

## ПРИКАЗ

«03» 04 \_\_\_\_\_ 2017г.

№ 600/238

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 марта 2017 года, за исключением:

а) пунктов 4.1, 4.3 изменений, которые распространяют свое действие на правоотношения, возникшие с 1 февраля 2017 года;

б) пунктов 1.1, 2.5, 3.6, 3.7 изменений, которые распространяют свое действие на правоотношения, возникшие с 1 апреля 2017 года.

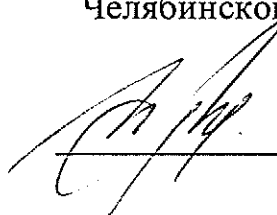
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за нами.

Министр здравоохранения  
Челябинской области



С.Л. Кремлев

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 03.04.17 № 600 / 238

### Изменения

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

#### 1. В Приложении 1:

1.1. Добавить описание полей SP\_TRAG, SP\_DT1, SP\_DT2, SP\_DT3, SP\_DT4, кодируемых в элементе COMENTU, для файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи) (Таблица 1.2):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...	...	...	...	...	...
SP_TRAG	N	2	0	Sp_Trag.dbf	Причина несчастного случая (для вызова скорой помощи).
SP_DT1	C	16			Дата и время передачи вызова бригаде скорой помощи В формате YYYY-MM-DDTHH <sub>24</sub> :mm
SP_DT2	C	16			Дата и время выезда на вызов бригады скорой помощи В формате YYYY-MM-DDTHH <sub>24</sub> :mm
SP_DT3	C	16			Дата и время прибытия на место вызова бригады скорой помощи В формате YYYY-MM-DDTHH <sub>24</sub> :mm
SP_DT4	C	16			Дата и время начала транспортировки больного бригадой скорой помощи В формате YYYY-MM-DDTHH <sub>24</sub> :mm

#### 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

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
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 для муниципального заказа
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		<p>Дополнительные параметры:</p> <p>DISP_TYP – тип диспансеризации (медицинского осмотра) :</p> <p>DISP_TYP=1 - диспансеризация определенных групп взрослого населения,</p> <p>DISP_TYP=2 - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,</p> <p>DISP_TYP=3 - профилактические медицинские осмотры взрослого населения,</p> <p>DISP_TYP=4 - профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних,</p> <p>DISP_TYP=5 - предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних,</p> <p>DISP_TYP=6 - периодические медицинские осмотры несовершеннолетних,</p> <p>DISP_TYP=7 - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью,</p> <p>DISP_TYP=8 –</p> <p>а) до августа 2015 года диспансеризация категории граждан «участники ВОВ»: инвалидов и участников Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступивших в повторный брак, и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда", бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий),</p> <p>б) с августа 2015 года диспансеризация категории граждан «инвалиды войн»: инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны,</p>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p>ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);</p> <p>DISP_LEVEL – уровень диспансеризации (медицинского осмотра) :</p> <p>DISP_LEVEL=1 – I этап,</p> <p>DISP_LEVEL=2 – II этап (I+II этап);</p> <p>AGE - возрастной период (в годах, месяцах в формате: Y.MM, где Y-количество лет, MM-количество месяцев при необходимости);</p> <p>SCHOOL – тип образовательного учреждения для предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних: 1 – ДОУ; 2 – ООУ; 3 – ОУПО;</p> <p>STOM_PROF: 1 – врач стоматологического профиля; 2 – врач-ортодонт;</p> <p>REANIM – тариф для оплаты реанимационной койки;</p> <p>NOVOR - тариф для оплаты койки «Для новорожденных»;</p> <p>A16 – признак наличия операции для применения тарифа (профиля):</p> <p>A16 =0 – обязательное отсутствие,</p> <p>A16 =1 – обязательное наличие;</p> <p>CZ – тарифы для Центров здоровья;</p> <p>KPG=0 – признак того, что в файле персонифицированного учета в записи с данным кодом тарифа не нужно указывать КПП/КСГ;</p> <p>WEIGHT=500-1499 – вес новорожденного с ЭНМТ и ОНМТ;</p> <p>FAP – фельдшер ФАП;</p> <p>KDC – тарифы для оплаты консультаций врачей-специалистов КДЦ;</p> <p>MINVOP - тарифы для оплаты малоинвазивных операций;</p> <p>PATHOLOGY – признак патологии:</p> <p>PATHOLOGY=1 – новорожденных,</p> <p>PATHOLOGY=2 – беременности;</p> <p>TERAP – признак терапевтической специальности или общепрофильной бригады скорой медицинской помощи;</p> <p>KVAL – ограничение на квалификацию специалиста/бригады скорой помощи (В-врач/врачебная, Ф-фельдшер/фельдшерская);</p> <p>NEOTLOG – признак неотложной помощи (для</p>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p>поликлиники, стоматологии);</p> <p>OVER_BASE – признак тарифа «сверх базовой программы ОМС»:</p> <p>1 – по профилю «Инфекционные (ВИЧ)»,</p> <p>2 – по профилю «Медицинская реабилитация соматическая»;</p> <p>HIV=1 – признак «ВИЧ»;</p> <p>SPEC_TAR – индивидуальный тариф для МО, применение которого описано в Тарифном соглашении;</p> <p>BEREM – тариф для оплаты коек:</p> <p>BEREM=1 – «Для беременных и рожениц»; BEREM=2 – «Для беременных и рожениц с новорожденным(и)»;</p> <p>REABIL – признак «Реабилитационной койки/специальности»;</p> <p>EKO – признак «ЭКО»;</p> <p>EKO_STEP – проведенные этапы процедуры ЭКО:</p> <p>1 – I этап,</p> <p>2 – I-II этап,</p> <p>3 – I-III этап,</p> <p>4 – I-IV этап;</p> <p>ONCO – тариф для оплаты коек/ специальностей:</p> <p>ONCO = 1 – «Онкологические»,</p> <p>ONCO = 2 – «Радиологические»,</p> <p>ONCO = 3 – «Химиотерапевтические»;</p> <p>DIAL – профиль/услуга диализа:</p> <p>DIAL=1 – «Гемодиализ»,</p> <p>DIAL=2 – «Перитонеальный диализ»;</p> <p>VB – признак «выездной бригады»;</p> <p>UZI=1 – «с проведением пренатальной диагностики»;</p> <p>DETAIL – признак осмотра/исследования по диспансеризации, услуги диализа:</p> <p>DETAIL=1 – осмотр специалистом в рамках диспансеризации,</p> <p>DETAIL=2 – исследование в рамках диспансеризации,</p> <p>DETAIL=3 – услуга диализа;</p> <p>VOICE – признак «замена речевого процессора»;</p> <p>TLT=1 – «с проведением тромболитической терапии (ТЛТ)» ;</p> <p>MEDUS – перечень разрешенных кодов номенклатур медицинских услуг;</p> <p>EVAC=1 – «проведение медицинской эвакуации (консультации)» выездной бригадой;</p> <p>DAY – возрастной период (в днях);</p> <p>SP_SPEC – перечень допустимых профилей бригады;</p> <p>TRAUMP=1 – признак «травмпункта»;</p> <p>PRIEMP=1 – признак «приемного отделения»;</p> <p>VOP=1 – признак «врач общей практики».</p>
PRVS3	N	4	0	В соответствии со справочником V015.

