

приказом Министерства здравоохранения
Челябинской области и территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области
от 07.02.2018г № 255 / 59

Изменения

в Правила информационного взаимодействия при ведении
персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным
лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области

1. В Приложении 1:

1.1. Добавить описание поля MSE после поля INV элемента PACIENT в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи) (Таблица 1):

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Сведения о пациенте</i>					
PACIENT	...	...	...	...	...

	MSE	У	N(1)	Направление на МСЭ	Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.

1.2. Добавить описание полей CRIT_EX, CONTR_N, DS1_PR, кодируемых в элементе COMENTU, для файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи) (Таблица 1.2):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
CRIT_EX	C	100		Ksg_Cri.Dbf	Перечень кодов дополнительных критериев, применяемых при определении КСГ (круглосуточный и дневные стационары всех типов). При наличии нескольких дополнительных критериев все они перечисляются через разделитель «_» (символ подчеркивания).

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
CONTR_N	C	50			Номер контракта (договора), в рамках которого осуществлена закупка лекарственных средств.
DS1_PR	N	1	0		Установлен впервые (основной диагноз). Обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые.

1.3. Добавить описание поля MSE после поля SMO_NAM элемента PACIENT в файлах со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2):

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Сведения о пациенте</i>					
PACIENT	...	...	...	...	...

	MSE	Y	N(1)	Направление на МСЭ	Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.

1.4. Добавить описание полей CONTR_N, DS1_PR, кодируемых в элементе COMENTU, для файлов со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2.2):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
CONTR_N	C	50			Номер контракта (договора), в рамках которого осуществлена закупка лекарственных средств.
DS1_PR	N	1	0		Установлен впервые (основной диагноз). Обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые.

2. В Приложении 2:

2.1. Изложить в новой редакции описание структуры справочника uslugi.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
MEDUS_ID	C	16		Код
MEDUS_NAME	C	40		Наименование
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: UET – количество УЕТ за услугу в стоматологии (взрослый и детский прием); UET0 – количество УЕТ за услугу в стоматологии (взрослый прием); UET1 – количество УЕТ за услугу в стоматологии (детский прием); REABIL – признак «Реабилитационной» услуги; VOICE – признак «замена речевого процессора»;

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				ЕКО – признак «ЭКО»; DIAL – услуга диализа: DIAL=1 – «Гемодиализ», DIAL=2 – «Перитонеальный диализ»; MAX_CNT – максимальная кратность указания в перечне медицинских услуг; TYPED – ограничения на использование «стоматологической» услуги по возрастному критерию: TYPED=0 – только для взрослых, TYPED=1 – только для детей; TLT=1 – услуга «Тромболитической терапии (ТЛТ)»; KESAR=1 – услуга «Кесарево сечение»; KAG=1 – услуга «Коронароангиографии».

2.2. Изложить в новой редакции описание структуры справочника lpu.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NPP	N	4	0	Код МО
NPPPREV	N	2	0	Код родителя
NAME	C	100		Наименование
GTER	C	2		Код территории по классификатору Минздрава Челябинской области
GKOD	C	2		Код МО на этой территории (GTER+GKOD = код МО Минздрава Челябинской области)
CATEGORY	N	1	0	Категория МО (уровень оказания медицинской помощи)
AGE	N	1	0	Тип МО: 0 – взрослая; 1 – детская; 2 – взрослая (в том числе детская).
FOMC	L	1	0	Находится ли в системе ОМС
AKT	C	10		Номер действующей лицензии
D_BEG	D	8	0	Дата начала действия лицензии
D_END	D	8	0	Дата окончания лицензии
PERSON	L	1	0	Юридическое лицо
LEVEL	N	2	0	Уровень (федеральный, областной ...)
FATHER	N	2	0	Подчиняется (Минздрав, РАН , ...)
NUM BEDS	N	4	0	Количество коек в МО
NUM_OMC	N	4	0	Из них в системе ОМС
FIO	C	40		ФИО главврача
ADRESS	C	80		Адрес
PHONE	C	25		Телефон
TYPE1	L	1	0	Является ли поликлиникой
TYPE2	L	1	0	Является ли стационаром
BEG	N	2	0	Дата учетного периода
OKPO	C	8		Код по ОКПО
INN	N	12	0	ИНН
OKOPF	C	2		Код по ОКОПФ
VEDOMST	N	2	0	Код принадлежности к ведомству
FAX	C	15		Факс
GTER_OLD	C	4		
GKOD_OLD	C	7		
OKATO	C	11		ОКАТО
OGRN	C	15		ОГРН
OKVED	C	8		Код МО по ОКВЭД

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
OKOGU	C	5		Код МО по ОКОГУ
KPP	N	9	0	КПП
DLO	L	1	0	Работает по программе дополнительного лекарственного обеспечения
BEGS	N	2	0	Начало отчетного периода для стационара
DMP	N	1	0	Работает по программе "доп. мед. помощи"
DMP_DOGOV	C	6		Договор по программе "доп. мед. помощи"
DMP_DATE	D	8	0	Дата начала договора "доп. мед. помощи"
DMP_DATE2	D	8	0	Дата окончания договора "доп. мед. помощи"
DLO_DATE	D	8	0	Дата начала работы по ДЛО
BUX	C	40		ФИО главного бухгалтера
VED_DATE	D	8	0	Вед.мед.выплаты (начало)
VED_DATE2	D	8	0	Вед.мед.выплаты (конец)
VED_DOGOV	C	6		Вед.мед.выплаты (номер договора)
SELF_STOM	L	1	0	Признак самостоятельной стоматологии
PENS_DOGOV	C	6		Выплаты пенсионерам (номер договора)
PENS_DATE	D	8	0	Выплаты пенсионерам (начало)
PENS_DATE2	D	8	0	Выплаты пенсионерам (конец)
RAB_DOGOV	C	9		Номер договора с ФСС
RAB_DATE	D	8	0	Начало действия договора с ФСС
RAB_DATE2	D	8	0	Окончание действия договора с ФСС
TYPEUZ	N	1	0	Тип АПУ
LPUPAY	N	4	0	Головное МО
NAMEFULL	C	254		Полное наименование
AKT_OLD	C	10		Номер предыдущей лицензии
D_BEG_OLD	D	8	0	Дата начала действия предыдущей лицензии
D_END_OLD	D	8	0	Дата окончания предыдущей лицензии
GOSZAKAZ	L	1	0	Признак наличия госзаказа
ADRESSPOST	C	80		Почтовый адрес
ORG	N	1	0	Признак подчиненности
PHONE_REG	C	25		Телефон регистратуры
E_MAIL	C	30		Адрес электронной почты
DATE_BEG	D	8	0	Дата включения в справочник
DATE_END	D	8	0	Дата исключения из справочника
DTZAP	D	8	0	Дата последнего редактирования
FS	N	1	0	Форма собственности
U_MP	N	1	0	Учет объемов специализированной медицинской помощи по законченному случаю на основании федеральных стандартов
HT_MP	N	1	0	Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в системе ОМС
SP_MP	N	1	0	Оказание специализированной медицинской помощи в системе ОМС
SKOR_MP	N	1	0	Оказание скорой медицинской помощи в системе ОМС
AVIA_MP	N	1	0	Оказание специализированной.(санавиация).скорой медицинской помощи в системе ОМС
NOR_PAY	N	1	0	2 – МО, финансируемые по подушевому тарифу
FS_PAY	N	1	0	Получает средства за оказанную медицинскую помощь на основании федеральных стандартов
M_OUT	N	1	0	Размещает услуги немедицинского характера в других организациях
PAY_WORK	N	1	0	Использует новую отраслевую систему оплаты труда
M_NP1	N	1	0	Участвует в дополнительной диспансеризации граждан
M_NP2	N	1	0	Участвует в диспансеризации детей в трудной жизненной ситуации

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
MASTER	L	1	0	Признак фондодержания
TYPE3	L	1	0	Признак наличия реанимации
KT_COMPLEX	C	4		Финансирование исследований КТ и МРТ по категориям сложности (не используется)
WWW	C	100		Адрес сайта организации
NAME_E	N	2	0	Причина исключения МО из реестра МО. 1- утрата (приостановление либо прекращение) права на осуществление медицинской деятельности; 2- ликвидация медицинской организации; 3- банкротство медицинской организации; 4- иные случаи, предусмотренные законодательством РФ, препятствующие осуществлению деятельности в сфере ОМС. Заполняется при наличии данных в поле d_end
DUVED	D	8	0	Дата уведомления об осуществлении деятельности в сфере ОМС.
NAMEMOK	C	250		Краткое наименование для реестра ФФОМС
NAMESHORT	C	40		Краткое наименование (для отчетов)
FPOM_MO	N	2	0	Формы оказания МП медицинской организацией Сумма значений: 1 – Оказание МП в экстренной форме 2 – Оказание МП в неотложной форме 4 – Оказание МП в плановой форме 8 – Женская консультация
CATEG2	N	1	0	Подуровень МО
FIN_END	D	8	0	Дата прекращения финансирования по ОМС.
ZATO	N	1	0	Признак ЗАТО

2.3. Изложить в новой редакции описание структуры справочника special.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NPP	N	4	0	Код специальности (профиля койки)
NAME	C	128		Наименование специальности (профиля койки)
COD_STAT	C	7		Код строки годового отчета
TYPED	N	1	0	0 – взрослый, 1 – детский
FUNICUM	N	1	0	Код профиля помощи: 1 – поликлиника, 2 – ДС и СД при поликлинике, 3 – стоматология, 4 – КС и ДС при КС, 6 – скорая помощь.
FINANS	N	1	0	1-финансируется, 0 - нет
COD_SLUGB	N	3	0	Код службы для экспертов
GKOD	C	3		Код по классификатору Минздрава Челябинской области
COD_PSLUGB	N	3	0	Код подслужбы для экспертов
COD_PROFIL	N	4	0	Код профиля (служебное поле для внутреннего использования в ТФОМС)
PRMP	N	2	0	Профиль медицинской помощи (приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97)
PRVS	C	9		Профиль врачебной спец-ти (приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97)
VIDMP	N	1	0	В соответствии со справочником V008.
PRMP2	N	3	0	В соответствии со справочником V002.
PRVS2	N	9	0	В соответствии со справочником V004.
SEX	N	1	0	Разрешенный пол: 0 - женский, 1 - мужской, 2 - Ж+М
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: DISP_TYP – тип диспансеризации (медицинского

