



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

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

«31» мая 2021 № 09-30-139

Главным врачам медицинских
организаций (разработчикам
программных продуктов)

Директорам филиалов «ТФОМС
Волгоградской области»

Руководителям СМО

О формировании реестров сведений (счетов) при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, начиная с отчетного периода июль 2021.

В связи с изменениями формирования реестров сведений (счетов) при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в части оформления случая *при подозрении на ЗНО*, письмо «ТФОМС Волгоградской области» от 18.03.2019 № 09-30-44 изложить в новой редакции.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.02.2013 № 72 н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее – Приказ от 15.02.2013 № 72н) определен порядок и алгоритм в части:

- перечня врачей-специалистов,
- этапов прохождения,
- обязательного объема проводимых лабораторных, инструментальных и других видов исследований,
- перечня возрастных групп, подлежащих диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее – диспансеризация) на территориях субъектов Российской Федерации.

В соответствии с приказом от 15.02.2013 № 72н диспансеризация проводится ежегодно (в один или два этапа) в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

При диспансеризации несовершеннолетних, достигших возраста 3 лет, профилактические медицинские осмотры не проводятся.

Диспансеризация является завершенной в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований,

предусмотренных Перечнем исследований, при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (**И этап**).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций, диспансеризация является завершенной в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных в соответствии с пунктом 15 Порядка, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (**II этап**).

Общая продолжительность **I этапа** диспансеризации должна составлять **не более 10 рабочих дней**, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность - **не более 45 рабочих дней (I и II этапы)**.

- **К законченным случаям** диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (**I этап**) следует относить совокупность посещений, лабораторных и инструментальных исследований по поводу диспансеризации. Кроме того, случай будет считаться «законченным» при наличии осмотров врачей-специалистов, выполнения объемов инструментальных и лабораторных исследований, перечисленных в Приказе, определении группы здоровья, которая также отражается в счете. При этом следует заметить, что осмотр врача – психиатра в рамках профилактического осмотра за счет средств ОМС не оплачивается.

В рамках каждого законченного случая диспансеризации детей-сирот, состоящей только из **I этапа** (коды законченного случая **70.5.***) медицинские организации, в обязательном порядке, ведут учет фактически выполненных посещений, лабораторных и инструментальных исследований (код услуги – **2.3.***, **2.4.1**, которые указываются в счете дополнительно к коду услуги законченного случая диспансеризации детей-сирот по каждому врачу-специалисту, ведущему самостоятельный прием в рамках диспансеризации, а также коды лабораторных и инструментальных исследований – **4.2.153; 4.11.136; 4.12.169; 7.61.3; 8.1.1; 8.1.2; 8.1.3; 8.1.4; 8.2.1; 8.2.2; 8.2.3; 13.1.1**, проведенных в зависимости от возраста и пола детей).

При проведении диспансеризации на первом этапе можно учитывать результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования (*сроки проведенных осмотров и исследований учитываются на начало диспансеризации*).

Оплата оказанной медицинской помощи производится по тарифам за **законченный случай проведения диспансеризации**.

- Диспансеризация, состоящая из **двух этапов**, формируется как завершенный случай **по совокупности посещений** с целью диспансеризации к врачам специалистам.

В рамках проведения диспансеризации детей-сирот, включающей I и II этапы, в счет выставляются посещения с целью диспансеризации детей-сирот к врачу специалисту – коды 2.83.**. При этом медицинские организации, в обязательном порядке, ведут учет фактически выполненных посещений, лабораторных и инструментальных исследований (коды услуг – 2.4.1. 4.2.153; 4.11.136; 4.12.169; 7.61.3; 8.1.1; 8.1.2; 8.1.3; 8.1.4; 8.2.1; 8.2.2; 8.2.3; 13.1.1, проведенных в зависимости от возраста и пола детей). В счете услуги кодов 2.83.14 «Посещение с целью диспансеризации детей-сирот на двух этапах к врачу педиатру» или 2.83.15 «Посещение с целью диспансеризации детей-сирот на двух этапах к врачу общей практики» должны выставляться 2 раза (первый раз один из этих кодов выставляется в счете при проведении I этапа диспансеризации, а второй раз - при выставлении заключительного диагноза и определении группы здоровья на 2-м этапе диспансеризации).