## 2.2. Изложить в новой редакции описание структуры справочника sp\_spec.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	2	0	Код
NAME	C	60		Наименование
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: KVAL – ограничение на квалификацию бригады скорой помощи (В- врачебная, Ф- фельдшерская); TERAP – признак «терапевтической» бригады скорой медицинской помощи; EVAC=1 – выездная бригада «при проведении медицинской эвакуации (консультации)».

### 2.3. Изложить в новой редакции описание структуры справочника koef.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	4	0	Ключ
TYP	N	2	0	Тип коэффициента: 1 – коэффициент уровня/подуровня 2 – коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) 3 – коэффициент территориальной дифференциации
TYP2	N	2	0	Подтип коэффициента: 1 – КСЛП в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом; 2 – КСЛП в связи с необходимостью предоставления спального места и питания законному представителю («по уходу»); 3 – КСЛП при оказании стационарной медицинской помощи ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн» пациентам: старше 75 лет; с тяжелой сопутствующей патологией; с осложнениями заболевания/наличием сопутствующих заболеваний; при необходимости развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям; 4 – КСЛП по КСГ «Замена речевого процессора» в связи с более высоким уровнем затрат на расходные материалы; 5 – КСЛП по КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» в связи с применением дорогостоящих современных эффективных медицинских технологий; 6 – КСЛП при наличии у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента; 7 – КСЛП при проведении сочетанных хирургических вмешательств; 8 – КСЛП при проведении однотипных операций на парных органах; 0 – при отсутствии подтипов коэффициента.
USL_OK	N	1	0	Код условий оказания медпомощи. В соответствии со справочником V006.DBF
COD_LPU	N	4	0	Код медицинской организации. В соответствии со справочником LPU.DBF 0 – для всех
LVL	C	3		Уровень (подуровень) оказания медпомощи. При наличии подуровень указывается через «.» после уровня. Пусто – для всех
KOEF	N	8	5	Значение коэффициента (для коэффициента уровня/подуровня $KOEF = KOEF1 * KOEF2$ , округленное до 5 знаков)
KOEF1	N	8	5	Значение коэффициента уровня
KOEF2	N	8	5	Значение коэффициента подуровня
DATEBEG	D	8	0	Дата начала действия
DATEEND	D	8	0	Дата окончания действия
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: AGE – возрастной период; KSG – перечень кодов КСГ, к которым применяется;

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				CARE=1 – обязательное наличие коек по уходу; -KPG – перечень КПП, к которым не применяется; -KSG – перечень КСГ, к которым не применяется; MAX_CNT – максимальная кратность применения.
COMMENT	C	250		Описание