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p>осмотра) :</p> <p>DISP_TYP=1 - диспансеризация определенных групп взрослого населения,</p> <p>DISP_TYP=2 - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,</p> <p>DISP_TYP=3 - профилактические медицинские осмотры взрослого населения,</p> <p>DISP_TYP=4 - профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних,</p> <p>DISP_TYP=5 - предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних,</p> <p>DISP_TYP=6 - периодические медицинские осмотры несовершеннолетних,</p> <p>DISP_TYP=7 - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью,</p> <p>DISP_TYP=8 –</p> <p>а) до августа 2015 года диспансеризация категории граждан «участники ВОВ»: инвалидов и участников Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступивших в повторный брак, и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда", 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),</p> <p>б) с августа 2015 года диспансеризация категории граждан «инвалиды войн»: 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);</p> <p>DISP_LEVEL – уровень диспансеризации (медицинского осмотра) :</p> <p>DISP_LEVEL=1 – I этап,</p> <p>DISP_LEVEL=2 – II этап (I+II этап);</p>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p>DISP_PERIOD – периодичность при диспансеризации: DISP_PERIOD=2 – 1 раз в 2 года, DISP_PERIOD=3 – 1 раз в 3 года; AGE - возрастной период (в годах, месяцах в формате: Y.MM, где Y-количество лет, MM-количество месяцев при необходимости); SCHOOL – тип образовательного учреждения для предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних: 1 – ДОУ; 2 – ООУ; 3 – ОУПО; STOM_PROF: 1 – врач стоматологического профиля; 2 – врач-ортодонт; REANIM – тариф для оплаты реанимационной койки; NOVOR - тариф для оплаты койки «Для новорожденных»; A16 – признак наличия операции для применения тарифа (профиля): A16 =0 – обязательное отсутствие, A16 =1 – обязательное наличие; CZ – тарифы для Центров здоровья; KPG=0 – признак того, что в файле персонифицированного учета в записи с данным кодом тарифа не нужно указывать КПП/КСГ; WEIGHT=500-1499 – вес новорожденного с ЭНМТ и ОНМТ; FAP – фельдшер ФАП; KDC – тарифы для оплаты консультаций врачей-специалистов КДЦ; MINVOP - тарифы для оплаты малоинвазивных операций; PATHOLOGY – признак патологии: PATHOLOGY=1 – новорожденных, PATHOLOGY=2 – беременности; TERAP – признак терапевтической специальности или общепрофильной бригады скорой медицинской помощи; KVAL – ограничение на квалификацию специалиста/бригады скорой помощи (В-врач/врачебная, Ф-фельдшер/фельдшерская); NEOTLOG – признак неотложной помощи (для поликлиники, стоматологии); OVER_BASE – признак тарифа «сверх базовой программы ОМС»: 1 – по профилю «Инфекционные (ВИЧ)», 2 – по профилю «Медицинская реабилитация соматическая», 3 – по профилю «Кардиологические» по методу диагностики «коронароангиография», 5 – по профилю «Кардиохирургические» по методу лечения коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни сердца с проведением коронарошунтографии; HIV=1 – признак «ВИЧ»; SPEC_TAR – индивидуальный тариф для МО, применение которого описано в Тарифном соглашении; BEREM – тариф для оплаты коек;</p>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p>BEREM=1 - «Для беременных и рожениц»; BEREM=2 - «Для беременных и рожениц с новорожденным(и)»; REABIL – признак «Реабилитационной» койки/специальности; ЕКО – признак «ЭКО»; ЕКО_STEP – проведенные этапы процедуры ЭКО (I этап – стимуляция суперовуляции, II этап – получение яйцеклетки, III этап – экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, IV – внутриматочное введение (перенос) эмбрионов): 1 – I этап, 2 – I-II этап, 3 – I-III этап, 4 – I-IV этап, 5 – неполный цикл ЭКО (размораживание криоконсервированных эмбрионов + IV этап); ЕКО_CRYO – криоконсервация эмбрионов при ЭКО: ЕКО_CRYO =0 – не проводилась, ЕКО_CRYO =1 – проводилась; ONCO – тариф для оплаты коек/ специальностей: ONCO = 1 – «Онкологические», ONCO = 2 – «Радиологические», ONCO = 3 – «Химиотерапевтические»; DIAL – профиль/услуга диализа: DIAL=1 – «Гемодиализ», DIAL=2 – «Перитонеальный диализ»; VB – признак «выездной бригады»; UZI=1 – «с проведением пренатальной диагностики»; DETAIL – признак осмотра/исследования по диспансеризации, услуги диализа: DETAIL=1 – осмотр специалистом в рамках диспансеризации, DETAIL=2 – исследование в рамках диспансеризации, DETAIL=3 – услуга диализа; VOICE – признак «замена речевого процессора»; TLT=1 – «с проведением тромболитической терапии (ТЛТ)»; MEDUS – перечень разрешенных кодов номенклатур медицинских услуг; EVAC=1 – «проведение медицинской эвакуации (консультации)» выездной бригадой; DAY – возрастной период (в днях); SP_SPEC – перечень допустимых профилей бригады; TRAUMP=1 – признак «травмпункта»; PRIEMP=1 – признак «приемного отделения»; VOP=1 – признак «врач общей практики»; PSYCH=1 – признак «психиатрической» специальности; KAG=1 – признак «коронароангиографии»; KHM – признак метода лечения по профилю «кардиохирургические»: KHM =1 – по методу коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни сердца с проведением коронарошунтографии;</p>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				GERIATR=1 – признак профиля «гериатрия»; BARTEL – индекс Бартела: BARTEL=0-60 – 60 и менее (от 0 до 60 баллов включительно), BARTEL=61-100 – более 60 (от 61 до 100 баллов включительно).
PRVS3	N	4	0	В соответствии со справочником V015.

2.4. Изложить в новой редакции описание структуры справочника ksg.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
KPG_ID	N	3		Код клинико-профильной группы (КПГ)
KSG_ID	N	3		Код клинико-статистической группы (КСГ). Записи со значениями KSG_ID = 0 отражают данные о КПГ.
NAME	C	255		Наименование КПГ/КСГ
DATE_BEG	D			Дата начала действия
DATE_END	D			Дата окончания действия
KZ	N	6	3	Коэффициент относительной затратоемкости
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: TRAUMA – признак «политравмы»; ЕКО – признак «ЭКО»; ЕКО_STEP – проведенные этапы процедуры ЭКО: 1 – I этап, 2 – I-II этап, 3 – I-III этап, 4 – I-IV этап; DIAL – диализ: DIAL=0 – КСГ содержит в том числе диализ, DIAL=1 – КСГ содержит только гемодиализ, DIAL=2 – КСГ содержит только перитонеальный диализ; DIAL=3 – для КСГ обязательно применение услуг диализа. VOICE – признак «замена речевого процессора»; PR – возможность применения определенного размера оплаты (кроме 100% и 40%). Указывается процент оплаты: PR=20 – для КСГ возможно применение 20% размера оплаты; SKIP_KLVVL – признак отмены применения коэффициента уровня (подуровня): 1 – не применяется (для всех МО), 2 – не применяется, кроме МО, расположенных на территории ЗАТО; REABIL – признак «реабилитационной» КСГ; KESAR=1 – признак КСГ «Кесарево сечение»; NKD – нормативное количество койко-дней для определения сверхдлительности случая; GERIATR=1 – признак КСГ профиля «гериатрия»; ONCO_DRUG=1 – признак КСГ «лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях»; BED_REAN=1 – признак обязательности наличия реанимационных койко-дней для применения КСГ.
KSG_NUM	C	5		Номер КСГ в перечне действующего Тарифного соглашения в сфере ОМС Челябинской области
USL_OK	N	1	0	Условия оказания медицинской помощи: 1 – Круглосуточный стационар, 2 – Дневные стационары, 0 – любые виды стационаров.

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
MODEL	N	2	0	Номер модели КСГ в соответствии с методическими рекомендациями ФФОМС

2.5. Изложить в новой редакции описание структуры справочника ksg_map.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	7	0	Код
DATE_BEG	D			Дата начала действия
DATE_END	D			Дата окончания действия
COD_MKB	C	7		Код основного диагноза в соответствии со справочником МКБ10 (справочник mkb.dbf) Коды вида «Б.» определяют выбор для любого диагноза, начинающегося с «Б», где Б – буква латинского алфавита. Коды вида «Д1-Д2» определяют выбор для любого диагноза, входящего в диапазон с «Д1» по «Д2», где Д1, Д2 – нижняя и верхняя граница диапазона диагнозов соответственно (коды диагнозов по МКБ-10). Пусто – не влияет на выбор
COD_MKB1	C	7		Код вторичного диагноза в соответствии со справочником МКБ10 (справочник mkb.dbf) Пусто – не влияет на выбор
MEDUS_ID	C	16		Код мед.услуги (справочник uslugi.dbf) Пусто – не влияет на выбор
AGE	C	1		Возрастная категория: До октября 2016 года: 1 – до 28 дней (≤ 28 дней); 2 – до 90 дней (≤ 90 дней); 3 – до 18 лет (< 18 лет). С октября по декабрь 2016 года: 1 – от 0 до 28 дней (≤ 28 дней), 2 – от 29 дней до 90 дней (≤ 90 дней), 3 – от 91 дня до 1 года (≤ 1 года 0 месяцев 0 дней), 4 – до 18 лет (< 18 лет), 5 – свыше 18 лет (≥ 18 лет). С января 2017 года: 1 – от 0 до 28 дней (≤ 28 дней), 2 – от 29 дней до 90 дней (≤ 90 дней), 3 – от 91 дня до 1 года (≤ 1 года 0 месяцев 0 дней), 4 – от 0 до 2 лет включительно (≤ 2 лет 0 месяцев 0 дней), 5 – до 18 лет (< 18 лет), 6 – свыше 18 лет (≥ 18 лет). Пусто – не влияет на выбор
SEX	C	1		Пол: М- мужской; Ж- женский. Пусто – не влияет на выбор
LOS	C	1		Дней пребывания: До октября 2016 года: 1 – «3 дня и более». С октября 2016 года: 1 – «3 дня и менее». Пусто – не влияет на выбор
CRIT_EX	C	10		Дополнительный классификационный критерий (в соответствии со справочником KSG_CRI.DBF, поле CODE).

