

ПРИКАЗ

«24» 04 2018г.

№ 871/339

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 15.02.2017г. № 346/1 / 81

С целью установления единых требований и правил информационного взаимодействия, применяемых участниками обязательного медицинского страхования на территории Челябинской области

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить прилагаемые изменения в Правила информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 15.02.2017г. № 346/1 / 81 (далее именуется – Правила).

2. Рекомендовать руководителям медицинских организаций (далее именуется – МО) и руководителям страховых медицинских организаций (далее именуется – СМО) обеспечить информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области в соответствии с изменениями, внесенными в Правила.

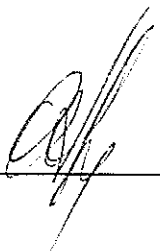
3. Начальнику управления информационных технологий территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Аверьянову А.В. довести до сведения руководителей МО и СМО о внесении изменений в Правила, утвержденные настоящим приказом.

4. Начальнику отдела информационных технологий Министерства здравоохранения Челябинской области Легостаеву Г.В. разместить настоящий приказ на сайте по адресу: <http://zdrav74.ru>.

5. Настоящий приказ вступает в силу с даты его подписания и распространяет свое действие, начиная с предоставления отчета за медицинские услуги, оказанные с 1 апреля 2018 года.

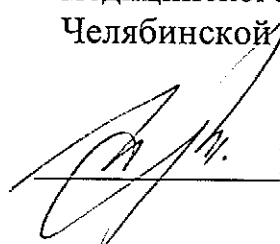
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за нами.

Министр здравоохранения
Челябинской области



С.И. Приколотин

Директор территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Челябинской области



И.С. Михалевская

приказом Министерства здравоохранения
Челябинской области и территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области
от 27.04.18 № 841 / 339

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. Изложить в новой редакции описание поля NPR_MO и полей PODR, кодируемых в элементах SLUCH и USL 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 случае</i>					
SLUCH	...	...	...	...	...

	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. При отсутствии сведений может не заполняться.

	PODR	У	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 11.04.2018 №701

<i>Сведения об услуге</i>					
USL					

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
...
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 11.04.2018 №701
...

1.2. Изложить в новой редакции описание поля VISIT_DATE, кодируемого 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
...
VISIT_DATE	D	10			Дата посещения / последнего посещения в рамках обращения в поликлинике или дата проведения обследования в параклинике. В формате ГГГГ-ММ-ДД
...

1.3. Изложить в новой редакции описание поля PR_D_N и добавить описание полей NPR_DATE, LPU_REF, кодируемых в элементе COMENTSL, 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 1.3):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
PR_D_N	N	1	0		Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – состоит, 2 – взят, 4 – снят по причине выздоровления, 6 – снят по другим причинам.
NPR_DATE	D	10			Дата направления (на диагностику, консультацию, госпитализацию). В формате ГГГГ-ММ-ДД.
LPU_REF	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО, которая: - осуществила первичное планирование консилиумом врачей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 21.01.2016 №68 с изменениями (приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.01.2018 №103).

1.4. Изложить в новой редакции описание полей PODR, кодируемых в элементах SLUCH и USL в файлах со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2):

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Сведения о случае</i>					
SLUCH	...	...	...	...	...

	PODR	Y	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 11.04.2018 №701

<i>Сведения об услуге</i>					
USL					

	PODR	Y	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 11.04.2018 №701

1.5. Добавить описание поля NPR_DATE, кодируемого в элементе COMENTSL, для файлов со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2.3):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
NPR_DATE	D	10			Дата направления (на диагностику, консультацию, госпитализацию). В формате ГГГГ-ММ-ДД.

1.6. Исключить описание поля LPU_FROM и добавить описание полей NPR_MO, NPR_DATE, LPU_REF, кодируемых в элементе COMENTSL, для файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам (Таблица 3.2):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
NPR_MO	C	6		F003 (Lpu.dbf)	Код МО, направившей на 2 этап диспансеризации.
NPR_DATE	D	10			Дата направления на 2 этап диспансеризации. В формате ГГГГ-ММ-ДД.
LPU_REF	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО, из которой привлечен специалист для проведения осмотра / в которой выполнялось исследование в рамках диспансеризации или медицинского осмотра.