## 2.4. Добавить описание структуры справочника KoefCnd.dbf

Структура справочника **KoefCnd.dbf** (Справочник дополнительных условий применения коэффициентов)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ТУР	N	2	0	Тип коэффициента: 1 – коэффициент уровня/подуровня 2 – коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) 3 – коэффициент территориальной дифференциации
ТУР2	N	2	0	Подтип коэффициента: 1 – КСЛП в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом; 2 – КСЛП в связи с необходимостью предоставления спального места и питания законному представителю («по уходу»); 3 – КСЛП при оказании стационарной медицинской помощи ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн» пациентам: старше 75 лет; с тяжелой сопутствующей патологией; с осложнениями заболевания/наличием сопутствующих заболеваний; при необходимости развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям; 4 – КСЛП по КСГ «Замена речевого процессора» в связи с более высоким уровнем затрат на расходные материалы; 5 – КСЛП по КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» в связи с применением дорогостоящих современных эффективных медицинских технологий; 6 – КСЛП при наличии у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента; 7 – КСЛП при проведении сочетанных хирургических вмешательств; 8 – КСЛП при проведении однотипных операций на парных органах; 0 – отсутствие подтипов / не влияет на выбор.
FLD_NAME	C	10		Наименование критерия: COD_MKB1 – Диагноз сопутствующего заболевания. При указанной рубрике кода МКБ-10 распространяется, в том числе, и на все его подрубрики; COD_MKB2 – Диагноз осложнения заболевания. При указанной рубрике кода МКБ-10 распространяется, в том числе, и на все его подрубрики; MEDUS_ID – Перечень номенклатуры выполненных медицинских услуг.
FLD_VAL	C	254		Значение критерия
N_COMB	N	4	0	Уникальный номер сочетания 0 – не влияет на выбор.
CNT	N	2	0	Кратность 0 – не влияет на выбор.
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия



## 2.5. Добавить описание структуры справочника Sp\_Trag.dbf

Структура справочника **Sp\_Trag.dbf** (Справочник причин несчастного случая для вызова скорой помощи)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	2	0	Код
NAME	C	50		Наименование

### 3. В Приложении 4:

#### 3.1. Пункт 1.3.4.3 изложить в новой редакции:

1.3.4.3 Поле VIDPOM обязательно для заполнения в соответствии со справочником V008:

- 1 – первичная медико-санитарная помощь;
- 11 – первичная доврачебная медико-санитарная помощь;
- 12 – первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- 13 – первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- 2 – скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;
- 21 – скорая специализированная медицинская помощь;
- 22 – санитарно-авиационная медицинская помощь;
- 3 – специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 31 – специализированная медицинская помощь;
- 32 – высокотехнологичная специализированная медицинская помощь;
- 4 – паллиативная медицинская помощь.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам, следует указывать коды видов медицинской помощи:

11 – если амбулаторно-поликлиническая или стоматологическая помощь оказана специалистом не врачебной квалификации (KVAL=Ф в файле персонифицированного учета);

12 – если амбулаторно-поликлиническая помощь оказана врачом (KVAL=B в файле персонифицированного учета) по терапевтической специальности (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TERAP=1});

13 – если оказана амбулаторно-поликлиническая помощь врачом (KVAL=B в файле персонифицированного учета) по узкой специальности, или стоматологическая помощь (KVAL=B в файле персонифицированного учета), или помощь в условиях дневного стационара при поликлинике (кроме экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) – для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {EKO=1}), или на записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа в рамках данного случая (поликлиника);

31 – если оказана медицинская помощь с применением ЭКО в условиях дневного стационара при поликлинике (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {EKO=1}).

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам следует указывать коды видов медицинской помощи:

0 – для записей, отражающих исследования;

11 – для записей, отражающих осмотры фельдшеров (KVAL=Ф в файле персонифицированного учета) на должности врача;

12 – для тарифицируемой/итоговой записи по диспансеризации или по медицинским осмотрам; для записей, отражающих осмотры врачами терапевтических специальностей (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {TERAP=1});

13 – для записей, отражающих осмотры врачами (KVAL=В в файле персонифицированного учета) узких специальностей.

В файлах персонифицированного учета по стационару, кроме ВМП, следует указывать значение 31.

В файлах по оказанной ВМП необходимо использовать только значение 32.

В файлах персонифицированного учета по параклинике следует указывать коды видов медицинской помощи:

13 – если основная медицинская помощь оказана в амбулаторно-поликлинических условиях (MED\_KIND=0 в файле персонифицированного учета) или условиях стационара при поликлинике (MED\_KIND=3 в файле персонифицированного учета);

31 – если основная медицинская помощь оказана в условиях круглосуточного стационара (MED\_KIND=1 в файле персонифицированного учета) или условиях дневного стационара при круглосуточном (MED\_KIND=2 в файле персонифицированного учета).

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи следует указывать значения:

2 – если помощь оказана «терапевтической» бригадой (для кода профиля бригады (поле SP\_SPEC) в справочнике SP\_SPEC.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TERAP=1});

21 – если помощь оказана специализированной бригадой (для кода профиля бригады SP\_SPEC в справочнике SP\_SPEC.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует элемент {TERAP=1}).

### 3.2. Пункт 1.3.4.40.11 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.11 Поле CODE\_USL обязательно для заполнения. Указывается код услуги UF\_ID из территориального классификатора услуг по финансовым потокам USL\_FIN.DBF. UF\_ID определяется в соответствии с кодом финансового потока FIN\_ID и кодом услуги USL\_ID из территориального классификатора услуг USL\_UNION.DBF.

В настоящее время в финансировании медицинской помощи по ОМС действуют финансовые потоки (FIN\_ID):

1 – финансирование по основному тарифу (TARIF, справочники TARIF.DBF, PTARIF.DBF, KSG\_BS.DBF, HMP\_TAR.DBF).

6 – финансирование по дополнительному тарифу (TARIF\_DOP, справочник DTARIF.DBF);

8 – финансирование по дополнительному тарифу №1 (TAR1\_V, справочник TAREX.DBF).

Код услуги USL\_ID в территориальном классификаторе услуг USL\_UNION.DBF, в свою очередь, определяется в соответствии:

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

В файлах персонифицированного учета PLACE может принимать следующие значения:

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

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

- по параклинике: 10;

- по скорой помощи: 20.

