

ПРИКАЗ

«16» 05 2018г.

№ 964/358

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.

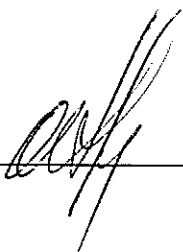
3. Начальнику управления информационных технологий территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Аверьянову А.В. довести до сведения руководителей МО и СМО о внесении изменений в Правила, утвержденные настоящим приказом.

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

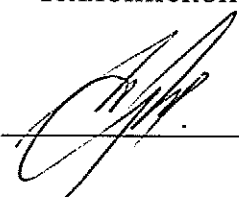
5. Настоящий приказ вступает в силу с даты его подписания и распространяет свое действие, начиная с предоставления отчета за медицинские услуги, оказанные с 1 мая 2018 года.

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 16.05.18 № 967 / 358

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 NAZ_SP, NAZ_V, PR_D_N, кодируемых в элементе SLUCH в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам (Таблица 3):

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Сведения о случае</i>					
SLUCH
	NAZ_SP	УМ	N(4)	Специальность врача	Заполняется, если в поле NAZR проставлены коды 1 или 2. Классификатор V021.
	NAZ_V	УМ	N(1)	Вид обследования	Заполняется, если в поле NAZR проставлен код 3. 1 – лабораторная диагностика 2 – инструментальная диагностика 3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих 4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	PR_D_N	У	N(1)	Признак диспансерного наблюдения	1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению. При установленном признаке отказа (P_ОТК=1) и для исследований не заполняется или указывается значение «0».

2. В Приложении 2:

2.1. 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 осмотра) : DISP_TYP=1 - диспансеризация определенных групп взрослого населения, DISP_TYP=2 - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, DISP_TYP=3 - профилактические медицинские осмотры взрослого населения, DISP_TYP=4 - профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, DISP_TYP=5 - предварительные медицинские осмотры

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p>несовершеннолетних, DISP_TYP=6 - периодические медицинские осмотры несовершеннолетних, 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, 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) : DISP_LEVEL=1 – I этап, DISP_LEVEL=2 – II этап (I+II этап); 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</p>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p>– 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: 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);</p>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				1 – I этап, 2 – I-II этап, 3 – I-III этап, 4 – I-IV этап, 5 – неполный цикл ЭКО (размораживание криоконсервированных эмбрионов + IV этап); EKO_CRYO – криоконсервация эмбрионов при ЭКО; EKO_CRYO=0 – не проводилась, EKO_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; 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.
PRVS4	N	3	0	В соответствии со справочником V021.
IDK_PR	N	3	0	В соответствии со справочником V020.

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

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
RSRCH_ID	C	15		Код обследования
NAME	C	250		Наименование обследования
OTDEL_ID	N	2	0	Код отделения диагностики(цель, из purpose.dbf)
UE	N	10	2	Кол-во УЕТ для данного обследования
PRVS	C	9		Код специальности врача (приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97)
COMPLEXITY	N	1	0	Категория сложности (КТ,МРТ) 1-4
PRMP	N	2	0	Код медицинской помощи (приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97)
AGE	N	2	0	Максимальный возраст пациента, к которому применяется детский тариф
VIDMP	N	1	0	Вид медицинской помощи. В соответствии со справочником V008.
NAMESHORT	C	30		Короткое наименование
PRMP2	N	3	0	Код медицинской помощи. В соответствии со справочником V002.
PRVS2	N	9	0	Код специальности врача. В соответствии со справочником V004.
PROFIL	N	4	0	Код профиля (служебное поле для внутреннего использования в ТФОМС)
PRVS3	N	4	0	В соответствии со справочником V015.
PRVS4	N	3	0	В соответствии со справочником V021.

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

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
UF_ID	N	7	0	Код сочетания
USL_ID	N	6	0	Код медицинской услуги (usl_union.dbf)
FIN_ID	N	2	0	Финансовый поток: 1-tarif – основной тариф 2-tarif_ff – федеральный тариф по программе модернизации (с 01.01.2013 года не используется) 3-tarif_tf – территориальный тариф по программе модернизации (с 01.01.2013 года не используется) 4-tarif_sngl – тариф по одноканальному финансированию (с 01.01.2014 года не используется) 5-tarif_care – тариф по уходу (с 01.01.2014 года не используется) 6-tarif_dop – дополнительный тариф 7-tarif_b – дополнительный тариф за счет межбюджетного трансферта из бюджета Челябинской области 8-tar1_v – дополнительный тариф №1 (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=1) 9-tar2_v – дополнительный тариф №2 (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=2)
DB	D	8	0	Дата начала действия

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
DE	D	8	0	Дата окончания действия
UPD	N	4	0	Номер обновления

3. В Приложении 4:

3.1. 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 действующей на дату окончания проведения обследования 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 действующей на дату направления 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 действующей на дату направления медицинской организации, направившей на госпитализацию.