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				Пусто – не влияет на выбор
KSG_ID	N	3	0	Код КСГ в соответствии со справочником ksg.dbf
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: ЕКО_STEP – проведенные этапы процедуры ЭКО: 1 – I этап, 2 – I-II этап, 3 – I-III этап, 4 – I-IV этап; STAC_ID – тип стационара: 1 – круглосуточный стационар, 2 – дневной стационар при круглосуточном, 3 – дневной стационар при поликлинике, 4 – стационар на дому при поликлинике.
USL_OK	N	1	0	Условия оказания медицинской помощи: 1 – Круглосуточный стационар, 2 – Дневные стационары, 0 – любые виды стационаров.
MODEL	N	2	0	Номер модели КСГ в соответствии с методическими рекомендациями ФФОМС

2.6. Изложить в новой редакции описание структуры справочника koef.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	4	0	Ключ
TYP	N	2	0	Тип коэффициента: 1 – коэффициент уровня/подуровня 2 – коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) 3 – коэффициент территориальной дифференциации
TYP2	N	2	0	Подтип коэффициента: 1 – КСЛП в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом; 2 – КСЛП в связи с необходимостью предоставления спального места и питания законному представителю («по уходу»); 3 – КСЛП при оказании стационарной медицинской помощи ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн» пациентам: старше 75 лет; с тяжелой сопутствующей патологией; с осложнениями заболевания/наличием сопутствующих заболеваний; при необходимости развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям; 4 – КСЛП по КСГ «Замена речевого процессора» в связи с более высоким уровнем затрат на расходные материалы; 5 – КСЛП по КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» в связи с применением дорогостоящих современных эффективных медицинских технологий; 6 – КСЛП при наличии у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента; 7 – КСЛП при проведении сочетанных хирургических вмешательств; 8 – КСЛП при проведении однотипных операций на парных органах; 9 – КСЛП при сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями; 10 – КСЛП по КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» при проведении первого этапа (стимуляция суперовуляции); 11 – КСЛП по КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» при проведении полного цикла с криоконсервацией эмбрионов;

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				12 – КСЛП по КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» при проведении размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом в полость матки (неполный цикл); 0 – при отсутствии подтипов коэффициента.
USL_OK	N	1	0	Код условий оказания медпомощи. В соответствии со справочником V006.DBF
COD_LPU	N	4	0	Код медицинской организации. В соответствии со справочником LPU.DBF 0 – для всех
LVL	C	3		Уровень (подуровень) оказания медпомощи. При наличии подуровень указывается через «.» после уровня. Пусто – для всех
KOEF	N	8	5	Значение коэффициента (для коэффициента уровня/подуровня $KOEF = KOEF1 * KOEF2$, округленное до 5 знаков)
KOEF1	N	8	5	Значение коэффициента уровня
KOEF2	N	8	5	Значение коэффициента подуровня
DATEBEG	D	8	0	Дата начала действия
DATEEND	D	8	0	Дата окончания действия
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: AGE – возрастной период; KSG – перечень кодов КСГ, к которым применяется; CARE=1 – обязательное наличие коек по уходу; -KPG – перечень КПП, к которым не применяется; -KSG – перечень КСГ, к которым не применяется; MAX_CNT – максимальная кратность применения; COD_SPEC – перечень кодов профилей коек, к которым применяется.
COMMENT	C	250		Описание

2.7. Добавить описание структуры справочника Ksg_Cri.dbf

Структура справочника **Ksg_Cri.dbf** (Справочник дополнительных критериев для Группировщика КСГ)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	7	0	Код
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия
TYP	N	1	0	Тип дополнительного критерия: 1 – it (интенсивная терапия), 2 – sh (схема лекарственной терапии), 3 – rb (реабилитационная маршрутизация).
CODE	C	10		Код критерия, используемый в Группировщике ksg_map.dbf
NAME	C	1000		Наименование (описание)
USL_OK	N	1	0	Код условия оказания медпомощи. В соответствии со справочником V006.DBF: 1 – Круглосуточный стационар, 2 – Дневные стационары. 0 – не используется в группировщике KSG_MAP.DBF.

2.8. Добавить описание структуры справочника Ksg_Sh.dbf

Структура справочника Ksg_Sh.dbf (Справочник схем лекарственной терапии)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	7	0	Код
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия
CODE	C	10		Код схемы лекарственной терапии (префикс «sh»)
MNN	C	100		Международное непатентованное наименование лекарственных препаратов, входящих в состав схемы
NAME	C	1000		Наименование и описание схемы (длительность цикла лекарственной терапии, режим дозирования и способ введения лекарственных препаратов)
INJ_DAYS	C	10		Количество дней введения в тарифе (количество дней введения лекарственных препаратов, оплачиваемых по КСГ)
HOSP_CNT	C	10		Рекомендуемое (оптимальное) количество госпитализаций, рассчитанное в соответствии с числом курсов лекарственного лечения, рекомендованного клиническими рекомендациями
NOT_GNVLP	C	10		Признак использования в схеме лекарственного препарата, не входящего в актуальный перечень ЖНВЛП (жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов) и назначаемого по решению врачебной комиссии
NOTE	C	1000		Примечание

3. В Приложении 4:

3.1. Пункт 1.2.5 изложить в новой редакции

1.2.5 Поле NSCHET обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Указывается номер счета (реестра). В целях корректного учета сведений в качестве номера счета допускается использовать целое число не более 2-х знаков.

3.2. Пунктам 1.3.3.11 и 1.3.3.12 присвоить номера 1.3.3.12 и 1.3.3.13 соответственно.

3.3. Добавить пункт 1.3.3.11 после пункта 1.3.3.10

1.3.3.11 Поле MSE заполняется в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Обязательно указывается значение «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.

Допускается указывать в файлах:

- по поликлинике на записях по посещениям, по обращениям и посещениям в рамках обращений в поликлинике (PLACE=1) и на дому (PLACE=2) с лечебно-диагностической целью (PURPOSE=«Л»), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}); на записях госпитализации стационара (дневной, на дому) при поликлинике.

- по стационару: на записях госпитализации круглосуточного и дневного стационара.

Принимает одинаковое значение на всех записях по случаю оказания медицинской помощи (посещение / обращение / госпитализация).

Одновременное заполнение полей INV (признак «впервые установлена или снята инвалидность») и MSE (признак «направление на МСЭ») допускается только для обращений по заболеванию с количеством посещений 2 и более.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).

3.4. Пункт 1.3.4.23 изложить в новой редакции

1.3.4.23 Поле DS1 обязательно для заполнения. Соответствует полю DS в элементе USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код диагноза основного заболевания, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код диагноза, установленный бригадой скорой помощи. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (в справочнике МКВ.DBF поле ITEMS=0). Исключения составляют несколько диагнозов-рубрик (в справочнике МКВ.DBF поле ITEMS>0), разрешенных для использования (в справочнике МКВ.DBF в поле PARAM_EX есть параметр {MAIN=1}). В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR_USE=1 в справочнике МКВ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE_USE=1 в справочнике МКВ.DBF). В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {OVER_BASE=1}) в каждой записи движения указывается одинаковый код диагноза из числа диагнозов, отмеченных соответствующим признаком «сверх базовой программы ОМС» по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (OVER_BASE=1 в справочнике МКВ.DBF).

В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилю «Кардиологические» по методу диагностики «коронароангиография» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент

{OVER_BASE=3}) код диагноза должен соответствовать справочнику SPECМКВ.DBF.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (дневные стационары при поликлинике) и стационару для записей по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4):

а) при оказании помощи в условиях круглосуточного стационара (USL_OK=1):

- если услуга диализа применена на койке (ссылка по полю GUID2), на которой оказана медицинская помощь по КСГ 114 «Почечная недостаточность» или 115 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа», код диагноза должен быть равен коду диагноза указанной койки;

- в остальных случаях код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5»;

б) при оказании помощи в условиях дневного стационара (USL_OK=2): код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5».

Для обращений (поликлиника, на дому и стоматология): среди записей по посещениям в рамках обращения должен быть хотя бы один код диагноза, равный коду диагноза записи обращения.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике для записей по случаям лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) и записей по услугам диализа в рамках этих случаев (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5».

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи для вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TLT=1}) код диагноза должен соответствовать справочнику SPECМКВ.DBF.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам может принимать пустое значение на итоговой записи по случаю диспансеризации/медицинского осмотра в случае отказа от прохождения застрахованным лицом диспансеризации/медицинского осмотра в целом (P_OTK=1 на итоговой записи по случаю), либо на записях по осмотрам/исследованиям при отказе от прохождения застрахованным лицом этих осмотров/исследований (P_OTK=1 на записи, отражающей осмотр/исследование).

3.5. Пункт 1.3.4.52.9 изложить в новой редакции

1.3.4.52.9 Поле DATE_OUT обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике:

1) при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения / случаи лечения с

проведением процедур диализа амбулаторно/ записи по обращениям и посещениям в рамках обращений.

Для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно:

- на записях по случаю – дата окончания лечения;
- на записях по услугам диализа - дата окончания проведения процедур диализа. Должна быть не позднее даты окончания случая лечения, в рамках которого проводились процедуры диализа.

На записях по обращению и посещениям в рамках обращений – дата окончания обращения (VISIT_DATE последнего посещения в рамках данного обращения или VISIT_NXT последнего посещения в рамках данного обращения для обращений с результатом RSLT=302).

Для случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаю диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE_OUT должна быть дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом или педиатром, либо при проведении на втором этапе диспансеризации определенных групп взрослого населения только углубленного профилактического консультирования дата его проведения, либо дата отказа от диспансеризации / медицинского осмотра в целом.

2) при оказании медицинской помощи в стационаре при поликлинике: на койках – дата окончания лечения, на записях по услугам диализа – дата окончания проведения процедур диализа.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается:

- на койках: дата окончания лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни. При этом дата окончания лечения на переводной койке должна быть равна дате начала лечения на следующей койке в движении. Для коек «замена речевого процессора» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}) дата окончания лечения не может быть равна дате начала лечения.