Диспансеризация, состоящая из *двух этапов*, считается законченной, при наличии осмотров врачей-специалистов, выполнения объемов инструментальных и лабораторных исследований, перечисленных в Приказе (первый этап) и проведении дополнительных осмотров и исследований, необходимых для уточнения диагноза и определения группы здоровья (второй этап).

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

При выполнении посещений привлеченными врачами-специалистами, учреждении, 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 проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (в том числе лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области).

Случаи выполнения медицинских услуг при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации оформляются отдельным счетом, в номере которого используется символ «D» (латинская буква).

1. Порядок формирования сведений о случаях проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, состоящих из одного этапа.

В рамках каждого законченного случая диспансеризации, состоящей только *из одного этапа* (коды законченного случая 70.5.*) медицинские организации, в обязательном порядке, ведут учет фактически выполненных посещений, лабораторных и инструментальных исследований (код услуги – 2.3.*, 2.4.1, которые указываются в счете дополнительно к коду услуги законченного случая диспансеризации по каждому врачу-специалисту, ведущему самостоятельный прием в рамках диспансеризации, а также коды лабораторных и инструментальных исследований, проведенных в зависимости от возраста и пола детей):

Таблица 1. Коды лабораторных и инструментальных исследований

код	Медуслуга
-----	-----------

4.2.153	Клинический анализ мочи
4.11.136	Клинический анализ крови
4.12.169	Исследование уровня глюкозы в крови
7.61.3	Флюорография легких профилактическая в 1 проекции
8.1.1	УЗИ головного мозга (нейросонография)
8.1.2	УЗИ щитовидной железы
8.1.3	УЗИ сердца
8.1.4	УЗИ тазобедренных суставов
8.2.1	УЗИ органов брюшной полости комплексное профилактическое
8.2.2	УЗИ органов репродуктивной системы комплексное профилактическое (мужчины)
8.2.3	УЗИ органов репродуктивной системы комплексное профилактическое (женщины)
13.1.1	Электрокардиография

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

Тип диспансеризации» - ДС1;

«Условия оказания медицинской помощи» - амбулаторно;

«Вид помощи» - первичная медико-санитарная;

«Форма оказания медицинской помощи» - плановая;

«Признак проведения диспансеризации (медицинского осмотра) 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»;

«Дата начала» – дата начала проведения диспансеризации;

«Дата окончания» – дата окончания проведения диспансеризации;

«Результат обращения» – проставляется один из нижеперечисленных кодов классификатора V009, в соответствии с установленной группой здоровья:

321	Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена I группа здоровья
322	Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена II группа здоровья
323	Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена III группа здоровья

324	Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена IV группа здоровья
325	Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена V группа здоровья

«Исход» – «осмотр»;

«Код способа оплаты» – «30 – За обращение (законченный случай)».

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 проведения диспансеризации (медицинского осмотра)» – дата первичного осмотра в рамках диспансеризации;

«Дата окончания проведения диспансеризации (медицинского осмотра)» – 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 отсутствии заболеваний (состояний) необходимо использовать коды МКБ 10 - Z00.1, Z00.2, Z00.3;

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

- если диагноз выявлен впервые при прохождении профилактических мероприятий 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 состояний 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 состояний заболеваний (состояний), имеются диагнозы, по поводу которых нет необходимости в диспансерном наблюдении – *указывается «3»*.

«Признак подозрения на ЗНО»: – всегда указывается «0» (так как если по результатам *первого этапа* диспансеризации имеется необходимость в проведении консультаций, исследований *при подозрении на ЗНО*, то их проведение *предусмотрено* в рамках *второго этапа*).

«Назначения»:

При оформлении сведений о назначениях следует руководствоваться следующим.

Назначения и (или) рекомендации оформляются в обязательном порядке при присвоении группы здоровья, кроме *I* или *II* по результатам *завершенных случаев* проведения диспансеризации, состоящих как из *одного этапа, так и из двух этапов*.

Если по результатам *первого этапа* диспансеризации имеется необходимость в проведении *дополнительных консультаций, исследований, в том числе и при подозрении на ЗНО*, то их проведение *предусмотрено в рамках второго этапа*. При этом сведения о случае оказания медицинской помощи в части назначений, направления к врачам - специалистам не заполняются.

