиях стационара
1000905	Услуга гемодиализа интермитирующего продленного в условиях стационара
1000906	Услуга гемофильтрации крови в условиях стационара
1000907	Услуга гемодиафильтрации продленной в условиях стационара
1000913	День обмена проточного перитонеального диализа в условиях стационара

- поле «**Результат обращения (госпитализации)**» заполняется в соответствии с «Классификатором результатов обращений за медицинской помощью» для условия стационара - 109 – лечение продолжено;
- поле «**Исход заболевания**» заполняется в соответствии с «Классификатором исходов заболевания» для условия стационара - 103 – без перемен;
- в поле «**Специальность лечащего врача**» указывается специальность врача, проводившего процедуру ЗПТ, и должна соответствовать специальности врача, указанной в аналогичном разделе «Сведения об услуге»;

- в поле «**Код способа оплаты медицинской помощи**» указывается «33» – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинко-статистические группы заболеваний) в стационарных условиях;
- в поле «**Количество единиц оплаты медицинской помощи**» указывается «1»;
- поле «**Тариф**» заполняется в соответствии со Справочником тарифов (будет предоставлен дополнительно).

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

- В поле «**Профиль оказанной медицинской помощи**» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения, в котором проведена процедура ЗПТ, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н;
- в поле «**Диагноз**» указывается диагноз, по поводу которого проведена процедура и соответствует «Основному диагнозу» в разделе «Сведения о случае»;
- в поле «**Код услуги**» указывается код медуслуги Номенклатуры медицинских услуг в соответствии с таблицей:

Код номенклатуры медицинской услуги	Наименование услуги
A18.05.002.002	Гемодиализ интермитирующий низкопоточный
A18.05.002.001	Гемодиализ, гемодиализ интермитирующий высокопоточный
A18.05.011	Гемодиафльтрация
A18.05.002.003	Гемодиализ интермитирующий продленный
A18.05.003	Гемофильтрация крови
A18.05.003.001	Гемодиафльтрация продленная
A18.30.001.001	Проточный перитонеальный диализ

- в поле «**Количество оказанных услуг**» указывается «1»;
- в поле «**Тариф**» указывается «0»;
- в поле «**Специальность медработника, выполнившего услугу**» указывается специальность врача, выполнившего данную медуслугу.

Информация о профиле медицинской помощи, диагнозе и специальности медработника, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях раздела «Сведения об услуге».

Одновременно с услугами заместительной почечной терапии представляется случай госпитализации по КСГ в соответствии с разделом I данного письма.

IV. Случаи проведения заместительной почечной терапии пациентам с терминальной стадией почечной недостаточности в условиях дневного стационара (стационара на дому)

С учетом пожизненного характера проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего количества пациентов случаи проведения ЗПТ представляются к оплате по итогам одного месяца лечения.

В разделе **«Сведения о случае»:**

- в поле **«Условия оказания медицинской помощи»** указывается «2» - дневной стационар;
- в поле **«Вид помощи»** указывается «31» – специализированная медицинская помощь, или «13» - первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- в поле **«Профиль»** указывается профиль «нефрология» - 56, и должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному в одном из разделов «Сведения об услуге»;
- поле **«Дата начала лечения»** заполняется в соответствии с датой начала очередного периода оплаты (месяца лечения);
- поле **«Дата окончания лечения»** заполняется в соответствии с датой окончания очередного периода оплаты (месяца лечения);
- в поле **«Диагноз основной»** указывается Код МКБ N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5», и должен соответствовать диагнозу, указанному в каждом разделе «Сведения об услуге»;
- поле **«Код МЭС»** заполняется в соответствии с таблицей:

Код МЭС	Наименование законченного случая
2000912	Случай проведения перитонеального диализа в условиях дневного стационара в течение одного месяца
2000916	Случай проведения гемодиализа в условиях дневного стационара в течение одного месяца

- поле **«Результат обращения (госпитализации)»** заполняется в соответствии с «Классификатором результатов обращений за медицинской помощью» для условия дневного стационара;
- поле **«Исход заболевания»** заполняется в соответствии с «Классификатором исходов заболевания» для условия дневного стационара;
- в поле **«Специальность лечащего врача»** указывается специальность лечащего врача, и должна соответствовать специальности медработника, указанной в одном из разделов «Сведения об услуге»;
- в поле **«Код способа оплаты медицинской помощи»** указывается «43» – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы заболеваний) в дневном стационаре;
- в поле **«Количество единиц оплаты медицинской помощи»** указывается «1»;
- поле **«Тариф»** заполняется в соответствии со Справочником тарифов (будет предоставлен дополнительно).

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

Информация о проведенной процедуре ЗПТ каждого типа (одинаковый код по Номенклатуре) передается с помощью раздела «Сведения об услуге». В одном разделе «Сведения об услуге» передается информация об одной процедуре.

- в поле «**Профиль оказанной медицинской помощи**» указывается профиль «нефрология» - 56, и должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному в разделе «Сведения о случае»;
- поля «**Дата начала оказания услуги**» и «**Дата окончания оказания услуги**» заполняются в соответствии с датой оказания услуги;
- поле «**Диагноз**» указывается Код МКБ N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5»;
- в поле «**Код услуги**» указывается соответствующий код услуги по номенклатуре в соответствии с таблицей:

Код медуслуги по номенклатуре	Наименование медицинской услуги
A18.05.002.002	Гемодиализ интермитирующий низкопоточный
A18.05.002.001	Гемодиализ интермитирующий высокопоточный
A18.30.001	Перитонеальный диализ

- в поле «**Количество оказанных услуг**» указывается «1»;
- в поле «**Тариф**» указывается «0»;
- в поле «**Специальность медработника, выполнившего услугу**» указывается специальность лечащего врача.

Количество разделов «Сведения об услуге» должно соответствовать количеству проведенных процедур в течение одного месяца лечения.

Информация о профиле медицинской помощи, диагнозе и специальности медработника, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях одного из разделов «Сведения об услуге».

Одновременно со случаем заместительной почечной терапии допустимо периодическое представление случая лечения по КСГ (№ 41 или 42 по МЗРФ) в соответствии с разделом II данного письма.

Остальные поля разделов заполняются в прежнем порядке.

Директор



Т.В. Самарина