2. В Приложении 2:

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

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии	
TYP	N	2	0	Тип: 1 – посещение с профилактической целью, 2 – посещение в неотложной форме, 3 – разовое посещение по заболеванию, 4 – обращение в связи с заболеванием.	
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия	
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия	
COND1	C	30		Условие фильтра – уровень №1	В формате: «Имя_критерия=Значение_критерия» или «Имя_критерия=Перечень_значений_критерия» Пусто – отсутствие условия фильтра. Пустое «Значение_критерия» и/или «Перечень_значений_критерия» - для записей с любым значением критерия (кроме совпадающих с заданными). Множество допустимых значений в «Перечень_значений_критерия» указываются через символ-разделитель «,». В настоящее время в качестве «Имя_критерия» могут использоваться: COD_LPU – код МО (из lpu.dbf); COD_SPEC – код специальности (из special.dbf); FUNICUM – код профиля помощи: 1 – поликлиника, 3 – стоматология; PR_D_N - признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да (состоит), 2 – взят, 4 – снят по причине выздоровления, 6 – снят по другим причинам; CNT_VIS – количество посещений в обращении: 1 – 1 посещение, 2 – 2 и более посещений; PARAM_EX – Дополнительные параметры: {KDC=1} – признак КДЦ, {TRAUMP=1} – признак «травмпункта», {PRIEMP=1} – признак «приемного отделения».
COND2	C	30		Условие фильтра – уровень №2	
COND3	C	30		Условие фильтра – уровень №3	
COND4	C	30		Условие фильтра – уровень №4	
COND5	C	30		Условие фильтра – уровень №5	
RSLT	C	50		Перечень допустимых результатов в соответствии со справочником V009.DBF. Символ-разделитель «,».	
COMMENT	C	250		Комментарий	

3. В Приложении 4:

3.1. Пункт 1.3.2 изложить в новой редакции

1.3.2 Поле PR_NOV обязательно для заполнения. Служит для указания признака исправленной записи:

0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;

-1 – запись в движении пациента, содержащем ошибочные сведения и подлежащем исправлению, до исправления;

1 – запись передается повторно после исправления (запись в движении пациента, содержащем ошибочные сведения и подлежащем исправлению, после исправления ошибочных данных в движении).

В настоящее время допускается подавать к исправлению (по согласованию с ТФОМС Челябинской области) записи, удовлетворяющие критериям:

- записи содержат сведения об оказанной медицинской помощи в круглосуточном или дневных стационарах всех типов для застрахованных Челябинской области (файлы «Н», «Т»; FILE_TYPE = «01», «02»; USL_OK=1,2). При этом при исправлении не допускается изменение типа файла (FILE_TYPE) и типа стационара (PURPOSE = «К»- круглосуточный, «Д»-дневной, «Н»-на дому);

- при исправлении хотя бы одной записи в движении подается к исправлению полностью вся госпитализация. При этом, все записи в госпитализации до ее исправления помечаются признаком PR_NOV=-1, а после исправления PR_NOV=1, независимо от того, изменяются сведения по конкретной записи в движении или нет. Кроме того, записи, относящиеся к одной корректировке (все записи в движении до исправления и после исправления данных о госпитализации, должны иметь одинаковое значение поля REV_ID, уникальное для каждой корректировки в пределах одного типа файла FILE_TYPE для одного отчетного периода);

- год окончания оказания медицинской помощи, содержащей ошибочной записи, равен году отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE_2 записи, соответствующей выписной койке в движении (RSLT≠0, ISHOD≠0).