Обращаем Ваше внимание, что при подозрении на ЗНО, при проведении диспансеризации, в части направления на консультацию к врачу - детскому онкологу или к врачу – гематологу в рамках *второго этапа* диспансеризации, необходимо руководствоваться порядками, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2012г. № 560н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология», от 15.11.2012 № 930н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология» и приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от 21.09.2020г. № 2397н «Об организации трехуровневой системы оказания медицинской помощи детскому населению по профилю «детская онкология» и «гематология» на территории Волгоградской области».

Оформление *завершенных случаев* диспансеризации, состоящих из *одного этапа*, в части назначений осуществляются по следующим правилам:

- если несовершеннолетний направлен:
 - в дневной стационар – указывается «4», также в обязательном порядке указывается профиль медицинской помощи (классификатор V002),
 - в круглосуточный стационар - указывается «5», также в обязательном порядке указывается профиль медицинской помощи (классификатор V002).
- если несовершеннолетний направлен в реабилитационное отделение – указывается «б», также в обязательном порядке указывается профиль койки (классификатор V020).

«Специальность лечащего врача» – «Педиатрия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)»;

«Количество единиц оплаты медицинской помощи» – 1.

«Служебное поле» при оформлении случая, в части места проведения диспансеризации – не заполняется.

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

Правила заполнения полей в разделе «Сведения об услуге»:

«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.

«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»:

- 2.3.* (при осмотре врачом-специалистом, включая врача общей практики, педиатра),

- 2.4.1 (осмотр врачом – психиатром) – при проведении осмотра в соответствии с возрастом несовершеннолетнего,

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

«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 - 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 пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, состоящих из двух этапов.

Оказание медицинской помощи, при проведении диспансеризации, состоящей из *двух этапов*, описывается следующими кодами медицинских услуг:

- посещения с целью диспансеризации к врачу специалисту – коды услуг из класса **2.83.****. (указываются все посещения врачей-специалистов, предусмотренные при проведении диспансеризации на первом этапе и посещения врачей-специалистов, которые проводили дополнительные осмотры детей в рамках второго этапа).

При этом медицинские организации, в обязательном порядке, ведут учет фактически выполненных посещений, лабораторных и инструментальных исследований:

- код **2.4.1** (осмотр врачом – психиатром),

- лабораторные и инструментальные исследования, выполненные в рамках первого этапа диспансеризации (проведенных в зависимости от возраста и пола детей) - коды услуг, указанных в Таблице 1.

В счете услуги кодов **2.83.14** «Посещение с целью диспансеризации детей-сирот на двух этапах к врачу педиатру» или **2.83.15** «Посещение с целью диспансеризации детей-

сирот на двух этапах к врачу общей практики» должны выставляться 2 раза (первый раз один из этих кодов выставляется в счете при проведении I этапа диспансеризации, а второй раз - при выставлении заключительного диагноза и определении группы здоровья на 2-м этапе диспансеризации).

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

«Тип диспансеризации» - ДС2.

«Код способа оплаты» – «30 – За обращение (законченный случай)».

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

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о случае»:

«Диагноз» - если нет подозрения на ЗНО, сведения о диагнозе заполняются аналогично п.п. 1.1.

Если на первом этапе было подозрение на ЗНО, то по завершении второго этапа, диагноз ЗНО должен быть или установлен или не подтвержден результатами исследований, проведенными в сроки, установленные приказами министерства здравоохранения РФ и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области.

Если по результатам исследований диагноз ЗНО подтвержден, то он обязательно должен быть указан в перечне диагнозов.

«Признак подозрения на ЗНО»:

- - если подозрения на ЗНО нет – указывается «0»;

- если по результатам первого этапа, имеется подозрение на ЗНО, то врач педиатр-участковый, врач общей практики (семейный врач) направляет пациента на второй этап к врачу – детскому онкологу или врачу - гематологу. В этом случае, в обязательном порядке заполняется значением «1».

При этом на втором этапе обязательно должен быть проведен осмотр врачом – детским онкологом (код 2.83.10 - «Посещение с целью диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации на двух этапах к врачу детскому онкологу») или осмотр врачом - гематологом (код 2.83.8 – «Посещение с целью диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации на двух этапах к врачу гематологу»).

При подозрении на ЗНО в случаях, когда по результатам проведения первого этапа диспансеризации имеется подозрение на ЗНО, в обязательном порядке указывается код МКБ-10 - Z03.1 - «Наблюдение при подозрении на злокачественную опухоль» (В поле «Признак подозрения на ЗНО» - содержится значение «1»).