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

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

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

При этом должно быть соответствие полу пациента (поле SEX в SPECIAL.DBF). Медицинская помощь не может быть оказана детским специалистом (на детской койке) (поле TYPED=1 в SPECIAL.DBF) пациенту, возраст которого в год окончания лечения превышает 18 лет. Исключения составляют записи по обращению и по посещениям в рамках обращений (поликлиника, стоматология). Для записей по посещениям в рамках обращений: медицинская помощь не может быть оказана детским специалистом (поле TYPED=1 в SPECIAL.DBF) пациенту, возраст которого в год посещения (поле VISIT\_DATE) превышает 18 лет. Для записей по обращению: медицинская помощь не может быть оказана детским специалистом (поле TYPED=1 в SPECIAL.DBF) пациенту, возраст которого в год начала обращения превышает 18 лет.

Возраст пациента должен соответствовать значениям элемента AGE поля PARAM\_EX в справочнике SPECIAL.DBF для случаев диспансеризации и медицинских осмотров (условия для определения возраста пациента прописаны в порядках обработки файлов персонифицированного учета

медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения).

При оказании медицинской помощи специалистами КДЦ (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {KDC=1}) возраст пациента должен соответствовать значениям элемента AGE поля PARAM\_EX в справочнике SPECIAL.DBF. При этом:

- для записей по обращениям (поле OBR\_VIS=1) и по посещениям в рамках обращений (поле OBR\_VIS=2) к специалистам КДЦ возраст определяется на дату начала обращения;

- для записей по посещениям к специалистам КДЦ вне обращений (поле OBR\_VIS=0) возраст определяется на дату посещения.

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

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

Вид тарифа (вызова) скорой помощи должен соответствовать возрасту пациента (поле TYPED в SPECIAL.DBF: 0 -  $\geq 18$  лет; 1 -  $< 18$  лет), кроме вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TLT=1}). Возраст определяется на дату окончания вызова (поле DATE\_2).

Если для COD\_SPEC в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр AGE, то возраст пациента должен соответствовать его значениям. При этом возраст определяется в годах на дату окончания вызова (поле DATE\_2).

Если для COD\_SPEC в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DAY, то возраст пациента должен соответствовать его значениям. При этом возраст определяется в днях на дату начала вызова (поле DATE\_1).

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

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

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

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

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

HMP\_ID должно соответствовать коду профиля койки (COD\_SPEC) по справочнику HMP\_SPC.dbf, код основного диагноза (DS) должен соответствовать HMP\_ID по справочникам HMP\_MKB.dbf и HMP.dbf.

### 3.3. Пункт 1.3.4.40.13 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.13 В поле TARIF указывается тариф в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID.

A) FIN\_ID=1

В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи тариф (базовая ставка КСГ) в соответствии:

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

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

MUT\_FD=1 – для застрахованных лиц Челябинской области, MUT\_FD=2 – для застрахованных на территории других субъектов РФ).

Тариф может принимать нулевое значение в следующих случаях.

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

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

К случаю лечения по КСГ не относятся койки по профилям «сверх базовой программы ОМС» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр OVER\_BASE) и случаи оказания медицинской помощи по ВМП (заполнены поля METHOD\_HMP и VID\_HMP).

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

1. Определяем КСГ для каждой записи койки, относящейся к лечению по КСГ, в движении. Алгоритм определения КСГ для каждой записи в движении в рамках одной госпитализации приведен в пункте 1.3.4.40.17.25 Приложения 4 настоящих Правил.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- профили коек «Медицинская реабилитация» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}). Оплата медицинской помощи по профилю коек «Медицинская реабилитация» всегда производится по соответствующим КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}). При этом две соседние койки в движении «реабилитационного» профиля оплачиваются как один законченный случай оказания медицинской помощи. При этом оплачивается последняя в

хронологическом порядке «реабилитационная» койка с наиболее затратной «реабилитационной» КСГ;

- в круглосуточном стационаре в случае лечения по профилю коек «Патологии беременности» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PATHOLOGY=2}) продолжительностью:

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

б) или 5 дней и менее при оказании медицинской помощи по МКБ-10, не указанным в пп. а);

с последующим родоразрешением (КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» на профиле коек «Для беременных и рожениц» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {BEREM=1})) оплате подлежит только случай родоразрешения по КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью», 4 «Родоразрешение», 5 «Кесарево сечение». При этом оплачивается последняя в хронологическом порядке койка с наиболее затратной КСГ;

- в круглосуточном стационаре в случае лечения по профилю коек «Патологии беременности» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PATHOLOGY=2}) продолжительностью:

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

б) или более 5 дней при оказании медицинской помощи по МКБ-10, не указанным в пп. а);

с последующим родоразрешением (КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» на профиле коек «Для беременных и рожениц» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {BEREM=1})) оплате подлежит и случай патологии беременности, и случай родоразрешения, при этом в каждом случае оплачивается последняя в хронологическом порядке койка с наиболее затратной КСГ;

- в круглосуточном стационаре случай родоразрешения (КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение») на профиле коек «Для беременных и рожениц» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {BEREM=1}) при условии отсутствия предшествующего лечения на профиле коек «Патология беременности» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PATHOLOGY=2}) оплачивается как один законченный случай оказания медицинской помощи. При этом оплачивается последняя в хронологическом порядке койка с наиболее затратной КСГ;

- в дневном стационаре случай оказания медицинской помощи по КСГ 41 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ»;

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

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

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике и стоматологии:

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

- на записях по обращению (поле OBR\_VIS=1);

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

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

4) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам:

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

- если оплата по тарифам за выполненные осмотры специалистами / исследования: в итоговых записях по случаю диспансеризации определенных групп населения и в записях, отражающих осмотры специалистами/исследования, выполненные ранее и учтенные в диспансеризации.

5) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц по параклинике.

Б) FIN\_ID=6

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

В) FIN\_ID=8

В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи дополнительный тариф №1 в соответствии со справочником TAREX.DBF: действующий тариф в соответствии со значением поля TAR1\_T и POS=1).



## 3.4. Пункт 1.3.4.40.14 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.14 В поле SUMV\_USL указывается стоимость, выставленная к оплате, в соответствии с финансовым потоком.

Заполняется на тарифицированных записях (TARIF≠0).

А) FIN\_ID=1

В поле SUMV\_USL указывается:

1) При оплате медицинской помощи по КСГ:

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

$$\text{SUMV\_USL} = \text{БС} * \text{КЗ} * \text{ПК} * \text{КДсуб} * \text{KOL\_USL} * \text{PR} / 100$$

где,

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

ПК = Окp2(КУС<sub>МО</sub>\КПУС<sub>МО</sub> \* КСЛП),

где:

Окp2 – функция округления значения до двух знаков после запятой;

КУС<sub>МО</sub>\КПУС<sub>МО</sub> = КУС<sub>МО</sub> \* КПУС<sub>МО</sub> – коэффициент уровня/подуровня,

КУС<sub>МО</sub> – коэффициент уровня (TYP=1 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF1). Для КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) (в поле PARAM\_EX справочника KSG.DBF имеется параметр {SKIP\_KLVL=1}), значение КУС<sub>МО</sub>=1;

КПУС<sub>МО</sub> – коэффициент подуровня (TYP=1 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF2). Для КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) (в поле PARAM\_EX справочника KSG.DBF имеется параметр {SKIP\_KLVL=1}) значение КПУС<sub>МО</sub>=1;

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

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

$$\text{КСЛПсумм} = \text{КСЛП1} + (\text{КСЛП2}-1) + \dots + (\text{КСЛПn}-1)$$

При этом если КСЛПсумм>1,8 то КСЛПсумм=1,8.

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

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

- Диагноз сопутствующего заболевания (COD\_MKB1). При указанной рубрике кода МКБ-10 распространяется, в том числе, и на все его подрубрики;
- Диагноз осложнения (COD\_MKB2). При указанной рубрике кода МКБ-10 распространяется, в том числе, и на все его подрубрики;
- Перечень номенклатуры выполненных медицинских услуг (MEDUS\_ID).

При этом:

- заполненное отличным от «0» значением поле N\_COMB означает, что для применения коэффициента необходимо одновременное наличие в файле персонифицированного учета по оказанной медицинской помощи всех значений критерия с указанным N\_COMB (0 – не влияет на выбор);
- заполненное отличным от «0» значением поле CNT означает, что коэффициент применяется для указанного значения критерия с кратностью CNT (0 – не влияет на выбор).

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

$$\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF} * \text{KOL\_USL}.$$

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

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

$$\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF} * \text{KOL\_USL}.$$

Б) FIN\_ID=6

В поле SUMV\_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу на доставку диализных больных.

$$\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF} * \text{KOL\_USL}$$

В) FIN\_ID=8

В поле SUMV\_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу №1.

### 3.5. Пункт 1.3.4.40.17.13 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.17.13 Поле `SIZETAR_ID` заполняется в файлах персонифицированного учета по стационару (кроме оплаты по ВМП – в файле по оказанной ВМП не заполняется) и по поликлинике (стационары при поликлинике) в соответствии со справочником `SIZETAR.DBF` на тарифицированной койке случая оплаты. В нем указывается код размера основного тарифа (базовой ставки КСГ), действующего на момент оказания медицинской услуги.

Список допустимых в периоде размеров тарифа определяется по справочнику `SIZECMB.DBF` в зависимости от:

- признака «сверх базовой программы ОМС» (значение параметра `OVER_BASE` в поле `PARAM_EX` справочника `SPECIAL.DBF` при наличии, 0 – при его отсутствии),
- вида стационара (1– круглосуточный, 2–дневной при круглосуточном, 3 – дневной при поликлинике, 4 – стационар на дому при поликлинике),
- кода результата обращения в соответствии со справочником `V009.DBF` (значение поля `RSLT` выписной койки в движении для тарифицированной койки того случая оплаты, к которому относится выписная койка; 0 – в остальных случаях),
- кода КСГ (0 – для всех).

Если по указанным параметрам в справочнике определяется несколько возможных вариантов размера тарифа, то выбор между ними производится с учетом дополнительных критериев, определенных действующим Тарифным соглашением в сфере ОМС Челябинской области.

Отдельно обращаем внимание на то, что при оплате по КСГ размер тарифа не распространяется на оплату по услугам диализа.

### 3.6. Добавить подпункт 1.3.4.40.17.33 после подпункта 1.3.4.40.17.32:

1.3.4.40.17.33 Поле `SP_TRAG` обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником `SP_TRAG.DBF`. В нем указывается причина несчастного случая, если повод для вызова бригады скорой помощи «несчастный случай» (значение поля `SP_REAS=1`).

