

Приложение 7
к Правилам информационного взаимодействия при
ведении персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной застрахованным
лицам в системе обязательного медицинского
страхования Челябинской области, утверждённым
приказом Министерства здравоохранения
Челябинской области и Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области
от 15.02.2017 № 346/1 / 81

Порядок учета медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях,
кроме диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения
и случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно

1. Для медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (кроме случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно) ведется учет:

- посещений с профилактической целью;
- посещений в неотложной форме;
- разовых посещений по заболеванию;
- обращений в связи с заболеваниями (далее - обращений) и посещений в рамках данных обращений.

1.1. Посещения с профилактической целью:

- В поликлинике и на дому (PLACE=1,2) с профилактической целью (PURPOSE='П');
- По стоматологии (PLACE=7) с профилактической целью (COD_MKB начинается с 'Z').

1.2. Посещения в неотложной форме:

- В поликлинике и на дому (PLACE=1,2) с лечебно-диагностической целью (PURPOSE='Л') и признаком «неотложной помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {NEOTLOG=1}).

1.3. Разовые посещения по заболеваниям. К разовому посещению по заболеванию относятся посещения с лечебно-диагностической целью, которые не предполагают дальнейшие посещения в данной МО по этому же поводу:

- В поликлинике и на дому (PLACE=1,2) с лечебно-диагностической целью (PURPOSE='Л');
- По стоматологии (PLACE=7) с лечебной целью (COD_MKB не начинается с 'Z').

1.4. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

В обращение относятся многократные посещения в рамках одной МО до выписки больного. В обращение включаются посещения с лечебно-диагностической целью, кроме посещений в неотложной форме:

- В поликлинике и на дому (PLACE=1,2) с лечебной целью (PURPOSE='Л'), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1});

- По стоматологии (PLACE=7) с лечебной целью (COD_MKB не начинается с 'Z')

Отдельно обращаем внимание на то, что в файл персонифицированного учета оказанной медицинской помощи включаются только посещения (как в рамках обращения, так и вне обращений), финансируемые из средств ОМС. Учет и анализ обращений в ТФОМС производится по количеству и составу посещений только в рамках ОМС.

1.4.1. Для поликлиники (PLACE=1,2):

Посещения в обращении, кроме последнего, предполагают дальнейшие посещения пациента по этому же поводу. Для каждого посещения в рамках обращения, кроме последнего, указывается назначенная дата следующего посещения (поле VISIT_NXT). Дата следующего посещения в обращении (VISIT_DATE) равна дате назначенного посещения на предыдущем посещении (VISIT_NXT). На последнем посещении поле VISIT_NXT не заполняется, за исключением ситуации «прерванного лечения», когда пациент на последнее назначенное посещение не явился. В том случае, если пациент на последнее назначенное посещение не явился (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF), то обращение считается «прерванным» и на последнем посещении будет заполнено поле VISIT_NXT.

Количество посещений в рамках обращения должно быть не менее двух. Наличие одного посещения в рамках обращения допускается только в случаях:

1) в файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи за январь и февраль 2017 года:

- для обращений, удовлетворяющих критериям: а) обращение было начато ранее отчетного периода; б) все посещения в рамках данного обращения, кроме последнего, были учтены и поданы на оплату в предыдущих отчетных периодах;

- для «прерванных обращений» (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF).

2) в файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи начиная с марта 2017 года:

- для «прерванных обращений» (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF).

Следует учесть, что в дальнейшей отчетности ТФОМС Челябинской области обращение с одним посещением не учитывается как обращение, а посещение в рамках этого обращения учитывается как «разовое посещение по заболеванию».

1.4.2. Для стоматологии (PLACE=7):

Если посещение в обращении предполагает дальнейшие посещения пациента в рамках данного обращения, то для него указывается назначенная дата следующего посещения (поле VISIT_NXT). Дата следующего посещения в обращении (VISIT_DATE) равна дате назначенного посещения на предыдущем посещении (VISIT_NXT). На последнем посещении поле VISIT_NXT не заполняется, за исключением ситуации «прерванного лечения», когда пациент на последнее назначенное посещение не явился. В том случае, если пациент на последнее назначенное посещение не явился (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF), то обращение считается «прерванным» и на последнем посещении будет заполнено поле VISIT_NXT. Допускается наличие одного посещения в рамках обращения, которое в дальнейшей отчетности ТФОМС Челябинской области не будет учитываться как «разовое посещение по заболеванию». При этом обращение не обязательно будет «прерванным» (с результатом 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF).

2. Допустимые результаты (из справочника V009.DBF) оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (кроме случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением диализа амбулаторно).

2.1. В файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи за февраль 2017 года.