Значение параметра «Код направившей МО по LPU.DBF», 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 «Код направившей МО по LPU.DBF»=0; иначе, если указанный код МО относится к коду ТФОМС Челябинской области (NPR_MO начинается с «74»), то «Код направившей МО по LPU.DBF»=NPR_MO-740000, иначе, «Код направившей МО по LPU.DBF»=-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 «Код направившей МО по LPU.DBF» справочнику TARIF.DBF по полю LPU_FROM).

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 (LPU≠NPR_MO).

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.

Для файлов персонифицированного учета застрахованных на территории Челябинской области консультативную помощь и диагностические медицинские услуги КДЦ может получать пациент, направленный из АПП медицинской организации - Фондодержателя, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи (ATTACH_VIS=«Код направившей МО по LPU.DBF»). Для студентов очной формы обучения и в случае, когда направляющая МО является КДЦ, застрахованный может быть не прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи к направившей МО. 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 «Код направившей МО по LPU.DBF»).

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

3.2. 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). При этом код отделения на записях услуг диализа должен быть равен коду отделения, указанному на койке, на которой они применены (ссылка по полю GUID2).

Соответствует аналогичному полю элемента USL.

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

3.3. 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, действующий на дату окончания оказания медицинской помощи, 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 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 МКБ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных 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 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 SPECМКБ.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).

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, кроме диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно, код диагноза должен соответствовать цели посещения (обращения): по заболеванию – код начинается не на «Z», с профилактической целью – код начинается на «Z».

3.4. Пункт 1.3.4.34 изложить в новой редакции

1.3.4.34 В поле NAZ_SP для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам указываются в соответствии с классификатором V021 коды врачебных специальностей, консультации которых были назначены в результате проведенной диспансеризации/медицинского осмотра. Заполняется, если в поле NAZR проставлены коды 1 или 2. Для каждого кода врачебной специальности формируется отдельный элемент.

Заполняется только на тарифицируемой/итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра.

Для основного файла по оказанной медицинской помощи, а также для файла по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

3.5. Пункт 1.3.4.35 изложить в новой редакции

1.3.4.35 В поле NAZ_V для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам указываются виды обследований, которые были назначены в результате

проведенной диспансеризации/медицинского осмотра.

Виды обследований:

- 1 – лабораторная диагностика,
- 2 – инструментальная диагностика,
- 3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих,
- 4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография).

Заполняется, если в поле NAZR проставлен код 3. Для каждого вида обследования формируется отдельный элемент.

Заполняется только на тарифицируемой/итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра.

Для основного файла по оказанной медицинской помощи, а также для файла по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

3.6. Пункт 1.3.4.38 изложить в новой редакции

1.3.4.38 Поле PR_D_N является условно-обязательным для заполнения в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Служит для указания признака диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания (в отношении диагноза DS1): 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению.

Допустимо указывать на записях, отражающих выполненные (P_OTK=0) осмотры специалистами (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DETAIL=1}), и на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра. При установленном признаке отказа (P_OTK=1) и для исследований не заполняется или указывается значение «0».

Для основного файла по оказанной медицинской помощи, а также для файла по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

3.7. 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). При этом код отделения на записях услуг диализа должен быть равен коду отделения, указанному на койке, на которой они применены (ссылка по полю GUID2).

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

3.8. 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, действующий на дату окончания оказания медицинской помощи, 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 SPECМКВ.DBF.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, кроме диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно, код диагноза должен соответствовать цели посещения (обращения): по заболеванию – код начинается не на «Z», с профилактической целью – код начинается на «Z».

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

3.9. Пункт 1.3.4.53.9 изложить в новой редакции

1.3.4.53.9 В поле LPU_TO указывается в соответствии с региональным справочником LPU.DBF:

1) код медицинской организации, в которую переведен пациент, на записи, соответствующей выписной койке (RSLT≠0, ISHOD≠0) в движении круглосуточного стационара или дневного стационара любого типа (PURPOSE = «К» - круглосуточный, «Д» - дневной, «Н» - на дому) с результатом «Переведен в другое ЛПУ» (RSLT=102, 202).

