

приказом Министерства здравоохранения
Челябинской области и территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области
от 05.04.18 № 614/285

Изменения

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

1. Пункт 2 изложить в новой редакции:

2. Правила включает в себя следующие разделы:

Раздел 1. Структура файлов персонифицированного учета медицинской помощи (Приложение 1);

Раздел 2. Структура файлов нормативно-справочной информации (Приложение 2);

Раздел 3. Порядок информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области (Приложение 3);

Раздел 4. Порядок входного контроля файлов персонифицированного учета медицинской помощи (Приложение 4);

Раздел 5. Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам при проведении диспансеризации определенных групп населения (Приложение 5).

Раздел 6. Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам при проведении медицинских осмотров определенных групп населения (Приложение 6).

Раздел 7. Порядок учета медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, кроме диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (Приложение 7).

2. Пункт 4 считать пунктом 3.

3. В Приложении 1:

3.1. Изложить в новой редакции описание поля DISP, кодируемого в элементе SCHET в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам (Таблица 3):

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Счет</i>					
SCHET

	DISP	У	T(3)	Тип диспансеризации	Классификатор типов диспансеризации V016. Допускается указывать константу из имени файла, обозначающую передаваемые данные: DP, DV, DO, DS, DU, DF, DD, DR.

3.2. Добавить описание поля DISP_OUT, кодируемого в элементе COMENTU в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам (Таблица 3.3):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
DISP_OUT	N	1	0		Указывается «1», если осмотр/исследование, учитываемое при проведении диспансеризации, выполнено ранее и/или вне рамок диспансеризации.

4. В Приложении 2:

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

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
KPG_ID	N	3		Код клинико-профильной группы (КПГ)
KSG_ID	N	3		Код клинико-статистической группы (КСГ). Записи со значениями KSG_ID = 0 отражают данные о КПГ.
NAME	C	255		Наименование КПГ/КСГ
DATE_BEG	D			Дата начала действия
DATE_END	D			Дата окончания действия
KZ	N	6	3	Коэффициент относительной затратоемкости
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: TRAUMA – признак «политравмы»; ЕКО – признак «ЭКО»; ЕКО_STEP – проведенные этапы процедуры ЭКО: 1 – I этап, 2 – I-II этап, 3 – I-III этап, 4 – I-IV этап; DIAL – диализ: DIAL=0 – КСГ содержит в том числе диализ, DIAL=1 – КСГ содержит только гемодиализ,

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				DIAL=2 – КСГ содержит только перитонеальный диализ; DIAL=3 – для КСГ обязательно применение услуг диализа. VOICE – признак «замена речевого процессора» ; PR – возможность применения определенного размера оплаты (кроме 100% и 40%). Указывается процент оплаты: PR=20 – для КСГ возможно применение 20% размера оплаты; SKIP_KLVL – признак отмены применения коэффициента уровня (подуровня): 1 – не применяется (для всех МО), 2 – не применяется, кроме МО, расположенных на территории ЗАТО; REABIL – признак «реабилитационной» КСГ; KESAR=1 – признак КСГ «Кесарево сечение»; NKD – нормативное количество койко-дней для определения сверхдлительности случая; GERIATR=1 – признак КСГ профиля «гериатрия»; ONCO_DRUG – признак КСГ «лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях», для которой: 1 – требуется 2 – не 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); BED_REAN=1 – признак обязательности наличия реанимационных койко-дней для применения КСГ.
KSG_NUM	C	5		Номер КСГ в перечне действующего Тарифного соглашения в сфере ОМС Челябинской области
USL_OK	N	1	0	Условия оказания медицинской помощи: 1 – Круглосуточный стационар, 2 – Дневные стационары, 0 – любые виды стационаров.
MODEL	N	2	0	Номер модели КСГ в соответствии с методическими рекомендациями ФФОМС

5. В Приложении 4:

5.1. Пункт 1.2.14 изложить в новой редакции

1.2.14 Поле DISP заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам в соответствии со справочником V016. Допускается указывать константу из имени файла, обозначающую передаваемые данные: DP, DV, DO, DS, DU, DF, DD, DR. В основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

5.2. Пункт 1.3.4.7 изложить в новой редакции

1.3.4.7 В поле NPR_MO в соответствии со справочником F003 указывается:

- в файлах персонифицированного учета по параклинике – код медицинской организации, направившей на обследование,
- в файлах персонифицированного учета по скорой помощи для вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EVAC=1}) - код медицинской организации, из которой поступил вызов выездной бригады «для проведения медицинской эвакуации (консультации)»,
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике для АПП - код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для консультации у врача-специалиста,
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару 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).