«Назначения»:

При оформлении сведений о назначениях следует руководствоваться следующим.

Назначения и (или) рекомендации оформляются в обязательном порядке при присвоении группы здоровья, кроме I или II по результатам завершенных случаев проведения диспансеризации, состоящих из двух этапов.

• если несовершеннолетний направлен:

- в дневной стационар – указывается «4», также в обязательном порядке указывается профиль медицинской помощи (классификатор V002),

- в круглосуточный стационар - указывается «5», также в обязательном порядке указывается профиль медицинской помощи (классификатор V002).

• если несовершеннолетний направлен в реабилитационное отделение – указывается «6», также в обязательном порядке указывается профиль койки (классификатор V020).

*При подозрении на ЗНО случай считается завершенным, только после получения результатов исследований, которые проведены по назначению врача – детского онколога или врача гематолога.**

**Обращаем Ваше внимание на то, что исследования, выполненные, в том числе и в сторонних организациях, на которые направлен пациент при подозрении на ЗНО, должны быть выполнены не ранее даты начала проведения диспансеризации и не позднее даты окончания диспансеризации (т.е. находятся в диапазоне сроков проведения диспансеризации) и не превышать 45 рабочих дней.*

При анализе случаев с подозрением на ЗНО, будет проверяться соблюдение, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области, сроков проведения осмотров специалистов и инструментальных и лабораторных исследований, в том числе специалистами сторонних организаций:

- консультации врачом – детским онкологом или врачом – гематологом - не должны превышать 3 рабочих дней от даты выдачи направления,

- срок выполнения патолого-анатомических исследований, необходимых для гистологической верификации ЗНО, не должен превышать 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного материала в патолого-анатомическое бюро (отделение),

- сроки проведения инструментальных и лабораторных исследований – не должны превышать 7 рабочих дней от даты выдачи направления

При невозможности проведения диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях, несовершеннолетний направляется на обследование в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных или стационарозамещающих условиях.

Результаты обследований, проведенные в стационарных или стационарозамещающих условиях, учитываются при заключении на втором этапе диспансеризации.

При проведении контроля, случаи обследования, выполненные в стационарных или стационарозамещающих условиях, находящиеся в диапазоне проведения диспансеризации, не будут расцениваться как случаи пересечения с лечением в амбулаторно-поликлинических условиях.

Счета за оказанную медицинскую помощь, в части проведения инструментальных и лабораторных исследований, консультаций врачом – детским онкологом или врачом – гематологом, выполненных в сторонних организациях будут предъявляться на оплату, организациями, выполнившими данные услуги.

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 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.

- 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.

- если при подозрении на ЗНО посещения к врачу детскому онкологу и/или врачу гематологу на втором этапе диспансеризации были выполнены 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»;

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

- **2.83.**** (указываются все посещения врачей - специалистов, предусмотренные при проведении диспансеризации на 1-м этапе и посещения врачей – специалистов, которые проводили дополнительные осмотры детей, в рамках 2-го этапа),

- если при подозрении на ЗНО посещения к врачу детскому онкологу и/или врачу гематологу на втором этапе диспансеризации были выполнены в ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер», то вместо кодов услуг **2.83.8; 2.83.10**, указывается код **2.3.1**, соответствующего профиля (детская онкология или гематология).

- **2.4.1** (осмотр врачом – психиатром),

- коды услуг лабораторных, инструментальных исследований, которые выполнены в зависимости от пола и возраста несовершеннолетнего на первом этапе диспансеризации, указанные в Таблице 1.

«Количество услуг» - 1;

«Тариф» - = тарифу;

Для услуг с кодами: **2.3.1; 2.4.1; 4.2.153; 4.11.136; 4.12.169; 7.61.3; 8.1.1; 8.1.2; 8.1.3; 8.1.4; 8.2.1; 8.2.2; 8.2.3; 13.1.1= 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 посещений к врачам-специалистам (детскому онкологу или гематологу), выполненных в ГБУЗ «ВОКОД» и для услуг лабораторных исследований, выполненных в сторонних диагностических лабораториях - поле **«CODE_MD»** заполняется 0 (нулем).

Сведения об услугах заполняются в обязательном порядке. 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. Правила вступают в силу с отчетного периода *июль 2021*.

Письмо «ТФОМС Волгоградской области» от 18.03.2019 № 09-30-44 считать утратившим силу.

Директор



А.В. Пайль

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