Код	Наименование	По посещениям					По обращениям в связи с заболеванием	
		Посещение с профилактической целью	Посещение в неотложной форме	Разовое посещение по заболеванию			Одно посещение в рамках обращения	Два и более посещений в рамках обращения
					<1>	<2>		
1	Лечение завершено	+	+	-	+	+	+	+
2	Лечение прервано по инициативе пациента	-	-	-	-	-	+	+
3	Лечение прервано по инициативе ЛПУ	-	-	-	-	-	-	-
4	Лечение продолжено	+	+	-	-	-	-	-
5	Направлен на госпитализацию	-	+	+	+	+	+	+
6	Направлен в дневной стационар	-	-	+	+	+	+	+
7	Направлен в стационар на дому	-	-	+	+	+	+	+
8	Направлен на консультацию	+	-	-	-	-	-	-
9	Направлен на консультацию в другое ЛПУ	+	-	-	+	-	-	-
10	Направлен в реабилитационное отделение	-	-	+	+	+	+	+
11	Направлен на санаторно-курортное лечение	-	-	+	+	+	+	+
13	Констатация факта смерти	-	-	-	-	-	-	-
14	Динамическое наблюдение	-	-	-	-	-	+	+
15	Направлен на обследования	+	-	-	-	-	-	-

<1> - для разовых посещений по заболеванию в КДЦ (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}), в «травмпунктах» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {TRAUMP=1}), в «приемных отделениях» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {PRIEMP=1}).

<2> - для разовых посещений по заболеванию в ЛПУ, не являющимся фондодержателем (поле MASTER=FALSE в справочнике LPU.DBF), кроме стоматологической медицинской помощи (PLACE≠7).

2.2. В файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, начиная с марта 2017 года.

Код	Наименование	По посещениям					По обращениям в связи с заболеванием		
		Посещение с профилактической целью	Посещение в неотложной форме	Разовое посещение по заболеванию			Одно посещение в рамках обращения		Два и более посещений в рамках обращения
					<1>	<2>	Поликлиника	Стоматология	
1	Лечение завершено	+	+	-	+	+	-	+	+
2	Лечение прервано по инициативе пациента	-	-	-	-	-	+	+	+
3	Лечение прервано по инициативе ЛПУ	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Лечение продолжено	+	+	-	-	-	-	-	-
5	Направлен на госпитализацию	-	+	+	+	+	-	+	+
6	Направлен в дневной стационар	-	-	+	+	+	-	-	+
7	Направлен в стационар на дому	-	-	+	+	+	-	-	+
8	Направлен на консультацию	+	-	-	-	-	-	-	-
9	Направлен на консультацию в другое ЛПУ	+	-	-	+	-	-	-	-
10	Направлен в реабилитационное отделение	-	-	+	+	+	-	-	+
11	Направлен на санаторно-курортное лечение	-	-	+	+	+	-	-	+
13	Констатация факта смерти	-	-	-	-	-	-	-	-
14	Динамическое наблюдение	-	-	-	-	-	-	+	+
15	Направлен на обследования	+	-	-	-	-	-	-	-

<1> - для разовых посещений по заболеванию в КДЦ (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}), в «травмпунктах» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {TRAUMP=1}), в «приемных отделениях» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {PRIEMP=1}).

<2> - для разовых посещений по заболеванию в ЛПУ, не являющимся фондодержателем (поле MASTER=FALSE в справочнике LPU.DBF), кроме стоматологической медицинской помощи (PLACE≠7).

3. Особенности учета обращений и посещений в рамках обращений.

3.1. Обращение вместе со всеми посещениями в рамках данного обращения учитывается и подается к оплате в отчетном периоде его завершения: дата последнего посещения или назначенная дата следующего посещения на последнем посещении, если обращение завершилось с результатом 2 – «Прервано по инициативе пациента» (в соответствии с V009.DBF). При этом в файл персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, включается как итоговая запись по обращению, так и все записи по посещениям в рамках данного обращения.

3.2. Временной интервал между двумя соседними посещениями и/или между датой посещения и назначенной датой следующего посещения в обращении не превышает 3 месяцев. Временной интервал между первым и последним посещением в обращении или первым посещением и назначенной датой следующего посещения на последнем посещении для «прерванного обращения» не превышает 1 года.

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, NOVOR, 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)
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=PLACE обращения. 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
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	

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
			одновременно выполняется: COD_SPEC=COD_SPECобращения, PLACE=PLACEобращения, PURPOSE= PURPOSEобращения, IDDOCT=IDDOCTобращения, KVAL=KVALобращения.
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 RSLTобращения=2 (из справочника V009.DBF)
UET	Σ УЕТ посещений (стоматология)	УЕТ 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
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	=	=	При необходимости, снятию с оплаты по причине превышения объемов муниципального задания подлежит полностью все
SANK	=	=	

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
			обращение. На записях по обращению и по посещениям в рамках данного обращения соответствующие поля заполняются одинаковыми значениями: DELETED=3, SANK=62 – «Превышение муниципального задания». Иначе: DELETED=0, SANK=0 для всех записей обращения (по обращению и по посещениям в рамках обращения).
TAR1_T	Не заполняется	По правилам оплаты (Tar_Typ.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
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): CNT_VISIT>=1.
OBR_VIS	1	2	Признак обращения/посещения: 1 – обращение, 2 – посещение в рамках обращения, 0 – в остальных случаях.

3.4. В рамках одного обращения не допускается показывать посещения к специалистам КДЦ (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}) и посещения к другим специалистам.