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 справочнику TARIF.DBF).

Для файлов персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по параклинике (с мая 2015 года):

- если направившая медицинская организация находится вне Челябинской области, то в поле NPR_MO следует указывать значение «-1».

Для файлов персонифицированного учета застрахованных на территории Челябинской области по параклинике (с мая 2015 года):

- не допускается подавать на оплату исследования по направлениям из медицинской организации, которая их проводит (COD_LPU≠LPU_FROM).

Поле обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по параклинике; для консультаций специалистами КДЦ в поликлинике (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}) в файлах по поликлинике; для 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 (поликлиника, стационар). Для обращений в КДЦ в файлах

персонифицированного учета по поликлинике: среди посещений в рамках обращения должно быть хотя бы одно посещение к специалисту КДЦ, у которого значение поля NPR_MO равно значению поля NPR_MO записи обращения.

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

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.

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

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

5.3. 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: 0 – нет, 1 – да.

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 этом на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра значение признака PR_D_N=1 указывается тогда и только тогда, когда для данного случая указана хотя бы одна запись по осмотру специалистом с признаком PR_D_N=1.

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

5.4. Пункт 1.3.4.52.14 изложить в новой редакции

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

А) FIN_ID=1

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

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

В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи фельдшером (KVAL= «Ф») в поликлинике и на дому в поле TARIF должно быть указано 80% от тарифа, за исключением оплаты случаев диспансеризации и медицинских осмотров, и посещений, оплачиваемых по тарифу "Фельдшер ФАП" (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {FAP=1}). Оплата внешних медицинских услуг (медицинских услуг, оказанных в поликлинике и на дому не прикрепленным лицам) МО, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь которых оплачивается по подушевому финансированию (за исключением Центров здоровья (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {CZ=1}), случаев и осмотров/исследований в рамках диспансеризации и медицинских осмотров (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр DISP_TYP), консультаций врачей-специалистов КДЦ (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}), посещений «с проведением пренатальной диагностики» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {UZI=1})), осуществляется по тарифу для взаиморасчетов (в справочнике TARIF.DBF: MUT_FD=1 – для застрахованных лиц Челябинской области, MUT_FD=2 – для застрахованных на территории других субъектов РФ).

Тариф может принимать нулевое значение в следующих случаях.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- случаи реабилитации на койках профиля «Медицинская реабилитация» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}) после лечения на койках других профилей по тому же заболеванию (основной диагноз до уровня рубрики без учета подрубрик). Оплате подлежит и случай лечения по заболеванию, и случай проведения реабилитации по этому заболеванию. Оплата случая лечения по заболеванию производится по общему алгоритму. Оплата медицинской помощи по профилю коек «Медицинская реабилитация» всегда производится по соответствующим КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}). При этом койки «реабилитационного» профиля оплачиваются как один случай проведения реабилитации. При этом оплачивается последняя в

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

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

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

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

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

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

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

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

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике и стоматологии:

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

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

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

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

4) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам:

- если оплата по тарифу за законченный случай диспансеризации или медицинского осмотра: в записях, отражающих осмотры специалистами / исследования (или отказы от их прохождения) по данному случаю;

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

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

5) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц по параклинике.

Б) FIN_ID=6

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

В) FIN_ID=8

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

Г) FIN_ID=9

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

5.5. Пункт 1.3.4.52.19.11 изложить в новой редакции

1.3.4.52.19.11 Поле MEDUS_ID в файлах персонифицированного учета по стационару и дневных стационарах при поликлинике служит для указания перечня медицинских услуг. Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги (территориальный справочник USLUGI.DBF) для каждой записи в движении пациента. Если у пациента было несколько медицинских услуг, то все они перечисляются через разделитель «_» (символ подчеркивания), при этом первой должна быть указана основная медицинская услуга.