SCHET.YEAR=YEAR(ZAP.SLUCH.DATE_2);

- допускается подавать к исправлению только оплаченные ранее госпитализации (поле DELETED=0 в файле формата DBF);

- допускается подавать к исправлению только нескорректированные ранее записи;

- допускается изменять сведения в файлах об оказанной медицинской помощи (файлы «Н», «Т») в элементах SLUCH, USL за исключением: условий оказания медицинской помощи (поле USL_OK); кода МО лечения (поле LPU); признака “особый случай” (поле OS_SLUCH); веса и роста новорожденного (поля WEIGHT и HEIGHT в элементе COMENTU); кода МО прикрепления (поле ATTACH в элементе COMENTU); даты окончания госпитализации – поля DATE_2 и DATE_OUT записи, соответствующей выписной койке в движении (RSLT≠0, ISHOD≠0). Не допускается изменять персональные сведения (в файле об оказанной медицинской помощи («Н», «Т») элемент PACIENT и связанные с ним по ID_PAC сведения из файла персональных данных «L»);

- значение поля GUID1 корректирующей записи (PR_NOV=1) должно быть отлично от значения поля GUID1 корректируемой записи (PR_NOV=-1);

2 – запись, снятая с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее - объемов предоставления медицинской помощи), в предыдущем отчетном периоде, передается повторно.

В настоящее время допускается повторно подавать на оплату (при наличии соответствующего решения комиссии по разработке территориальной программы ОМС) записи, ранее снятые с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, удовлетворяющие критериям:

- год окончания оказания медицинской помощи, содержащей снятые с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи записи, равен году отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE_2 «итоговой» записи случая оказания медицинской помощи (RSLT≠0, ISHOD≠0) (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра).

SCHET.YEAR=YEAR(ZAP.SLUCH.DATE_2);

- допускается подавать на оплату только ранее снятые с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи записи (поле DELETED=3 в файле формата DBF);

- не допускается изменять сведения в файлах об оказанной медицинской помощи (файлы «Н», «Т», «D») и в файле персональных данных «L», кроме элементов OPLATA и SANK в файлах об оказанной медицинской помощи;

-2 - запись, содержащая сведения о ранее оплаченном случае оказания медицинской помощи, подаваемом на аннулирование (отмену) и удержание оплаченных средств.

В настоящее время допускается подавать для аннулирования (отмены) и удержания оплаченных средств (по согласованию с ТФОМС Челябинской области) записи, удовлетворяющие критериям:

- записи содержат сведения об оказанной медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Челябинской области, в файлах по поликлинике, стационару, скорой помощи (FILE_TYPE = «01», «02», «04»);

- записи содержат сведения об оказанной медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической или скорой медицинской помощи;

- аннулирование (отмена) и удержание оплаченных средств осуществляется полностью за весь случай оказания медицинской помощи (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра);

- год окончания оказания медицинской помощи, подлежащей аннулированию (отмене) и удержанию оплаченных средств, равен году отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE_2 «итоговой» записи случая оказания медицинской помощи (RSLT≠0, ISHOD≠0) (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра).

SCHET.YEAR=YEAR(ZAP.SLUCH.DATE_2);

- допускается подавать на аннулирование (отмену) и удержание оплаченных

средств только оплаченные ранее случаи оказания медицинской помощи (поле DELETED=0 в файле формата DBF) впервые поданные к оплате (PR_NOV=0);

- допускается подавать на аннулирование (отмену) и удержание оплаченных средств только нескорректированные ранее записи;
- не допускается изменять сведения в файлах об оказанной медицинской помощи (файлы «Н», «Т», «D») и в файле персональных данных «L».

3.2. Пункт 1.3.4.7 изложить в новой редакции

1.3.4.7 В поле NPR_MO в соответствии со справочником F003 указывается:

- в файлах персонифицированного учета по параклинике – код медицинской организации, направившей на обследование,
- в файлах персонифицированного учета по скорой помощи для вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EVAC=1}) - код медицинской организации, из которой поступил вызов выездной бригады «для проведения медицинской эвакуации (консультации)»,
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике для АПП - код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для консультации у врача-специалиста,
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару при оказании плановой (FOR_POM=3) медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (USL_OK=1) или дневных стационаров (USL_OK=2) всех типов – код медицинской организации, направившей на госпитализацию.