- на записях по услугам диализа: дата окончания проведения процедур диализа.

В файлах персонифицированного учета по параклинике указывается дата окончания обследования, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата окончания вызова скорой помощи.

Случай оказания медицинской помощи подается к оплате в файле персонифицированного учета того периода, в который попадает дата окончания лечения (в стационаре – по дате выписки).

Для записей по услугам диализа дата должна быть не позднее даты окончания лечения на койке, на которой проводились процедуры диализа.

3.6. Пункт 1.3.4.52.11 изложить в новой редакции

1.3.4.52.11 Поле DS обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код диагноза основного заболевания, в файлах

персонифицированного учета по скорой помощи – код диагноза, установленный бригадой скорой помощи. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (в справочнике МКБ.DBF поле ITEMS=0). Исключения составляют несколько диагнозов-рубрик (в справочнике МКБ.DBF поле ITEMS>0), разрешенных для использования (в справочнике МКБ.DBF в поле PARAM_EX есть параметр {MAIN=1}). В файлах персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR_USE=1 в справочнике МКБ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE_USE=1 в справочнике МКБ.DBF). В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {OVER_BASE=1}) в каждой записи движения указывается одинаковый код диагноза из числа диагнозов, отмеченных соответствующим признаком «сверх базовой программы ОМС» по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (OVER_BASE=1 в справочнике МКБ.DBF).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (дневные стационары при поликлинике) и стационару для записей по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4):

а) при оказании помощи в условиях круглосуточного стационара (USL_OK=1):

- если услуга диализа применена на койке (ссылка по полю GUID2), на которой оказана медицинская помощь по КСГ 114 «Почечная недостаточность» или 115 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа», код диагноза должен быть равен коду диагноза указанной койки;

- в остальных случаях код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5»;

б) при оказании помощи в условиях дневного стационара (USL_OK=2): код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5».

Для обращений в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стоматологии: среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы один код диагноза, равный коду диагноза обращения.

В поликлинике для записей по случаям лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) и записей по услугам диализа в рамках этих случаев (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1): код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5».

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи для вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TLT=1}) код диагноза должен соответствовать справочнику SPECМКБ.DBF.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

3.7. Пункт 1.3.4.52.12 изложить в новой редакции

1.3.4.52.12 Поле CODE_USL обязательно для заполнения. Указывается код услуги UF_ID из территориального классификатора услуг по финансовым потокам USL_FIN.DBF. UF_ID определяется в соответствии с кодом финансового потока FIN_ID и кодом услуги USL_ID из территориального классификатора услуг USL_UNION.DBF.

В настоящее время в финансировании медицинской помощи по ОМС действуют финансовые потоки (FIN_ID):

1 – финансирование по основному тарифу (TARIF, справочники TARIF.DBF, PTARIF.DBF, KSG_BS.DBF, HMP_TAR.DBF).

6 – финансирование по дополнительному тарифу (TARIF_DOP, справочник DTARIF.DBF);

8 – финансирование по дополнительному тарифу №1 (TAR1_V, справочник TAREX.DBF);

9 – финансирование по дополнительному тарифу №2 (TAR2_V, справочник TAREX.DBF).

Код услуги USL_ID в территориальном классификаторе услуг USL_UNION.DBF, в свою очередь, определяется в соответствии:

- С кодом места обслуживания (способом оплаты) (PLACE, справочник PLACE.DBF).

В файлах персонифицированного учета PLACE может принимать следующие значения:

- по поликлинике: 1 «Посещения в поликлинике», 2 «Посещения на дому», 6 «Стационар в поликлинике», 7 «Стоматология по УЕТ»;

- по стационару: 5 «Стационар по законченному случаю»; 14 «Реанимация по законченному случаю». 14 - только для тех профилей коек (COD_SPEC), для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REANIM=1};

- по параклинике: 10;

- по скорой помощи: 20.

- С кодом цели обслуживания (PURPOSE, справочник PURPOSE.DBF).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике для посещений в поликлинике и на дому с лечебно-диагностической целью допускается указывать «Д».

- С кодом специальности врача (случая диспансеризации или медицинского осмотра / исследования или осмотра специалистом в рамках диспансеризации или медицинского осмотра / профиля коек / случая лечения с проведением процедур диализа / услуги диализа) (COD_SPEC, справочник SPECIAL.DBF) в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару.

При этом должно быть соответствие полу пациента (поле SEX в SPECIAL.DBF). Медицинская помощь не может быть оказана детским специалистом (на детской койке) (поле TYPED=1 в SPECIAL.DBF)

пациенту, возраст которого в год окончания лечения превышает 18 лет. Исключения составляют записи по обращению и по посещениям в рамках обращений (поликлиника, стоматология). Для записей по посещениям в рамках обращений: медицинская помощь не может быть оказана детским специалистом (поле TYPED=1 в SPECIAL.DBF) пациенту, возраст которого в год посещения (поле VISIT_DATE) превышает 18 лет. Для записей по обращению: медицинская помощь не может быть оказана детским специалистом (поле TYPED=1 в SPECIAL.DBF) пациенту, возраст которого в год начала обращения превышает 18 лет.

Для случаев диспансеризации и медицинских осмотров возраст пациента должен соответствовать значениям элемента AGE поля PARAM_EX в справочнике SPECIAL.DBF (условия для определения возраста пациента прописаны в порядках обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения). При оказании медицинской помощи специалистами КДЦ (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}) возраст пациента должен соответствовать значениям элемента AGE поля PARAM_EX в справочнике SPECIAL.DBF. При этом:

- для записей по обращениям (поле OBR_VIS=1) и по посещениям в рамках обращений (поле OBR_VIS=2) к специалистам КДЦ возраст определяется на дату начала обращения;
- для записей по посещениям к специалистам КДЦ вне обращений (поле OBR_VIS=0) возраст определяется на дату посещения.

При наличии возрастных ограничений (параметр AGE поля PARAM_EX в справочнике SPECIAL.DBF) на профилях коек круглосуточного и дневных стационаров всех типов (поликлиника, стационар) возраст застрахованного, определенный на дату начала лечения на койке указанного профиля, должен соответствовать указанным ограничениям.

При оплате медицинской помощи по КСГ в стационаре (круглосуточный стационар и дневной стационар при круглосуточном) и поликлинике (дневной стационар и стационар на дому) код профиля койки должен быть из списка разрешенных в соответствии со справочником KSG_SPC.DBF.

- С кодом профиля бригады (до 01.08.2016г.) / вида тарифа (с 01.08.2016) скорой помощи (COD_SPEC, справочник SPECIAL.DBF) в файлах персонифицированного учета по скорой помощи.

Вид тарифа (вызова) скорой помощи должен соответствовать возрасту пациента (поле TYPED в SPECIAL.DBF: 0 - ≥ 18 лет; 1 - < 18 лет), кроме вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TLT=1}). Возраст определяется на дату окончания вызова (поле DATE_2).

Если для COD_SPEC в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр AGE, то возраст пациента должен соответствовать его значениям. При этом возраст определяется в годах на дату окончания вызова (поле DATE_2).

Если для COD_SPEC в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DAY, то возраст пациента должен соответствовать его значениям. При этом возраст определяется в днях на дату начала вызова (поле DATE_1).

- С кодом параклинической услуги (RSRCH_ID, справочник RSRCH.DBF) в файлах персонифицированного учета по параклинике.

Возраст пациента на дату окончания обследования не должен превышать значение поля AGE в RSRCH.DBF, если оно отлично от нуля.

- С кодом условий применения тарифа (COND_ID, справочник CNDPTAR.DBF) в файлах персонифицированного учета по параклинике.

COND_ID может быть только в файлах персонифицированного учета по параклинике в случае применения анестезиологического сопровождения при исследованиях на рентгеновских компьютерных и магнитно-резонансных томографах (PURPOSE=18).

- С кодом высокотехнологичной медицинской помощи (HMP_ID, справочник HMP.DBF) в файлах по оказанной ВМП.

HMP_ID должно соответствовать коду профиля койки (COD_SPEC) по справочнику HMP_SPC.dbf, код основного диагноза (DS) должен соответствовать HMP_ID по справочникам HMP_MKB.dbf и HMP.dbf.

3.8. Пункт 1.3.4.52.13 изложить в новой редакции

1.3.4.52.13 Поле KOL_USL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).

Указывается количество услуг (кратность услуг) в соответствии с финансовым потоком:

А) FIN_ID=1:

1) В поликлинике и на дому (Place=1,2):

1.1) Для записей по посещениям / обращениям / случаям лечения с проведением перитонеального диализа амбулаторно:

- 1 (посещение/обращение/случай);
- кроме того, для записи по случаю лечения с проведением перитонеального диализа амбулаторно (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1), нужно передать фактическое количество дней обмена диализа и обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно);

1.2) Для услуг перитонеального диализа, оказанных амбулаторно (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1):

- Фактическое количество дней обмена перитонеального диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF). Для услуг перитонеального диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и {DETAIL=3}) значение должно быть равно общему количеству

дней по записи услуги, подсчитанного аналогично правилам статистики определения количества койко-дней пребывания на койке дневного стационара;

- кроме того, нужно передать количество обменов перитонеального диализа в ComentU (поле AMOUNT);

2) Стоматология по УЕТ (PLACE=7): количество УЕТ.