Если для кода профиля койки (COD_SPEC) в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {A16=0}, то на этом профиле не должно

быть операций. Если для кода профиля койки (COD_SPEC) в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {A16=1}, то на этом профиле обязательно должна быть операция.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (дневные стационары при поликлинике) и стационару:

- код услуги с признаком «замена речевого процессора» (в USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}) указывается тогда и только тогда, когда койка имеет признак «замена речевого процессора» (в SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1});

- код услуги с признаком «ЭКО» (в USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EKO=1}) указывается тогда и только тогда, когда койка имеет признак «ЭКО» (в SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EKO=1});

- код «реабилитационной» услуги (в USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}) указывается тогда и только тогда, когда койка является «реабилитационной» (в SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1});

- код услуги с признаком «диализ» (в USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр DIAL) указывается тогда и только тогда, когда запись является записью по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4). При этом указанный на записи код медицинской услуги должен быть из перечня разрешенных (значение параметра MEDUS в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.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 присутствуют элементы {OVER_BASE=3} и {KAG=1}) обязательно указывается код номенклатуры услуги «коронароангиография» (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {KAG=1}).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно):

- код услуги с признаком «диализ» (в USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр DIAL) указывается тогда и только тогда, когда запись является записью по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1). При этом указанный на записи код медицинской услуги должен быть из перечня разрешенных (значение параметра MEDUS в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (стоматология) в поле MEDUS_ID указывается перечень номенклатуры оказанных стоматологических медицинских услуг. Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги только на записях по посещениям (поле OBR_VIS=0,2). Если у пациента было несколько медицинских услуг, то все они перечисляются через разделитель «_» (символ подчеркивания).

Для «стоматологических» услуг при наличии ограничения на использование по возрастному критерию (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент TYPED) возраст пациента должен ему соответствовать (в USLUGI.DBF: {TYPED=0} - ≥ 18 лет; {TYPED=1} - < 18 лет). Возраст определяется на дату посещения (поле VISIT_DATE).

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}) обязательно указывается код номенклатуры услуги «тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TLT=1});

- для вызовов выездных бригад «при проведении медицинской эвакуации (консультации)» указываются коды номенклатур оказанных медицинских услуг. Если было несколько услуг, то все они перечисляются через разделитель «_».

Допускается после номенклатуры медицинской услуги через разделитель «~» (символ «тильда») указывать ее кратность в формате: Номенклатура~Кратность, где Кратность – целое число от 1 до 99. Кратность указания номенклатуры медицинской услуги в поле MEDUS_ID не должна превышать максимально возможного значения при условии наличия такого ограничения (значение параметра MAX_CNT в поле PARAM_EX справочника USLUGI.DBF).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (за исключением записей дневного стационара при поликлинике, стоматологии, случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услуг диализа в рамках этих случаев) поле MEDUS_ID используют для передачи перечня элементов, характеризующих случаи диспансеризации или медицинских осмотров определенных групп населения, а также консультаций врачей-специалистов КДЦ:

sg - признак того, что диспансеризацию, профилактический медицинский осмотр или консультацию врача-специалиста КДЦ прошел либо отказался от прохождения диспансеризации/профилактического медицинского осмотра студент очной формы обучения;

cs - код специальности случая диспансеризации или медицинского осмотра (указывается только в записях, отражающих осмотры специалистами);

age_disp - признак проведения (либо отказа от прохождения) профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, предусмотренного для детей в данном возрастном периоде.

Для обращений в КДЦ в файлах персонифицированного учета по поликлинике: при необходимости признак {sg=1} следует указывать на всех записях обращения (как на итоговой записи по обращению, так и на записях по посещениям в рамках данного обращения).

В файлах персонифицированного учета по параклинике поле MEDUS_ID используют для передачи перечня элементов, характеризующих параклинические услуги вида «Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ» (PURPOSE=21):

sg - признак того, что обследование КДЦ прошел студент очной формы обучения.

Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.

5.6. Пункт 1.3.4.52.19.37 изложить в новой редакции

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

5.7. Добавить пункт 1.3.4.52.19.39 после пункта 1.3.4.52.19.38

1.3.4.52.19.39 Поле DISP_OUT заполняется только на записях по осмотрам/исследованиям случая диспансеризации взрослого населения (DISP_TYP = 1) и инвалидов войн (DISP_TYP=8). Служит для указания признака выполнения осмотра/исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается «1», если осмотр/исследование, учитываемое при проведении диспансеризации, выполнено ранее и/или вне рамок диспансеризации.