Значение параметра LPU_FROM, используемого при проверке корректности заполнения, можно получить из поля NPR_MO по алгоритму: если NPR_MO пусто или указанный код не определен в F003, то LPU_FROM=0; иначе, если указанный код МО относится к коду ТФОМС Челябинской области (NPR_MO начинается с «74»), то LPU_FROM=NPR_MO-740000, иначе, LPU_FROM = -1.

Для файлов по скорой медицинской помощи – медицинская организация, осуществляющая вызов выездной бригады для «проведения медицинской эвакуации (консультации)» должна относиться к территории обслуживания медицинской организации, на базе которой организована эта выездная бригада (соответствие LPU_FROM справочнику TARIF.DBF).

Для файлов персонифицированного учета застрахованных на территории Челябинской области по параклинике (с мая 2015 года) не допускается подавать на оплату исследования по направлениям из медицинской организации, которая их проводит (COD_LPU≠LPU_FROM).

Поле обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по параклинике; для консультаций специалистами КДЦ в поликлинике (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}) в файлах по поликлинике; для плановых госпитализаций круглосуточного и дневных стационаров всех типов в файлах по поликлинике и стационару. Для обращений в КДЦ в файлах персонифицированного учета по поликлинике: среди посещений в рамках обращения должно быть хотя бы одно

посещение к специалисту КДЦ, у которого значение поля NPR_MO равно значению поля NPR_MO записи обращения.

Консультативную помощь и диагностические медицинские услуги КДЦ может получать пациент, направленный из АПП медицинский организации - Фондодержателя, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи (ATTACH_VIS=LPU_FROM), кроме студентов очной формы обучения и в случае, когда направляющая МО является КДЦ. При этом, медицинская организация, на базе которой организован КДЦ, не может оказывать услуги КДЦ застрахованному населению, прикрепленному к ней для оказания первичной медико-санитарной помощи (ATTACH_VIS≠COD_LPU). Перечень МО, на базе которых организованы КДЦ, определяется по справочнику LPU_FROM.DBF (поле COD_LPU) при значении поля TYP=2.

На всех записях в движении пациента круглосуточного (USL_OK=1) или дневного (USL_OK=2) стационара при оказании плановой (FOR_POM=3) медицинской помощи поле NPR_MO заполняется одинаковым значением.

Не допускается направлять взрослое застрахованное население (возраст, достигаемый пациентом на год даты направления превышает 18 лет) на параклинические услуги из медицинской организации, оказывающей помощь только детскому застрахованному населению (AGE=1 в справочнике LPU.DBF).

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

3.3. Пункт 1.3.4.12 изложить в новой редакции

1.3.4.12 Поле PODR является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода отделения. В настоящее время заполняется только на записях круглосуточного стационара в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается при наличии сведений код отделения из регионального справочника (утв. приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 11.04.2018 №701). Соответствует аналогичному полю элемента USL.

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

3.4. Пункт 1.3.4.52.4 изложить в новой редакции

1.3.4.52.4 Поле PODR является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Служит для передачи кода отделения. В настоящее время заполняется только на записях круглосуточного стационара в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается при наличии сведений код отделения из регионального справочника (утв. приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 11.04.2018 №701).

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

3.5. 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 в поле VISIT_DATE указывается дата проведения обследования.

3.6. Пункт 1.3.4.52.19.24 изложить в новой редакции

1.3.4.52.19.24 Поле ATTACH_VIS в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области служит для указания:

- кода МО прикрепления на дату окончания профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (файлы по медицинским осмотрам);
- кода МО прикрепления на дату окончания профилактического медицинского осмотра взрослого населения (файлы по медицинским осмотрам);
- кода МО прикрепления на дату окончания диспансеризации взрослого населения (файлы по диспансеризации);
- кода МО прикрепления на дату направления на консультацию специалиста КДЦ (файлы по поликлинике, кроме диспансеризации и медицинских осмотров);
- кода МО прикрепления на дату направления на параклиническое обследование в КДЦ (файлы по параклинике).

Заполняется в соответствии с региональным справочником LPU.DBF.

3.7. Пункт 1.3.4.53.2 изложить в новой редакции

1.3.4.53.2 В поле NPR_MO указывается в соответствии с региональным справочником LPU.DBF код медицинской организации из федерального

справочника F003, направившей на второй этап диспансеризации.