2.1) Для записей по посещениям:

Равно сумме значений УЕТ всех указанных в поле MEDUS_ID стоматологических услуг (значение параметра UET (UET0, UET1) в поле PARAM_EX справочника USLUGI.DBF) с учетом кратности. При наличии различий в УЕТ стоматологической услуги для детского и взрослого приема (параметры UET0, UET1 в поле PARAM_EX справочника USLUGI.DBF соответственно) количество применяемых УЕТ выбирается в зависимости от возраста пациента: значение UET0 для возраста ≥ 18 лет; UET1 для возраста < 18 лет. Возраст определяется на дату посещения (поле VISIT_DATE);

2.2) Для записей по обращениям:

Равно сумме значений УЕТ всех посещений в рамках данного обращения;

3) Стационар в поликлинике (PLACE=6):

3.1) Для записей по койкам КСГ:

- 1 (случай);

- кроме того, для КСГ, к которым обязательно применение услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=3}), нужно передать фактическое количество услуг/дней обмена диализа и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно);
- кроме того, для КСГ ЭКО (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {ЕКО=1}), нужно передать количество пациенто-дней, подлежащих учету, в ComentU (поле BED_DAY);

3.2) Для услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2):

- Фактическое количество услуг/дней обмена диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF). Для услуг гемодиализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=1} и {DETAIL=3}) значение не должно превышать: 14 – если номер отчетного месяца равен «1» (январь), «3» (март), «5» (май), «7» (июль), «8» (август), «10» (октябрь), «12» (декабрь); 13 – в остальных случаях. Для услуг перитонеального диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и {DETAIL=3}) значение должно быть равно общему количеству койко-дней по записи услуги, подсчитанного аналогично правилам статистики определения количества койко-дней пребывания на койке дневного стационара;
- кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT);

4) Круглосуточный стационар (PURPOSE= K):

4.1) Для записей по ВМП: 1 (случай);

4.2) Для записей по койкам КСГ: 1 (случай);

4.3) Для услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=4):

- Фактическое количество услуг/дней обмена диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF);
- кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT);

5) Дневной стационар при КС (PURPOSE=Д):

5.1) Для записей по койкам КСГ:

- 1 (случай);
- кроме того, для КСГ, к которым обязательно применение услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=3}), нужно передать фактическое количество услуг/дней обмена диализа и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно);

5.2) Для услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=4):

- Фактическое количество услуг/дней обмена диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF). Для услуг гемодиализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=1} и {DETAIL=3}) значение не должно превышать: 14 – если номер отчетного месяца равен «1» (январь), «3» (март), «5» (май), «7» (июль), «8» (август), «10» (октябрь), «12» (декабрь); 13 – в остальных случаях. Для услуг перитонеального диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и {DETAIL=3}) значение должно быть равно общему количеству койко-дней по записи услуги, подсчитанного аналогично правилам статистики определения количества койко-дней пребывания на койке дневного стационара;
- кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT);

6) Параклиника (PLACE=10):

- R-хирургические методы диагностики (PURPOSE=7): 1 (обследование);
- КТ,МРТ (PURPOSE=18): 1 (обследование);
- Иммунологическая и бактериологическая диагностика (PURPOSE=20): 1 (обследование);
- Пренатальная диагностика (PURPOSE=17): количество УЕ;
- Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (PURPOSE=21): 1 (обследование)

7) Скорая помощь (Place=10): 1 (вызов)

Б) FIN_ID=6

Для услуг гемодиализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр {DIAL=1} и содержится элемент {DETAIL=3}) фактическое количество услуг гемодиализа (поле BED_DAY в файле формата DBF).

В) FIN_ID=8

Указывается значение в соответствии с полем UNIT из справочника TAREX.DBF.

3.9. Пункт 1.3.4.52.14 изложить в новой редакции

1.3.4.52.14 В поле TARIF указывается тариф в соответствии с финансовым потоком FIN_ID.

А) FIN_ID=1

В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи тариф (базовая ставка финансирования законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ) в соответствии:

- со справочником TARIF.DBF – в файлах персонифицированного учета по поликлинике (кроме записей по обращению, записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно, коек дневных стационаров и стационаров на дому, оплачиваемых по КСГ), в файлах персонифицированного учета по стационару (кроме коек, оплачиваемых по ВМП и КСГ), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи, в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по скорой помощи для вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TLT=1}) и вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {EVAC=1}),
- со справочником HMP_TAR.DBF – в файлах по оказанной ВМП,
- со справочником PTARIF.DBF – в файлах персонифицированного учета по параклинике,
- со справочником KSG_BS.DBF – в файлах персонифицированного учета по поликлинике (дневные стационары и стационары на дому на койках, оплачиваемых по КСГ), в файлах персонифицированного учета по стационару (оплата по КСГ).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи фельдшером (KVAL= «Ф») в поликлинике и на дому в поле TARIF должно быть указано 80% от тарифа, за исключением оплаты случаев диспансеризации и медицинских осмотров, и посещений, оплачиваемых по тарифу "Фельдшер ФАП" (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {FAP=1}). Оплата внешних медицинских услуг (медицинских услуг, оказанных в поликлинике и на дому не прикрепленным лицам) МО, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь которых оплачивается по подушевому финансированию (за исключением Центров здоровья (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {CZ=1}), случаев и осмотров/исследований в рамках диспансеризации и медицинских осмотров (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр DISP_TYP), консультаций врачей-специалистов КДЦ (COD_SPEC, для которых в справочнике

SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}), посещений «с проведением пренатальной диагностики» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {UZI=1})), осуществляется по тарифу для взаиморасчетов (в справочнике TARIF.DBF: MUT_FD=1 – для застрахованных лиц Челябинской области, MUT_FD=2 – для застрахованных на территории других субъектов РФ).

Тариф может принимать нулевое значение в следующих случаях.

1) В файлах персонифицированного учета по стационару и поликлинике (дневной стационар при поликлинике):

- при учете (оплате) законченного случая лечения по КСГ: на койках, не подлежащих оплате, согласно приведенного алгоритма.

К случаю лечения по КСГ не относятся койки по профилям «сверх базовой программы ОМС» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр OVER_BASE) и случаи оказания медицинской помощи по ВМП (заполнены поля METHOD_HMP и VID_HMP).

Общий алгоритм определения оплаты по КСГ в период одной госпитализации в круглосуточном стационаре и дневных стационарах всех типов.

1. Определяем КСГ для каждой записи койки, относящейся к лечению по КСГ, в движении. Алгоритм определения КСГ для каждой записи в движении в рамках одной госпитализации приведен в пункте 1.3.4.52.19.25 Приложения 4 настоящих Правил.

2. Если во всем движении одна КСГ, то оплате подлежит последняя (выписная) койка в движении.

3. Если в движении разные КСГ, но один профиль коек, то оплате подлежит последняя в хронологическом порядке койка в движении с наибольшим коэффициентом относительной затратоемкости (КЗ).

4. Если в движении разные КСГ и разные профили коек, но один класс МКБ основного диагноза, то оплате подлежит последняя в хронологическом порядке койка в движении с наибольшим КЗ.

5. Если в движении разные КСГ, разные профили и несколько классов МКБ, то:

5.1. Койки, не имеющие ссылок на другие койки (поле GUID2 пустое), условно делим на группы по классу МКБ основного диагноза.

5.2. Койки, имеющие ссылки на другие койки (поле GUID2 непустое), добавляем к группе, к которой относится койка, на которую ссылается поле GUID2.

6. В каждой группе по классу МКБ определяем последнюю в хронологическом порядке койку с наибольшим КЗ.

7. Перечень с наиболее затратными КСГ, определенными в п.6, группируем по КСГ.

8. В каждой группе по КСГ оплате подлежит последняя в хронологическом порядке койка.

Следует учесть, что при оплате по КСГ в общем алгоритме определения оплаты по КСГ не участвуют:

- случаи реабилитации на койках профиля «Медицинская реабилитация» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}) после лечения на койках других профилей по тому же заболеванию (основной диагноз до уровня рубрики без учета подрубрики).

Оплате подлежит и случай лечения по заболеванию, и случай проведения реабилитации по этому заболеванию. Оплата случая лечения по заболеванию производится по общему алгоритму. Оплата медицинской помощи по профилю коек «Медицинская реабилитация» всегда производится по соответствующим КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}). При этом койки «реабилитационного» профиля оплачиваются как один случай проведения реабилитации. При этом оплачивается последняя в хронологическом порядке «реабилитационная» койка с наиболее затратной «реабилитационной» КСГ;

- в круглосуточном стационаре в случае лечения по КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью» на профиле коек «Патологии беременности» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {PATHOLOGY=2}) продолжительностью:

- а) или 2 дня и более при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2;

- б) или 6 дней и более при оказании медицинской помощи по МКБ-10, не указанным в пп. а);

с последующим родоразрешением (КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» на профиле коек «Для беременных и рожениц» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {BEREM=1})) оплате подлежит и случай патологии беременности, и случай родоразрешения, при этом в каждом случае оплачивается последняя в хронологическом порядке койка с наиболее затратной КСГ;

- в дневном стационаре случай оказания медицинской помощи по КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=3});

- профили коек (COD_SPEC), для которых не определяется КСГ (элемент {KPG=0} в поле PARAM_EX в справочнике SPECIAL.DBF). На этих профилях коек тариф принимает нулевое значение.

Для оставшихся профилей коек в госпитализации действует общий алгоритм определения оплаты по КСГ.

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике и стоматологии:

- для застрахованных лиц Челябинской области при оказании медицинской помощи в поликлинике пациенту, прикрепленному к МО, являющейся фондодержателем, кроме случаев оказания медицинской помощи врачами Центров здоровья (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {CZ=1}), консультаций врачей-специалистов КДЦ (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}) с мая 2015 года, посещений «с проведением пренатальной диагностики» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {UZI=1});

- на записях по обращению (поле OBR_VIS=1);

- на записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1).

3) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по скорой помощи, кроме вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TLT=1}) и вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {EVAC=1}).

4) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам:

- если оплата по тарифу за законченный случай диспансеризации или медицинского осмотра: в записях, отражающих осмотры специалистами / исследования (или отказы от их прохождения) в рамках случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения;

- если оплата по тарифам за выполненные осмотры специалистами / исследования: в итоговых записях по случаю диспансеризации или медицинского осмотра и в записях, отражающих осмотры специалистами/исследования, выполненные ранее и учтенные в диспансеризации, либо невыполненные по причине отказа застрахованным лицом от их прохождения (признак P_ОТК=1), либо осмотры специалистами на втором этапе профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (кроме оплачиваемого заключительного осмотра врачом-педиатром);

- если случай диспансеризации или медицинского осмотра является незаконченным и неоплачиваемым по причине отказа застрахованным лицом от прохождения диспансеризации/медицинского осмотра в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований): как на итоговой записи по случаю, так и на записях, отражающих осмотры/исследования или отказы от их прохождения.

5) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц по параклинике.

Б) FIN_ID=6

В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи дополнительный тариф на доставку гемодиализных больных.

В) FIN_ID=8

В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи дополнительный тариф №1 в соответствии со справочником TAREX.DBF: действующий тариф в соответствии со значением поля TAR1_T и POS=1).

Г) FIN_ID=9

В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи дополнительный тариф №2 в соответствии со справочником TAREX.DBF: действующий тариф в соответствии со значением поля TAR2_T и POS=2).

3.10. Пункт 1.3.4.52.15 изложить в новой редакции

1.3.4.52.15 В поле SUMV_USL указывается стоимость, выставленная к оплате, в соответствии с финансовым потоком.

Заполняется на тарифицированных записях (TARIF≠0).

А) FIN_ID=1

В поле SUMV_USL указывается:

1) При оплате медицинской помощи по КСГ:

1.1) На койках, оплачиваемых по КСГ – сумма оплаты по КСГ с учетом размера (процента – PR) тарифа (базовой ставки – БС), коэффициента относительной затратоемкости КСГ (КЗ), поправочного коэффициента (ПК), коэффициента территориальной дифференциации медицинской организации (КДсуб):

$$\text{SUMV_USL} = \text{БС} * \text{КЗ} * \text{ПК} * \text{КДсуб} * \text{KOL_USL} * \text{PR} / 100$$

где,

PR – размер (процент) тарифа, определяется по справочнику SIZETAR.DBF в соответствии со значением поля SIZETAR_ID.

КДсуб – коэффициент территориальной дифференциации медицинской организации (TYP=3 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF).

ПК = Окp2(КУС_{МО}\КПУС_{МО} * КСЛП),

где:

Окp2 – функция округления значения до двух знаков после запятой;

КУС_{МО}\КПУС_{МО} = КУС_{МО} * КПУС_{МО} – коэффициент уровня/подуровня,

КУС_{МО} – коэффициент уровня (TYP=1 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF1). Для КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF имеется параметр SKIP_KLVL), значение КУС_{МО}=1:

- при SKIP_KLVL=1 – для всех МО,

- при SKIP_KLVL=2 – кроме МО, расположенных на территории ЗАТО (поле ЗАТО=1 в справочнике LPU.DBF);

КПУС_{МО} – коэффициент подуровня (TYP=1 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF2). Для КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF имеется параметр SKIP_KLVL) значение КПУС_{МО}=1:

- при SKIP_KLVL=1 – для всех МО,

- при SKIP_KLVL=2 – кроме МО, расположенных на территории ЗАТО (поле ЗАТО=1 в справочнике LPU.DBF);

КСЛП – коэффициент сложности лечения (TYP=2 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF). Если для коэффициента в поле PARAM_EX в справочнике KOEF.DBF содержится элемент «-KPG» или «-KSG», то этот коэффициент не применяется к указанным КППГ или КСГ соответственно. Если для коэффициента в поле PARAM_EX в справочнике KOEF.DBF содержится элемент KSG, то этот коэффициент применяется только к указанным КСГ. Если для коэффициента в поле PARAM_EX в справочнике KOEF.DBF имеется параметр {CARE=1}, то для его применения обязательно наличие коек по уходу (BED_CARE>0). При наличии возрастных ограничений (значение параметра AGE в поле PARAM_EX справочника KOEF.DBF), возраст пациента должен им удовлетворять для применения коэффициента. Если для коэффициента в поле PARAM_EX в

справочнике KOEF.DBF содержится элемент COD_SPEC, то этот коэффициент применяется только к указанным кодам профилей коек.

Значение коэффициента сложности лечения пациента по критерию сверхдлительности срока госпитализации определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней.

$$\text{КСЛП}_{\text{сверхдлит}} = \text{Окр2}(1 + K_{\text{дл}} * (\text{ФКД} - \text{НКД}) / \text{НКД}),$$

где

Окр2 – функция округления значения до двух знаков после запятой;

$\text{КСЛП}_{\text{сверхдлит}}$ – коэффициент сложности лечения пациента по критерию сверхдлительности срока госпитализации;

$K_{\text{дл}}$ – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов ($K_{\text{дл}} = 0,25$);

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (значение параметра NKD в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF).

При этом вычисленное значение КСЛП по критерию сверхдлительности срока госпитализации должно соответствовать справочнику KOEF.DBF (TYP=2, TYP2=9 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF).

Расчеты суммарного значения КСЛП при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + \dots + (\text{КСЛП}_n - 1)$$

При этом если $\text{КСЛП}_{\text{сумм}} > 1,8$ то $\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = 1,8$. Исключение составляют случаи сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

Следует учесть, что дополнительные условия применения коэффициентов при оплате по КСГ содержатся в справочнике KoefCnd.dbf.

В настоящее время в этом справочнике определены дополнительные условия применимости КСЛП по следующим критериям (поле FLD_NAME в справочнике KoefCnd.dbf):

- Диагноз сопутствующего заболевания (COD_MKB1). При указанной рубрике кода

МКБ-10 распространяется, в том числе, и на все его подрубрики;

- Диагноз осложнения (COD_MKB2). При указанной рубрике кода МКБ-10 распространяется, в том числе, и на все его подрубрики;

- Перечень номенклатуры выполненных медицинских услуг (MEDUS_ID).

При этом:

- заполненное отличным от «0» значением поле N_COMB означает, что для применения коэффициента необходимо одновременное наличие в файле персонифицированного учета по оказанной медицинской помощи всех значений критерия с указанным N_COMB (0 – не влияет на выбор);

- заполненное отличным от «0» значением поле CNT означает, что коэффициент применяется для указанного значения критерия с кратностью CNT (0 – не влияет на выбор).

Отдельно обращаем внимание на то, что если по описанным выше правилам какой-либо коэффициент (КДсуб, КУС_{МО}\КПУС_{МО}, КСЛП) не определился, то он принимается равным 1 (для корректного применения формулы вычисления SUMV_USL).

1.2) На записях по услугам диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) – сумма оплаты услуг диализа по основному тарифу (без учета доставки диализных больных):

$$\text{SUMV_USL} = \text{TARIF} * \text{KOL_USL}.$$

2) При оплате медицинской помощи не по КСГ (кроме услуг диализа в рамках случая лечения с проведением процедур диализа в поликлинике) – сумма оплаты с учетом размера тарифа.

3) На записях по услугам диализа в рамках случая лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) – сумма оплаты услуг диализа по основному тарифу:

$$\text{SUMV_USL} = \text{TARIF} * \text{KOL_USL}.$$

Б) FIN_ID=6

В поле SUMV_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу на доставку диализных больных.

$$\text{SUMV_USL} = \text{TARIF} * \text{KOL_USL}$$

В) FIN_ID=8

В поле SUMV_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу №1.

Г) FIN_ID=9

В поле SUMV_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу №2.

3.11. Пункт 1.3.4.52.19.23 изложить в новой редакции

1.3.4.52.19.23 Поле VISIT_DATE обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании амбулаторно-поликлинической и стоматологической помощи. В нем указывается:

- для записей по посещениям (поле OBR_VIS=0,2): дата посещения в поликлинике, на дому, в стоматологии;

- для записей по обращению (поле OBR_VIS=1): дата последнего посещения в рамках данного обращения (поликлиника, стоматология);

- для записей по случаям лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа в рамках данных случаев: не заполняется.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам:

- в записях по случаю диспансеризации или медицинского осмотра в поле VISIT_DATE должна быть указана дата заключительного осмотра терапевтом (педиатром) или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом (педиатром), либо при проведении на втором этапе диспансеризации определенных групп взрослого населения только углубленного профилактического консультирования дата его проведения, либо дата отказа от прохождения диспансеризации/медицинского осмотра в целом;

- на записях, отражающих осмотры/исследования, - дата проведения осмотра/исследования или дата отказа от его прохождения.

В файлах персонифицированного учета по параклинике поле VISIT_DATE заполняется при наличии даты направления на обследование. Следует учесть, что с мая 2015 года параклинические услуги оказываются только по направлению, поэтому поле VISIT_DATE обязательно к заполнению в файлах по параклинике.

3.12. Пункт 1.3.4.52.19.25 изложить в новой редакции

1.3.4.52.19.25 Поля KPG и KSG обязательны для заполнения в файлах персонифицированного учета по стационару (кроме файлов по ВМП) и в файлах персонифицированного учета по поликлинике для стационаров при поликлинике, за исключением профилей коек, для которых не определяется КСГ (элемент {KPG=0} в поле PARAM_EX в справочнике SPECIAL.DBF).

А) На записях коек в движении пациента:

Указывается код клинко-профильной группы (KPG) и клинко-статистической группы (KSG). Данные поля заполняются в соответствии со справочником KSG.DBF.

Возможность применять КСГ на профиле койки (COD_SPEC) определена в справочнике KSG_SPC.DBF.

Определение КСГ для каждой записи койки в движении в рамках одной госпитализации:

Шаг 1. Определение в круглосуточном стационаре КСГ 233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {TRAUMA=1}).

1) Если для рассматриваемой койки указано количество реанимационных койко-дней (BED_REAN>0), то переходим к п.2 Шага 1. Иначе, переходим к Шагу 2.

2) По справочнику KSG_AR.DBF определяем анатомическую область (из T1–T7) кода МКБ основного диагноза. Если не нашли запись, действующую в периоде, то переходим к Шагу 2.

3) По справочнику KSG_AR.DBF определяем анатомические области (из T0–T7) для всех кодов МКБ сопутствующих диагнозов и диагнозов осложнений.

4) Рассматриваем совокупность анатомических областей, определенных в п.2 и п.3 Шага 1. Если в совокупности есть:

а) или: область T0 и область T7,

б) или: область T0 и две различные области из T1–T6,

то для записи определяется КСГ «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)». Иначе, переходим к Шагу 2.

Шаг 2. Определение КСГ «Замена речевого процессора» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}).

Если профиль койки предполагает замену речевого процессора (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}) и в поле MEDUS_ID указан соответствующий код номенклатуры (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}) и код МКБ основного диагноза по справочнику KSG_MAP.DBF допустим для КСГ «Замена речевого процессора» в указанных условиях оказания медицинской помощи (поле USL_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар), то для записи определяется КСГ «Замена речевого процессора». Иначе, переходим к шагу 3.