### 3.7. Добавить подпункт 1.3.4.40.17.34 после подпункта 1.3.4.40.17.33:

1.3.4.40.17.34 Поля `SP_DT1`, `SP_DT2`, `SP_DT3`, `SP_DT4` заполняются только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи.

В поле `SP_DT1` указывается дата и время передачи вызова бригаде скорой помощи.

В поле `SP_DT2` указывается дата и время выезда на вызов бригады скорой помощи.

В поле `SP_DT3` указывается дата и время прибытия на место вызова бригады

скорой помощи.

В поле SP\_DT4 указывается дата и время начала транспортировки больного бригадой скорой помощи.

Формат кодирования для указанных полей: YYYY-MM-DDTHH<sub>24</sub>:mm, где

YYYY – год (четыре цифры),

MM – месяц (01-12),

DD – день (01-31),

T – символ-разделитель даты и времени,

HH<sub>24</sub> – час (00-23),

mm – минуты (00-59).

#### 4. В Приложении 5:

##### 4.1. Пункт 2 Раздела 2 изложить в новой редакции:

2. Оплата случаев диспансеризации детей-сирот производится по тарифам по законченному случаю диспансеризации. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=2} и {DISP\_LEVEL=1}) или I и II этапов (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=2} и {DISP\_LEVEL=2}).

В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I и II эт)(ж)(0-2)	1762
2	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I и II эт)(ж)(3,4)	1763
3	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I и II эт)(ж)(5,6)	1764
4	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I и II эт)(ж)(7-14)	1765
5	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I и II эт)(ж)(15-17)	1766
6	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I и II эт)(м)(0-2)	1767
7	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I и II эт)(м)(3,4)	1768
8	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I и II эт)(м)(5,6)	1769
9	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I и II эт)(м)(7-14)	1770
10	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I и II эт)(м)(15-17)	1771
11	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I эт)(ж)(0-2)	1772
12	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I эт)(ж)(3,4)	1773
13	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I эт)(ж)(5,6)	1774
14	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I эт)(ж)(7-14)	1775
15	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I эт)(ж)(15-17)	1776
16	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I эт)(м)(0-2)	1777
17	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I эт)(м)(3,4)	1778
18	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I эт)(м)(5,6)	1779
19	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I эт)(м)(7-14)	1780
20	Случай дисп.детей-сирот и детей, наход. в труд.жизнен.ситуации (I эт)(м)(15-17)	1781

#### 4.2. Пункт 3 Раздела 2 изложить в новой редакции:

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной половозрастной группы:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов
0-2	м	1,2,3,4,5,6,8
	ж	1,2,3,4,5,6,7
3-4	м	1,2,3,4,5,6,8,9
	Ж	1,2,3,4,5,6,7,9
5-17	М	1,2,3,4,5,6,8,9,10
	Ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (дет) (код 1417), или педиатр участковый (дет) (код 117), или педиатр (выездной бригады) (дет) (код 1282), или врач общей практики (взр) (код 70), или врач общей практики (дет) (код 2125).
2. Невролог (дет) (код 127), или невролог (выездной бригады) (дет) (код 1289).
3. Офтальмолог (дет) (код 123), или офтальмолог (выездной бригады) (дет) (код 1294).
4. Детский хирург (код 133), или детский хирург (выездной бригады) (код 1300).
5. Оториноларинголог (дет) (код 125), или оториноларинголог (выездной бригады) (дет) (код 1292).
6. Травматолог-ортопед (дет) (код 134), или травматолог-ортопед (выездной бригады) (дет) (код 1298) ), или травматолог-ортопед (консульт.приём)\* (дет) (код 1309).
7. Акушер-гинеколог (дет) (код 1372), или акушер-гинеколог (выездной бригады) (дет) (код 1293).
8. Детский уролог-андролог (код 1235), или детский уролог-андролог (выездной бригады) (код 1325), или уролог (взр) (код 82).
9. Стоматолог (дет) (код 160), или стоматолог (взр) (код 159).
10. Детский эндокринолог (код 219), или детский эндокринолог (выездной бригады) (код 1302), или эндокринолог (взр) (код 218).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром.

Обращаем внимание на то, что диспансеризацию детей-сирот может проводить только врач.

Для определения принадлежности застрахованного ребенка к той или иной возрастной группе на I или II этапах диспансеризации возраст ребенка определяется по дате окончания этапа диспансеризации. Датой окончания этапа диспансеризации является дата заключительного осмотра педиатром (врачом ответственным за проведение диспансеризации).

#### 4.3. Пункт 2 Раздела 3 изложить в новой редакции:

2. Оплата случаев диспансеризации детей-сирот и детей без попечения родителей производится по тарифам по законченному случаю диспансеризации. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=7} и {DISP\_LEVEL=1}) или I и II этапов (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=7} и {DISP\_LEVEL=2}).