Код МО из F003 по коду МО из LPU.DBF: $MCOD_{F003} = 740000 + NPR_{LPD.DBF}$

Заполняется на итоговых записях по случаю второго этапа (DISP_LEVEL=2) диспансеризации взрослого населения (DISP_TYP=1) и инвалидов войн (DISP_TYP=8).

3.8. Пункт 1.3.4.53.19 изложить в новой редакции

1.3.4.53.19 Поле PR_D_N заполняется в файлах по поликлинике, кроме случаев диспансеризации и медицинских осмотров. Для файлов по диспансеризации и медицинских осмотров заполняется непосредственно в элементе SLUCH. Служит для указания признака диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – состоит, 2 – взят, 4 – снят по причине выздоровления, 6 – снят по другим причинам.

Допустимо указывать на записях по посещениям, по обращениям и посещениям в рамках обращений с лечебно-диагностической целью (PURPOSE=«Л» для PLACE=1,2 или код основного диагноза не начинается с «Z» для PLACE=7), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}).

Следует учесть, что признак PR_D_N не заполняется:

- для специалистов КДЦ (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}),
- для посещений в «приемных отделениях» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {PRIEMP=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) и на записях по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1), оказанным в рамках этого случая.

3.9. Добавить пункты 1.3.4.53.20 и 1.3.4.53.21 после пункта 1.3.4.53.19

1.3.4.53.20 Поле NPR_DATE заполняется при указании кода направившей МО:

- в основном файле по оказанной медицинской помощи (файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам) и файле по оказанной ВМП при заполнении поля NPR_MO – код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию,
- в файле со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам при заполнении поля NPR_MO – код МО, направившей на 2 этап диспансеризации.

Служит для указания даты направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию):

- в файлах персонифицированного учета по параклинике – указывается дата направления на обследование,

- в файлах персонифицированного учета по скорой помощи для вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EVAC=1}) – указывается дата вызова выездной бригады «для проведения медицинской эвакуации (консультации)» (совпадает со значением поля DATE_1),
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике для АПП – указывается дата направления пациента в КДЦ для консультации у врача-специалиста,
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару при оказании плановой (FOR_POM=3) медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (USL_OK=1) или дневных стационаров (USL_OK=2) всех типов – указывается дата направления на госпитализацию,
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике на итоговых записях по случаю второго этапа (DISP_LEVEL=2) диспансеризации взрослого населения (DISP_TYP = 1) и инвалидов войн (DISP_TYP=8) – указывается дата направления на второй этап диспансеризации.

1.3.4.53.21 В поле LPU_REF указывается в соответствии с региональным справочником LPU.DBF:

- в файле со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам – код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра / исследования в рамках случаев диспансеризации или медицинских осмотров. Если медицинская организация находится на территории Челябинской области, но отсутствует в справочнике, то в поле LPU_REF следует указывать значение «-2»;
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару для КСГ «лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях», для которых требуется указывать сведения о первичном планировании консилиумом врачей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 21.01.2016 №68 с изменениями (приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.01.2018 №103) (в KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {ONCO_DRUG=1}) в круглосуточном и дневных стационарах всех типов – код медицинской организации, которая осуществила первичное планирование консилиумом врачей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 21.01.2016 №68 с изменениями (приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.01.2018 №103). Осуществлять первичное планирование консилиумом врачей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 21.01.2016 №68 с изменениями (приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.01.2018 №103) могут только МО из списка, определенного по справочнику LPUFROM.DBF (поле COD_LPU) при значении поля TYP=3.

4. В Приложении 5:

4.1. Слова «LPU_FROM» заменить на «LPU_REF».

5. В Приложении 6:

5.1. Слова «LPU_FROM» заменить на «LPU_REF».

6. В Приложении 7:

6.1. Пункт 2.5 изложить в новой редакции

2.5. В файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, начиная с октября 2017 года, допустимые результаты определяются по справочнику RsltVld.dbf.