Шаг 3. Определение в дневном стационаре КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=3}).

Если профиль койки предполагает применение диализа (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4), в полях MEDUS_ID и код МКБ основного диагноза указаны значения, допустимые по справочнику KSG_MAP.DBF для КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ», то для записи определяется КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ». Иначе, переходим к Шагу 4.

Шаг 4. Определение в дневном стационаре КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {ЕКО=1}).

Если профиль койки предполагает применение вспомогательных репродуктивных технологий (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {ЕКО=1}) с указанием этапов проведения процедуры ЭКО (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр ЕКО_STEP) и признака «криоконсервация эмбрионов» (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр ЕКО_CRYO), в поле MEDUS_ID указан соответствующий код номенклатуры (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {ЕКО=1}), то для записи определяется КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение». Иначе, переходим к шагу 5.

Шаг 5. Определение «реабилитационной» КСГ (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}).

Если профиль койки «Медицинская реабилитация» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}) и в поле MEDUS_ID указан хотя бы один код номенклатуры «реабилитационной» услуги (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}), который по справочнику KSG_MAP.DBF допустим для «реабилитационной» КСГ в указанных условиях оказания медицинской помощи (поле USL_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар) с учетом остальных классификационных критериев, в том числе

дополнительного критерия «гб - реабилитационная маршрутизация» (в справочнике KSG_CRI.DBF поле TYP=3) в поле CRIT_EX, при наличии, то для записи определяется найденная «реабилитационная» КСГ. При наличии нескольких кодов различных «реабилитационных» услуг выбирается КСГ, которая имеет наибольший коэффициент относительной затратоемкости (KZ). Иначе, переходим к шагу 6.

Шаг 6. Определение в круглосуточном стационаре КСГ профиля «гериатрия» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {GERIATR=1}).

Если профиль койки «гериатрия» (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {GERIATR=1}), и код МКБ основного диагноза по справочнику KSG_MAP.DBF допустим для КСГ профиля «гериатрия», то для записи определяется КСГ профиля «гериатрия». Иначе, переходим к шагу 7.

Шаг 7. Общий алгоритм определения КСГ:

1) Если на профиле койки допустимо применение КСГ (в соответствии со справочником KSG_SPC.DBF) и для койки не указаны признаки гемодиализа или перитонеального диализа (в поле PARAM_EX параметры {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно), или ЭКО (в поле PARAM_EX параметр {EKO=1}), или замены речевого процессора (в поле PARAM_EX параметр {VOICE=1}), или «Медицинская реабилитация» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}), или «Гериатрия» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {GERIATR=1}), то переходим к п.2, иначе – ошибка.

2) По коду МКБ диагноза (основного, вторичного) по справочнику KSG_MAP.DBF определяем действующую в периоде КСГ_{МКБ} с учетом условий оказания медицинской помощи (поле USL_OK в справочнике KSG.DBF: 1- круглосуточный или 2-дневной стационар) и дополнительных критериев:

- код номенклатуры (услуги),
- код МКБ вторичного диагноза (при поиске по коду основного диагноза),
- возрастная категория на начало госпитализации,
- пол,
- длительность пребывания (на рассматриваемой записи в движении),
- дополнительные классификационные критерии, указанные в поле CRIT_EX,
- иных параметров в соответствии с полем PARAM_EX справочника KSG_MAP.

При этом если применялось несколько кодов номенклатуры и/или указано несколько кодов МКБ вторичного диагноза и/или указано несколько кодов дополнительных классификационных критериев в поле CRIT_EX, то определяем несколько КСГ с учетом каждого из них, выбрав в качестве КСГ_{МКБ} среди них ту, которая имеет наибольший коэффициент относительной затратоемкости (KZ).

Поиск по коду МКБ основного диагноза проводится либо по полному совпадению с полем COD_MKB справочника KSG_MAP.DBF; либо по первой букве кода, если в группировщике КСГ (справочник KSG_MAP.DBF) в поле COD_MKB указан код вида «Б.», где «Б» - буква латинского алфавита; либо по вхождению в указанный диапазон диагнозов, если в поле COD_MKB указан

диапазон диагнозов вида «Д1-Д2», где Д1,Д2 – нижняя и верхняя граница диапазона соответственно (коды по МКБ-10).

Поиск в группировщике КСГ (KSG_MAP.DBF) по коду МКБ диагноза допускает различные сочетания по совпадению кодов основного и вторичного диагнозов: по одному из указанных, либо одновременное совпадение.

3) По коду номенклатуры по справочнику KSG_MAP.DBF определяем действующую в периоде КСГ_{MEDUS} с учетом условий оказания медицинской помощи (поле USL_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар) и дополнительных критериев:

- код МКБ основного диагноза,
- код МКБ вторичного диагноза,
- возрастная категория на начало госпитализации,
- пол,
- длительность пребывания (на рассматриваемой записи в движении),
- дополнительные классификационные критерии, указанные в поле CRIT_EX,
- иных параметров в соответствии с полем PARAM_EX справочника KSG_MAP.

При этом если применялось несколько кодов номенклатуры и/или указано несколько кодов МКБ вторичного диагноза и/или указано несколько кодов дополнительных классификационных критериев в поле CRIT_EX, то определяем несколько КСГ с учетом каждого из них, выбрав в качестве КСГ_{MEDUS} среди них ту, которая имеет наибольший коэффициент относительной затратоемкости (KZ).

Поиск по коду МКБ основного диагноза проводится либо по полному совпадению с полем COD_MKB справочника KSG_MAP.DBF, либо по первой букве кода, если в группировщике КСГ (справочник KSG_MAP.DBF) в поле COD_MKB указан код вида «Б.», где «Б» - буква латинского алфавита.

4) Проверяем найденные КСГ_{MKB} и КСГ_{MEDUS} по справочнику KSG_SEL.DBF с учетом условий оказания медицинской помощи (поле USL_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар). Если в периоде найдено сочетание (КСГ_{MKB}, КСГ_{MEDUS}), то выбираем КСГ, указанную в поле KSG_ID. Иначе, из КСГ_{MKB} и КСГ_{MEDUS} выбираем ту КСГ, которая имеет наибольшее значение коэффициент относительной затратоемкости.

5) Если определилась одна из перечисленных КСГ, то ошибка:

- «Замена речевого процессора» (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}),
- «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=3}),
- «Экстракорпоральное оплодотворение» (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EKO=1}),
- «реабилитационная» КСГ (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}),
- КСГ профиля «гериатрия» (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {GERIATR=1}).

При определении критерия (диагноз или код номенклатуры), являющегося основным (определяющим отнесение случая к КСГ), следует руководствоваться следующим правилом.

КСГ, найденная по коду диагноза (основного, вторичного) без учета кода номенклатуры услуги, является определенной по коду диагноза (КСГ_{МКВ}).

КСГ, найденная по коду номенклатуры услуги без учета диагноза (основного, вторичного), является определенной по коду номенклатуры услуги (КСГ_{MEDUS}).

В ситуации, когда код диагноза (основной и/или вторичный) и код номенклатуры услуги находятся в одной строке Группировщика KSG_MAP.DBF, код номенклатуры услуги рассматривается как дополнительный критерий. Основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-10. Найденная КСГ является КСГ, определенной по коду диагноза (КСГ_{МКВ}).

Следует учесть, что:

- соседние записи в движении пациента в рамках одной госпитализации должны отличаться либо по профилю коек, либо по коду основного диагноза,
- в круглосуточном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ 198 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» с другими КСГ;
- в круглосуточном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ «Замена речевого процессора» с другими КСГ;
- в дневном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ 80 «Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения» с другими КСГ.

Б) На записях по услугам диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4).

Заполняется значениями полей KPG и KSG койки, на которой применена услуга диализа (ссылка по полю GUID2).

3.13. Пункт 1.3.4.52.19.27 изложить в новой редакции

1.3.4.52.19.27 Поле BED_REAN заполняется только в записях коек круглосуточного стационара в файлах персонифицированного учета по стационару. Указывается количество койко-дней реанимации из периода пребывания на профиле койки. Для реанимационной койки (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REANIM=1}) обязательно должно быть больше нуля и равно общему количеству койко-дней пребывания на этой койке, подсчитанному по правилам статистики. Если профиль койки предполагает замену речевого процессора (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}), то реанимационных койко-дней быть не должно (BED_REAN=0). Если койка является «реабилитационной» (в SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX

имеется параметр {REABIL=1}), то реанимационных койко-дней быть не должно (BED_REAN=0). Для коек, на которых определяется КСГ, для которой обязательно наличие реанимационных койко-дней (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {BED_REAN=1}), количество реанимационных койко-дней обязательно должно быть больше нуля (BED_REAN>0).

3.14. Добавить пункты 1.3.4.52.19.36, 1.3.4.52.19.37 и 1.3.4.52.19.38 после пункта 1.3.4.52.19.35

1.3.4.52.19.36 В поле CRIT_EX указывается перечень кодов дополнительных критериев, применяемых при определении КСГ, на записях коек круглосуточного и дневных стационаров всех типов в файлах по стационару и поликлинике. При наличии нескольких дополнительных критериев все они перечисляются через разделитель «_» (символ подчеркивания). Заполняется в соответствии со справочником KSG_CRI.DBF (поле CODE) для указанных условий оказания медицинской помощи (поля USL_OK в файле персонифицированного учета и справочнике KSG_CRI.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар).

Дополнительный классификационный критерий «it-интенсивная терапия» (TYP=1 в справочнике KSG_CRI.DBF) может быть указан только при наличии реанимационных койко-дней (поле BED_REAN>0).

Дополнительный классификационный критерий «rb-реабилитационная маршрутизация» (TYP=3 в справочнике KSG_CRI.DBF) может быть указан только на профиле коек «Медицинская реабилитация» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}).

1.3.4.52.19.37 В поле CONTR_N указывается номер контракта (договора), в рамках которого осуществлена закупка лекарственных средств, использованных при лечении. Может быть заполнено на записях коек круглосуточного и дневных стационаров всех типов в файлах по стационару и поликлинике. Обязательно заполняется тогда, когда на койке определяется КСГ «лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF имеется параметр {ONCO_DRUG=1}) номером контракта (договора), в рамках которого осуществлена закупка лекарственных препаратов, использованных при лекарственной терапии злокачественных новообразований.