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

7. В Приложении 6:

7.1. Заголовок изложить в новой редакции

Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам при проведении медицинских осмотров определенных групп населения

7.2. Пункт 4 Раздела 1 изложить в новой редакции

4. Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года. В год прохождения диспансеризации (проводимой с периодичностью 1 раз в 3 года) профилактический медицинский осмотр не проводится. Для определения принадлежности к возрастной группе используется возраст, достигаемый в год проведения профилактического медицинского осмотра. Возрастные группы: 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, ..., 98 лет.

При этом, профилактический медицинский осмотр возрастной группы 18 лет проводится только по достижении застрахованным лицом возраста 18 лет (на момент начала профилактического осмотра – поле DATE_BEG).

7.3. Пункт 1 Раздела 2 изложить в новой редакции

1. В файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области, и для лиц, застрахованных на территории других субъектов РФ, профилактические медицинские осмотры могут подавать только те медицинские организации, которые являются фондодержателями.

8. В Приложении 7:

8.1. Пункт 3.3 изложить в новой редакции

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

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
Персональные данные, данные полиса и страховая принадлежность [VPOLIC, SPOLIC, NUMBER, FAMILY, NAME, FATHER, DATE, SEX, STATUS, FAM_P, IM_P, OT_P, SEX_P, DATE_P, MR, DOCTYPE, DOCSE, DOCNUM, SNILS, NOVOR, CITYSTREET, HOUSE, IND_HOUSE, ROOM, IND_ROOM, COD_SMO, OS_SLUCH, OKATO_OMS, SMO_NAM, DOST, DOST_P]	=	=	Определяются на дату VISIT_DATE обращения (дату последнего посещения в рамках обращения)
[INV, MSE]	=	=	INV - признак «впервые установлена (1-4) или снята (0) инвалидность»), MSE - признак «направление на МСЭ». В обращениях стоматологии (PLACE=7) не заполняются. Одновременное заполнение полей INV и MSE непустыми значениями допускается только для обращений с количеством посещений 2 и более (CNT_VISIT>=2 на записи по обращению).
NHISTORY	=	=	Номер амбулаторной карты пациента
PLACE	1 или 2 (поликлиника) 7 (стоматология)	1 или 2 (поликлиника) 7 (стоматология)	Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы один PLACE=PLACEобращения. В обращении могут быть или только
PURPOSE	Л (поликлиника)	Л (поликлиника)	
	У (стоматология)	У (стоматология)	

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
COD_SPEC	Специальность врача обращения	Специальность врача посещения	PLACE поликлиники (1,2), или только PLACE стоматологии (7). Комбинация [COD_SPEC, PLACE, PURPOSE] обращения должна быть допустимой по Тарифному соглашению ТФОМС (существует тариф в TARIF.DBF). Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы одно посещение, у которого одновременно выполняется: COD_SPEC=COD_SPECобращения, PLACE=PLACEобращения, PURPOSE= PURPOSEобращения, IDDOCT=IDDOCTобращения, KVAL=KVALобращения, LPU_FROM= LPU_FROMобращения.
IDDOCT	Код врача обращения	Код врача посещения	
KVAL	Квалификация врача обращения	Квалификация врача посещения	
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для обращения в целом	Код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для посещения у врача-специалиста	
VIDPOM	Вид медицинской помощи обращения	Вид медицинской помощи посещения	Определяется по данным записи обращения/посещения соответственно по алгоритму: Если KVAL='Ф' => 11 ИначеЕсли {TERAP=1} => 12 Иначе => 13.
TARIF	Не заполняется	По правилам оплаты (Tarif.dbf)	Тариф и правила оплаты, действующие на дату DATE_END
DATE_TAR	Не заполняется	По правилам оплаты (Tarif.dbf)	Тариф и правила оплаты, действующие на дату DATE_END
DATE_BEG	=	=	Дата начала обращения (=VISIT_DATE первого посещения)
DATE_END	=	=	Дата окончания обращения: =VISIT_DATE последнего посещения или =VISIT_NXT последнего посещения для RSLTобращения=2 (из справочника V009.DBF)
UET	Σ UET посещений (стоматология)	UET посещения (стоматология)	
COD_MKB0	Первичный диагноз обращения	Первичный диагноз посещения	
COD_MKB	Основной диагноз обращения	Основной диагноз посещения	Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы одно, у которого COD_MKB=COD_MKBобращения и при этом DS1_PR=DS1_PRобращения
DS1_PR	Признак «установлен впервые» для основного диагноза обращения в целом	Признак «установлен впервые» для посещения	
COD_MKB1	Сопутствующий диагноз обращения	Сопутствующий диагноз посещения	
COD_MKB2	Диагнозы осложнений для обращения	Диагнозы осложнений для посещения	
RSLT	В соответствии с V009	Не заполняется	
ISHOD	В соответствии с V012	Не заполняется	
MEDUS_ID	Признак {sg=1} – консультацию специалиста при обращении в КДЦ получил студент очной формы обучения (КДЦ)	- Признак {sg=1} – консультацию специалиста КДЦ получил студент очной формы обучения (КДЦ) или - Перечень номенклатур медицинских услуг по	При указании признака {sg=1} заполняется одинаковыми значениями на всех записях (по обращению и посещениям в рамках данного обращения)
MEDUS_ID1	Не заполняется		
MEDUS_ID2	Не заполняется		