При этом:

- если медицинская организация, в которую переведен пациент, находится вне Челябинской области, то в поле LPU_TO следует указывать значение «-1»;

- если медицинская организация, в которую переведен пациент, находится на территории Челябинской области, но отсутствует в справочнике или является недействующей на момент окончания оказания медицинской помощи, то в поле LPU_TO следует указывать значение «-2».

Код медицинской организации, в которую переведен пациент, должен быть отличен от кода медицинской организации лечения (COD_LPU≠LPU_TO).

2) код медицинской организации, в которую доставлен пациент, на записи вызова скорой помощи с результатом выезда 402 «Доставлен в травмпункт», 403 «Доставлен в больницу».

При этом:

- для вызовов выездных бригад «при проведении медицинской эвакуации (консультации)» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EVAC=1}) код медицинской организации, в которую доставили пациента, должен соответствовать справочнику TARIF.DBF (по полю LPU_TO);

- если медицинская организация, в которую доставили пациента, находится вне Челябинской области, то в поле LPU_TO следует указывать значение «-1»;

- если медицинская организация, в которую доставили пациента, находится на территории Челябинской области, но отсутствует в справочнике или является недействующей на момент окончания оказания медицинской помощи, то в поле LPU_TO следует указывать значение «-2».

3.10. Пункт 1.3.4.53.21 изложить в новой редакции

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 или является недействующей на дату проведения осмотра/исследования, 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. В таблицах, указанных в пунктах 7 Разделов 1-3, описание заполнения полей NAZ_SP и NAZ_V изложить в новой редакции

Поле	Пояснения
...	...
NAZ_SP	<p>Специальность врача.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V021, если в NAZR проставлены коды 1 или 2.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Дубли значений не допускаются.</p>
NAZ_V	<p>Вид обследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 – лабораторная диагностика, 2 – инструментальная диагностика, 3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих, 4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография). <p>Заполняется, если в NAZR проставлен код 3.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X»,

Поле	Пояснения
	- в файле формата XML формируется несколько элементов. Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.
...	...

4.2. В таблицах, указанных в подпунктах 8.1–8.4 и 8.6 Раздела 1, описание заполнения поля PR_D_N изложить в новой редакции

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной/итоговой записи по случаю диспансеризации
...
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению. При установленном признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению.
...

4.3. В таблицах, указанных в подпунктах 8.1 и 8.3 Раздела 2, описание заполнения поля PR_D_N изложить в новой редакции

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной/итоговой записи по случаю диспансеризации
...
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению.	Признак диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению.
...

4.4. В таблицах, указанных в подпунктах 8.1 – 8.3 и 8.5 Раздела 3, описание заполнения поля PR_D_N изложить в новой редакции

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной/итоговой записи по случаю диспансеризации
...
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению. При установленном признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению.
...

5. В Приложении 6:

5.1. В таблице, указанной в пункте 8 Раздела 1, описание заполнения полей NAZ_SP и NAZ_V изложить в новой редакции

Поле	Пояснения
...	...
NAZ_SP	<p>Специальность врача.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V021, если в NAZR проставлены коды 1 или 2.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Дубли значений не допускаются.</p>
NAZ_V	<p>Вид обследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 – лабораторная диагностика, 2 – инструментальная диагностика, 3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих, 4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография). <p>Заполняется, если в NAZR проставлен код 3.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.</p>
...	...

5.2. В таблице, указанной в пункте 7 Раздела 2, описание заполнения полей NAZ_SP и NAZ_V изложить в новой редакции

Поле	Пояснения
...	...
NAZ_SP	<p>Специальность врача.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V021, если в NAZR проставлены коды 1 или 2.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Дубли значений не допускаются.</p>
NAZ_V	<p>Вид обследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 – лабораторная диагностика, 2 – инструментальная диагностика, 3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих, 4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография). <p>Заполняется, если в NAZR проставлен код 3.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.</p>
...	...

5.3. В таблице, указанной в подпункте 8.1 Раздела 2, описание заполнения поля PR_D_N изложить в новой редакции

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
...
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению.
...

5.4. В таблице, указанной в подпункте 8.2 Раздела 2, описание заполнения поля PR_D_N изложить в новой редакции

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
...
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению. При установленном признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения по поводу основного заболевания: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению.
...