1.3.4.52.19.38 Поле DS1_PR заполняется во всех файлах об оказанной медицинской помощи, кроме случаев диспансеризации и медицинских осмотров. Для файлов по диспансеризации и медицинских осмотров заполняется непосредственно в элементе SLUCH. Служит для указания признака впервые установленного диагноза (основного): 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если указанный основной диагноз выявлен впервые.

3.15. Пункт 1.3.4.53.10 изложить в новой редакции

1.3.4.53.10 Поле GUID2 заполняется:

1) в круглосуточном (стационар) и дневных стационарах (поликлиника, стационар):

а) на койках, которые относятся к случаю оплаты по КСГ и являются следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания.

Указывается ссылка на койку «основного» заболевания (уникальный идентификатор GUID1 записи) в движении пациента. При этом койка «основного» заболевания:

- относится к случаю оплаты по КСГ,
- хронологически предшествует койке, которая на нее ссылается,
- не содержит ссылку (не заполнено поле GUID2).

Следует также учесть, что койки, которые не участвуют в общем алгоритме определения оплаты по КСГ (пункт 1.3.4.52.19.25 Приложения 4 настоящих Правил), не могут содержать ссылку или являться ссылкой для других коек.

б) на записях по услугам диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4).

Указывается ссылка на профильную койку (уникальный идентификатор GUID1 записи) в движении пациента, на которой проводились процедуры диализа.

При этом койка должна удовлетворять критериям:

- не является реанимационной (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует параметр {REANIM=1});

- относится к случаю оплаты по КСГ;

- для дневных стационаров предполагает применение гемодиализа или перитонеального диализа (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) и оплачивается по КСГ 43 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=3}).

2) в поликлинике:

а) на записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа, оказанным в рамках данного случая. На записях по услугам диализа, оказанным в рамках случая лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) указывается ссылка на случай лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (уникальный идентификатор GUID1 записи), в рамках которого проводились процедуры диализа. На записи по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно: уникальный идентификатор GUID1 записи случая;

б) на записях по обращению и по посещениям в рамках обращений. Для записи по обращению и посещениям в рамках этого обращения указывается значение GUID1 записи обращения.

в) Для записей по осмотрам/исследованиям в рамках диспансеризации или медицинского осмотра: ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации или медицинского осмотра, в рамках которого проводился осмотр/исследование или был отказ от его прохождения (уникальный идентификатор GUID1 записи);

Для итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра: уникальный идентификатор GUID1 записи случая.

4. Приложение 5 изложить в новой редакции (приложение 1).

5. Приложение 6 изложить в новой редакции (приложение 2).

6. В Приложении 7:

6.1. Пункт 3.3 изложить в новой редакции

3.3. Перечень и порядок заполнения некоторых полей для итоговой записи обращения и записей посещений в рамках данного обращения. Остальные поля заполняются одинаковыми значениями по общим правилам.

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
Персональные данные, данные полиса и страховая принадлежность [VPOLIC, SPOLIC, NUMBER, FAMILY, NAME, FATHER, DATE, SEX, STATUS, FAM_P, IM_P, OT_P, SEX_P, DATE_P, MR, DOCTYPE, DOCSE, DOCNUM, SNILS, NOFOR, CITYSTREET, HOUSE, IND_HOUSE, ROOM, IND_ROOM, COD_SMO, OS_SLUCH, OKATO_OMS, SMO_NAM, DOST, DOST_P]	=	=	Определяются на дату VISIT_DATE обращения (дату последнего посещения в рамках обращения)
[INV, MSE]	=	=	INV - признак «впервые установлена (1-4) или снята (0) инвалидность».

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
			MSE - признак «направление на МСЭ». В обращениях стоматологии (PLACE=7) не заполняются. Одновременное заполнение полей INV и MSE непустыми значениями допускается только для обращений с количеством посещений 2 и более (CNT_VISIT>=2 на записи по обращению).
NHISTORY	=	=	Номер амбулаторной карты пациента
PLACE	1 или 2 (поликлиника) 7 (стоматология)	1 или 2 (поликлиника) 7 (стоматология)	Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы один PLACE=PLACEобращения. В обращении могут быть или только PLACE поликлиники (1,2), или только PLACE стоматологии (7). Комбинация [COD_SPEC, PLACE, PURPOSE] обращения должна быть допустимой по Тарифному соглашению ТФОМС (существует тариф в TARIF.DBF). Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы одно посещение, у которого одновременно выполняется: COD_SPEC=COD_SPECобращения, PLACE=PLACEобращения, PURPOSE= PURPOSEобращения, IDDOCT=IDDOCTобращения, KVAL=KVALобращения.
PURPOSE	Л (поликлиника) У (стоматология)	Л (поликлиника) У (стоматология)	
COD_SPEC	Специальность врача обращения	Специальность врача посещения	
IDDOCT	Код врача обращения	Код врача посещения	
KVAL	Квалификация врача обращения	Квалификация врача посещения	
VIDPOM	Вид медицинской помощи обращения	Вид медицинской помощи посещения	Определяется по данным записи обращения/посещения соответственно по алгоритму: Если KVAL='Ф' => 11 ИначеЕсли {TERAP=1} => 12 Иначе => 13.
TARIF	Не заполняется	По правилам оплаты (Tarif.dbf)	Тариф и правила оплаты, действующие на дату DATE_END
DATE_TAR	Не заполняется	По правилам оплаты (Tarif.dbf)	Тариф и правила оплаты, действующие на дату DATE_END
DATE_BEG	=	=	Дата начала обращения (=VISIT_DATE первого посещения)
DATE_END	=	=	Дата окончания обращения: =VISIT_DATE последнего посещения или =VISIT_NXT последнего посещения для RSLToбращения=2 (из справочника V009.DBF)
UET	Σ UET посещений (стоматология)	UET посещения (стоматология)	
COD_MKB0	Первичный диагноз обращения	Первичный диагноз посещения	
COD_MKB	Основной диагноз обращения	Основной диагноз посещения	Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы одно, у которого COD_MKB=COD_MKBобращения и при этом DS1_PR=DS1_PRобращения
DS1_PR	Признак «установлен впервые» для основного диагноза обращения в целом	Признак «установлен впервые» для посещения	

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
COD_MKB1	Сопутствующий диагноз обращения	Сопутствующий диагноз посещения	
COD_MKB2	Диагнозы осложнений для обращения	Диагнозы осложнений для посещения	
RSLT	В соответствии с V009	Не заполняется	
ISHOD	В соответствии с V012	Не заполняется	
MEDUS_ID	Не заполняется	Перечень номенклатур медицинских услуг по посещению	
MEDUS_ID1	Не заполняется		
MEDUS_ID2	Не заполняется		
MEDUS_ID3	Не заполняется		
VISIT_DATE	VISIT_DATE последнего посещения	Дата посещения	
ATTACH	=	=	Прикрепление на дату окончания отчетного периода
NREESTR	=	=	
SUM_K	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
SUMV	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
SUMP	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
FOR_POM	=	=	3 – Плановая
DELETED	=	=	<p>При необходимости, снятию с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, подлежит полностью все обращение. На записях по обращению и по посещениям в рамках данного обращения соответствующие поля заполняются одинаковыми значениями: DELETED=3, SANK=62 – «Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС».</p> <p>В случае снятия с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, снятию подлежит полностью все обращение. При этом на записях по обращению и по посещениям в рамках данного обращения: поле DELETED=5; поле SANK может принимать разные значения. Иначе: DELETED=0, SANK=0 для всех записей обращения (по обращению и по посещениям в рамках обращения).</p>
SANK	Код санкции МЭК или ФЛК по классификатору F014R или F014 соответственно для записи по обращению	Код санкции МЭК или ФЛК по классификатору F014R или F014 соответственно для записи по посещению	
TAR1_T	Не заполняется	По правилам оплаты (Tar_Typ.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
TAR1_V	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR1_D	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR1_S	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
GUID1	Уникальный ID записи	Уникальный ID записи	
GUID2	GUID1	GUID1 записи обращения	Ссылка на итоговую запись обращения
VISIT_NXT	VISIT_NXT последнего посещения	VISIT_NXT посещения = VISIT_DATE следующего посещения Не заполняется на записи последнего посещения, кроме RSLT обращения=2 (из справочника V009.DBF)	Назначенная дата следующего посещения в рамках данного обращения. VISIT_NXT <= VISIT_DATE+3мес.
CNT_VISIT	Количество записей по посещениям в рамках обращения	Не заполняется	Количество посещений в обращении. Поликлиника (PLACE=1,2): а) в отчетах за январь и февраль 2017 года: CNT_VISIT>=1 б) с отчета за март 2017 года CNT_VISIT>=2 – если RSLT обращения≠2 (из справочника V009.DBF); CNT_VISIT>=1 – если RSLT обращения=2 (из справочника V009.DBF). Стоматология (PLACE=7): а) в отчетах с января по апрель 2017 года: CNT_VISIT>=1; б) с отчета за май 2017 года CNT_VISIT>=2 – если RSLT обращения≠2 (из справочника V009.DBF); CNT_VISIT>=1 – если RSLT обращения=2 (из справочника V009.DBF).
OBR_VIS	1	2	Признак обращения/посещения: 1 – обращение, 2 – посещение в рамках обращения, 0 – в остальных случаях.
PR_D_N	Признак «диспансерного наблюдения» для обращения в целом	Признак «диспансерного наблюдения» для посещения	На записи по обращению признак PR_D_N=1, если хотя бы на одной записи по посещению в рамках данного обращения указан признак PR_D_N=1.
NPL	Признак «неполный объем» для обращения в целом	Признак «неполный объем» для посещения	
DATE_POST	=	=	Дата первого посещения в рамках данного обращения (=VISIT_DATE первого посещения)
DATE_VIPIS	=	=	Дата последнего посещения в рамках данного обращения (=VISIT_DATE последнего посещения)
TAR2_T	Не заполняется	По правилам оплаты (Tar_Typ.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
TAR2_V	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR2_D	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR2_S	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END