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
MEDUS_ID3	Не заполняется	посещению (стоматология)	
VISIT_DATE	VISIT_DATE последнего посещения	Дата посещения	
ATTACH	=	=	Прикрепление на дату окончания отчетного периода
NREESTR	=	=	
SUM_K	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
SUMV	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
SUMP	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
FOR_POM	=	=	3 – Плановая
DELETED	=	=	При необходимости, снятию с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, подлежит полностью все обращение. На записях по обращению и по посещениям в рамках данного обращения соответствующие поля заполняются одинаковыми значениями: DELETED=3, SANK=62 – «Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС».
SANK	Код санкции МЭК или ФЛК по классификатору F014R или F014 соответственно для записи по обращению	Код санкции МЭК или ФЛК по классификатору F014R или F014 соответственно для записи по посещению	В случае снятия с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, снятию подлежит полностью все обращение. При этом на записях по обращению и по посещениям в рамках данного обращения: поле DELETED=5; поле SANK может принимать разные значения. Иначе: DELETED=0, SANK=0 для всех записей обращения (по обращению и по посещениям в рамках обращения).
TAR1_T	Не заполняется	По правилам оплаты (Tar_Typ.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR1_V	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR1_D	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR1_S	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
GUID1	Уникальный ID записи	Уникальный ID записи	
GUID2	GUID1	GUID1 записи	Ссылка на итоговую запись

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
		обращения	обращения
VISIT_NXT	VISIT_NXT последнего посещения	VISIT_NXT посещения = VISIT_DATE следующего посещения Не заполняется на записи последнего посещения, кроме RSLT обращения=2 (из справочника V009.DBF)	Назначенная дата следующего посещения в рамках данного обращения. VISIT_NXT <= VISIT_DATE+3мес.
CNT_VISIT	Количество записей по посещениям в рамках обращения	Не заполняется	Количество посещений в обращении. Поликлиника (PLACE=1,2): а) в отчетах за январь и февраль 2017 года: CNT_VISIT >= 1 б) с отчета за март 2017 года CNT_VISIT >= 2 – если RSLT обращения ≠ 2 (из справочника V009.DBF); CNT_VISIT >= 1 – если RSLT обращения = 2 (из справочника V009.DBF). Стоматология (PLACE=7): а) в отчетах с января по апрель 2017 года: CNT_VISIT >= 1; б) с отчета за май 2017 года CNT_VISIT >= 2 – если RSLT обращения ≠ 2 (из справочника V009.DBF); CNT_VISIT >= 1 – если RSLT обращения = 2 (из справочника V009.DBF).
OBR_VIS	1	2	Признак обращения/посещения: 1 – обращение, 2 – посещение в рамках обращения, 0 – в остальных случаях.
PR_D_N	Признак «диспансерного наблюдения» для обращения в целом	Признак «диспансерного наблюдения» для посещения	На записи по обращению признак PR_D_N=1, если хотя бы на одной записи по посещению в рамках данного обращения указан признак PR_D_N=1.
NPL	Признак «неполный объем» для обращения в целом	Признак «неполный объем» для посещения	
DATE_POST	=	=	Дата первого посещения в рамках данного обращения (=VISIT_DATE первого посещения)
DATE_VIPIS	=	=	Дата последнего посещения в рамках данного обращения (=VISIT_DATE последнего посещения)
TAR2_T	Не заполняется	По правилам оплаты (Tar_Typ.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR2_V	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR2_D	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR2_S	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END