В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I и II эт)(ж)(0-2)	1742
2	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I и II эт)(ж)(3,4)	1743
3	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I и II эт)(ж)(5,6)	1744
4	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I и II эт)(ж)(7-14)	1745
5	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I и II эт)(ж)(15-17)	1746
6	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I и II эт)(м)(0-2)	1747
7	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I и II эт)(м)(3,4)	1748
8	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I и II эт)(м)(5,6)	1749
9	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I и II эт)(м)(7-14)	1750
10	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I и II эт)(м)(15-17)	1751
11	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I эт)(ж)(0-2)	1752
12	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I эт)(ж)(3,4)	1753
13	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I эт)(ж)(5,6)	1754
14	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I эт)(ж)(7-14)	1755
15	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I эт)(ж)(15-17)	1756
16	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I эт)(м)(0-2)	1757
17	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I эт)(м)(3,4)	1758
18	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I эт)(м)(5,6)	1759
19	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I эт)(м)(7-14)	1760
20	Случай дисп.детей-сирот и детей, оставшихся б/попеч. родителей (I эт)(м)(15-17)	1761

#### 4.4. Пункт 3 Раздела 3 изложить в новой редакции:

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной половозрастной группы:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов
0-2	м	1,2,3,4,5,6,8
	ж	1,2,3,4,5,6,7
3-4	м	1,2,3,4,5,6,8,9
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9
5-17	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (дет) (код 1417), или педиатр участковый (дет) (код 117), или педиатр (выездной бригады) (дет) (код 1282), или врач общей практики (взр) (код 70), или врач общей практики (дет) (код 2125).
2. Невролог (дет) (код 127), или невролог (выездной бригады) (дет) (код 1289).
3. Офтальмолог (дет) (код 123), или офтальмолог (выездной бригады) (дет) (код 1294).
4. Детский хирург (код 133), или детский хирург (выездной бригады) (код 1300).
5. Оториноларинголог (дет) (код 125), или оториноларинголог (выездной бригады) (дет) (код 1292).
6. Травматолог-ортопед (дет) (код 134), или травматолог-ортопед (выездной бригады) (дет) (код 1298) ), или травматолог-ортопед (консульт.приём)\* (дет) (код 1309).
7. Акушер-гинеколог (дет) (код 1372), или акушер-гинеколог (выездной бригады) (дет) (код 1293).
8. Детский уролог-андролог (код 1235), или детский уролог-андролог (выездной бригады) (код 1325), или уролог (взр) (код 82).
9. Стоматолог (дет) (код 160), или стоматолог (взр) (код 159).
10. Детский эндокринолог (код 219), или детский эндокринолог (выездной бригады) (код 1302), или эндокринолог (взр) (код 218).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром.

Обращаем внимание на то, что диспансеризацию детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей может проводить только врач.

Для определения принадлежности застрахованного ребенка к той или иной возрастной группе на I или II этапах диспансеризации возраст ребенка определяется по дате окончания этапа диспансеризации. Датой окончания этапа диспансеризации является дата заключительного осмотра педиатром (врачом ответственным за проведение диспансеризации).

## 5. В Приложении 6:

### 5.1. Пункт 3 Раздела 2 изложить в новой редакции:

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной половозрастной группы:

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (age_disp)	Возрастные группы, в которых несовершеннолетний может пройти профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для конкретного возрастного периода	Пол	Список специалистов
Новорожденный (age_disp=0.00)	0 мес., 1 мес.	м	1

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (age_disp)	Возрастные группы, в которых несовершеннолетний может пройти профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для конкретного возрастного периода	Пол	Список специалистов
		ж	1
1 месяц (age_disp=0.01)	0 мес., 1 мес., 2 мес.	м	1,2,3,4
		ж	1,2,3,4
2 месяца (age_disp=0.02)	1 мес., 2 мес., 3 мес.	м	1
		ж	1
3 месяца (age_disp=0.03)	2 мес., 3 мес., 4 мес.	м	1,2,6
		ж	1,2,6
4 месяца (age_disp=0.04)	3 мес., 4 мес., 5 мес.	м	1
		ж	1
5 месяцев (age_disp=0.05)	4 мес., 5 мес., 6 мес.	м	1
		ж	1
6 месяцев (age_disp=0.06)	5 мес., 6 мес., 7 мес.	м	1,2,4
		ж	1,2,4
7 месяцев (age_disp=0.07)	6 мес., 7 мес., 8 мес.	м	1
		ж	1
8 месяцев (age_disp=0.08)	7 мес., 8 мес., 9 мес.	м	1
		ж	1
9 месяцев (age_disp=0.09)	8 мес., 9 мес., 10 мес.	м	1
		ж	1
10 месяцев (age_disp=0.10)	9 мес., 10 мес., 11 мес.	м	1
		ж	1
11 месяцев (age_disp=0.11)	10 мес., 11 мес., 12 мес.	м	1
		ж	1
12 месяцев (1 год) (age_disp=1.00)	11 мес., 12 мес., 1 год и 1 мес., 1 год и 2 мес., 1 год и 3 мес., 1 год и 4 мес., 1 год и 5 мес.	м	1,2,3,4,5,9
		ж	1,2,3,4,5,9
1 год 3 месяца (age_disp=1.03)	1 год и 2 мес., 1 год и 3 мес., 1 год и 4 мес.	м	1
		ж	1
1 год 6 месяцев (age_disp=1.06)	1 год и 5 мес., 1 год и 6 мес., 1 год и 7 мес.	м	1
		ж	1
1 год 9 месяцев (age_disp=1.09)	1 год и 8 мес., 1 год и 9 мес., 1 год и 10 мес.	м	1
		ж	1
2 года (age_disp=2.00)	1 год и 11 мес., 2 года, 2 года и 1 мес.	м	1,9
		ж	1,9
2 года 6 месяцев (age_disp=2.06)	2 года и 5 мес., 2 года и 6 мес., 2 года и 7 мес.	м	1
		ж	1
3 года (age_disp=3.00)	3 года	м	1,2,3,4,5,8,9
		ж	1,2,3,4,5,7,9
4 года (age_disp=4.00)	4 года	м	1,4
		ж	1,4
5 лет (age_disp=5.00)	5 лет	м	1,4
		ж	1,4
6 лет (age_disp=6.00)	6 лет	м	1,2,3,9
		ж	1,2,3,9
7 лет (age_disp=7.00)	7 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9
8 лет (age_disp=8.00)	8 лет	м	1
		ж	1
9 лет (age_disp=9.00)	9 лет	м	1
		ж	1
10 лет (age_disp=10.00)	10 лет	м	1,2,3,4,5,6,9,10



Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (age_disp)	Возрастные группы, в которых несовершеннолетний может пройти профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для конкретного возрастного периода	Пол	Список специалистов
		ж	1,2,3,4,5,6,9,10
11 лет (age_disp=11.00)	11 лет	м	1,3,4
		ж	1,3,4
12 лет (age_disp=12.00)	12 лет	м	1,8
		ж	1,7
13 лет (age_disp=13.00)	13 лет	м	1
		ж	1
14 лет (age_disp=14.00)	14 лет	м	1,2,3,5,8,9,10
		ж	1,2,3,5,7,9,10
15 лет (age_disp=15.00)	15 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10
16 лет (age_disp=16.00)	16 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10
17 лет (age_disp=17.00)	17 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (дет) (код 1417), или педиатр участковый (дет) (код 117), или врач общей практики (взр) (код 70), или врач общей практики (дет) (код 2125) (далее – педиатр).
2. Невролог (дет) (код 127).
3. Офтальмолог (дет) (код 123).
4. Детский хирург (код 133).
5. Оториноларинголог (дет) (код 125).
6. Травматолог-ортопед (дет) (код 134).
7. Акушер-гинеколог (дет) (код 1372).
8. Детский уролог-андролог (код 1235), или уролог (взр) (код 82).
9. Детский стоматолог (код 160), или стоматолог (взр) (код 159).
10. Детский эндокринолог (код 219), или эндокринолог (взр) (код 218).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром. Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнего может проводить только врач.

Для детей до 2 лет 6 месяцев (или до 2 лет и 7 месяцев при условии указания в MEDUS\_ID элемента {age\_disp=2.06}) включительно принадлежность к возрастной группе определяется месяцем окончания профилактического медицинского осмотра, в который он достигает определенного возраста. Для детей старше 2 лет 6 месяцев (или 2 лет и 7 месяцев) – годом окончания профилактического медицинского осмотра, в который он достигает определенного возраста.

В случае невозможности проведения профилактического медицинского осмотра ребенка в месяц достижения им возрастного периода, можно провести профилактический медицинский осмотр ранее или позднее в рамках возрастных групп, определенных для конкретного профилактического медицинского осмотра, при условии осмотра всеми специалистами, утвержденными перечнем

исследований при проведении профилактических медицинских осмотров в этот возрастной период.

Датой начала этапа профилактического медицинского осмотра является дата первого осмотра специалистом, датой окончания - дата заключительного осмотра педиатром.

5.2. Пункт 3 Раздела 3 изложить в новой редакции:

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной группы в зависимости от пола и типа образовательного учреждения, при поступлении в которое проводится предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего:

Типы образовательных учреждений	Пол	Список специалистов
Дошкольные образовательные учреждения	м	1,2,3,4,5,8,9
	ж	1,2,3,4,5,7,9
Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	м	1,2,3,4,5,6,8,9
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9
Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (код 1417) или педиатр участковый (код 117), или врач общей практики (взр) (код 70), или врач общей практики (дет) (код 2125) (далее – педиатр).
2. Невролог (дет) (код 127).
3. Офтальмолог (дет) (код 123).
4. Детский хирург (код 133).
5. Оториноларинголог (дет) (код 125).
6. Травматолог-ортопед (дет) (код 134).
7. Акушер-гинеколог (дет) (код 1372).
8. Детский уролог-андролог (код 1235) , или уролог (взр) (код 82).
9. Детский стоматолог (код 160) , или стоматолог (взр) (код 159).
10. Детский эндокринолог (код 219) , или эндокринолог (взр) (код 218).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром. Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего может проводить только врач.

Датой начала этапа предварительного медицинского осмотра является дата первого осмотра специалистом, датой окончания - дата заключительного осмотра педиатром.

### 5.3. Пункт 3 Раздела 4 изложить в новой редакции:

3. Периодический медицинский осмотр несовершеннолетнего проводит педиатр (код 1417) или педиатр участковый (код 117), или врач общей практики (взр) (код 70), или врач общей практики (дет) (код 2125) (далее – педиатр) в должности врача. При этом возможен только один осмотр у специалиста.

### 6. В Приложении 7:

#### 6.1. Пункт 1 изложить в новой редакции:

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});
- По стоматологии (PLACE=7) с лечебной целью (COD\_MKB не начинается с 'Z') 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 разовым посещениям 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'), 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'), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}).

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'), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}).

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).

6.2. Подпункт 2.2 пункта 2 изложить в новой редакции:

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	+	+	-	-	-	-	-	-

Код	Наименование	По посещениям					По обращениям в связи с заболеванием		
		Посещение с профилактической целью	Посещение в нестолженной форме	Разовое посещение по заболеванию			Одно посещение в рамках обращения		Два и более посещений в рамках обращения
					<1>	<2>	Поликлиника	Стоматология	
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).