Поиск по справочнику RsltVld.dbf разрешенных в периоде результатов для посещений/обращений в АПП ведется по следующему алгоритму:

Шаг 1. Применяется фильтр по полю ТУР – тип записи посещения/обращения:

- 1 – посещение с профилактической целью,
- 2 – посещение в неотложной форме,
- 3 – разовое посещение по заболеванию,
- 4 – обращение в связи с заболеванием.

Шаг 2. Применяется фильтр по периоду действия – поля DATE_BEG, DATE_END.

Шаг 3. Для всех оставшихся записей последовательно в порядке возрастания n ($n=1,2,...,N$, где N – максимальное количество уровней условий фильтров в справочнике RsltVld.dbf) применяется фильтр по полям условий фильтров COND n по алгоритму:

Шаг 3.1. Если поле COND n пусто, то поиск завершен, искомая строка найдена – допустимые результаты перечислены в поле RSLT. Иначе, в поле COND n задано условие фильтра в формате «Имя_критерия=Значение_критерия» или «Имя_критерия=Перечень_значений_критерия», переходим к Шагу 3.2. Отдельно обращаем внимание на то, что после применения всех фильтров на предыдущих шагах в поле COND n остается только одно «Имя_критерия».

Шаг 3.2. К существующему фильтру добавляется фильтр по полю COND n вида

а) «Имя_критерия=Вычисленное_Значение_критерия»
или

б) «Имя_критерия=Перечень_значений_критерия», для которого «Вычисленное_Значение_критерия» содержится в «Перечень_значений_критерия».

При этом «Вычисленное_Значение_критерия» берется на основании данных файла персонифицированного учета в соответствии со смыслом указанного «Имя_критерия» (указано в описании структуры справочника RsltVld.dbf в Приложении 2 настоящих Правил).

Если записей не остается после применения фильтра по полю COND_n, то фильтр по полю COND_n заменяется на «Имя_критерия=».

Переходим к Шагу 3.3.

Шаг 3.3. Если $n < N$ (т.е. есть поле со следующим COND_n), то устанавливаем $n = n + 1$ и переходим к Шагу 3.1. Иначе, поиск завершен, искомая строка найдена – допустимые результаты перечислены в поле RSLT.

6.2. 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»», 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 запись 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=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
PURPOSE	Л (поликлиника) У (стоматология)	Л (поликлиника) У (стоматология)	
COD_SPEC	Специальность врача обращения	Специальность врача посещения	
IDDOCT	Код врача обращения	Код врача посещения	

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
KVAL	Квалификация врача обращения	Квалификация врача посещения	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_SPECOбращения, PLACE=PLACEобращения, PURPOSE= PURPOSEобращения, IDDOCT=IDDOCTобращения, KVAL=KVALобращения, NPR_MO=NPR_MOобращения, NPR_DATE= NPR_DATEобращения.
NPR_MO	Код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для обращения в целом	Код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для посещения у врача-специалиста	
NPR_DATE	Дата направления в КДЦ для обращения в целом	Дата направления для посещения у врача-специалиста КДЦ	
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 и при этом DS1_PR=DS1_PRобращения, PR_D_N= PR_D_Nобращения.
DS1_PR	Признак «установлен впервые» для основного диагноза обращения в целом	Признак «установлен впервые» для посещения	
PR_D_N	Признак «диспансерного наблюдения» для обращения в целом	Признак «диспансерного наблюдения» для посещения	
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	Признак {sg=1} – консультацию специалиста при обращении в КДЦ получил студент очной формы обучения (КДЦ)	- Признак {sg=1} – консультацию специалиста КДЦ получил студент очной формы обучения (КДЦ) или - Перечень номенклатур	При указании признака {sg=1} заполняется одинаковыми значениями на всех записях (по обращению и посещениям в рамках данного обращения)
MEDUS_ID1	Не заполняется		

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
MEDUS_ID2	Не заполняется	медицинских услуг по посещению (стоматология)	
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	
TARI_T	Не заполняется	По правилам оплаты (Tar_Typ.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TARI_V	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TARI_D	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TARI_S	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
GUID1	Уникальный ID записи	Уникальный ID записи	

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
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.
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
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