

ПРИКАЗ

«31» 04 2017г.

№ 1428/593/1

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.

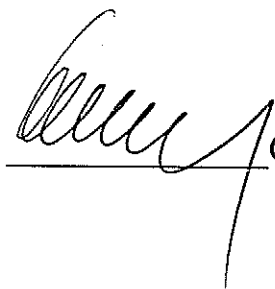
3. Начальнику управления информационных технологий территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Аверьянову А.В. довести до сведения руководителей МО и СМО о внесении изменений в Правила, утвержденные настоящим приказом.

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 августа 2017 года, за исключением пунктов 1, 2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.8, 4.9, 5.1 изменений, которые распространяют свое действие на правоотношения, возникшие с 1 июля 2017 года.

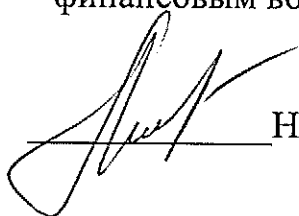
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за нами.

Министр здравоохранения  
Челябинской области



С.Л. Кремлев

И.о. директора Территориального  
фонда обязательного  
медицинского страхования  
Челябинской области  
заместитель директора по  
финансовым вопросам



Н.Ю. Миронова

приказом Министерства здравоохранения  
Челябинской области и территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Челябинской области  
от 31.07.17 № 1428/1593/1

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

1. Пункт 4 изложить в новой редакции:

4. Перечень сокращений, используемых в Правилах:

Таблица 1

| Сокращение | Определение   |
|------------|---|
| АПП        | Амбулаторно-поликлиническое подразделение медицинской организации   |
| КДЦ        | Консультативно-диагностический центр  |
| МО         | Медицинская организация   |
| МТР        | Межтерриториальные расчёты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в Российской Федерации вне территории страхования по видам, включённым в базовую программу обязательного медицинского страхования  |
| МЭК        | Медико-экономический контроль   |
| МЭЭ        | Медико-экономическая экспертиза   |
| НСИ        | Нормативно-справочная информация - информация, заимствованная из нормативных документов и справочников, используемая при функционировании информационной системы  |
| ОГРН       | Основной государственный регистрационный номер – государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица в ЕГРЮЛ в соответствии с Федеральным законом «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» |
| ОКАТО      | Общероссийский классификатор административно-территориального деления.  |
| ОКОПФ      | Общероссийский классификатор организационно - правовых форм.  |

| Сокращение   | Определение   |
|--------------|---|
| ОМС          | Обязательное медицинское страхование  |
| Полис        | Полис обязательного медицинского страхования  |
| Правила ОМС  | Правила обязательного медицинского страхования, утверждённые приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 158н от 28.02.2011г.   |
| ПФР          | Пенсионный фонд Российской Федерации  |
| СМО          | Страховая медицинская организация (работающая в данном субъекте). Обособленные подразделения (филиалы) страховой медицинской организации, действующие на территориях разных субъектов, считаются разными страховыми медицинскими организациями. |
| ТФОМС        | Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.  |
| ФФОМС        | Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.  |
| ФСС          | Фонд социального страхования Российской Федерации   |
| ЭКМП         | Экспертиза качества медицинской помощи  |
| МЭС          | Медико-экономический стандарт   |
| КПГ          | Клинико-профильная группа   |
| КСГ          | Клинико-статистическая группа   |
| ВМП          | Высокотехнологичная медицинская помощь  |
| ЕНП          | Единый номер полиса ОМС   |
| СНИЛС        | Страховой номер индивидуального лицевого счета  |
| ДПФС         | Документ, подтверждающий факт страхования по ОМС (полис ОМС или временное свидетельство)  |
| МКБ (МКБ-10) | Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра  |
| УЕ (УЕТ)     | Условная единица (условная единица трудоемкости)  |
| УДЛ          | Документ, удостоверяющий личность   |
| КЛАДР        | Классификатор адресов РФ  |
| ЗАТО         | Закрытое административно-территориальное образование РФ   |
| БИК          | Банковский идентификационный код  |
| ГРКЦ         | Головной расчетно-кассовый центр  |
| РКЦ          | Расчетно-кассовый центр   |
| ОКПО         | Общероссийский классификатор предприятий и организаций  |
| ИНН          | Идентификационный номер налогоплательщика   |
| БИК          | Банковский идентификационный код  |
| ОКОНХ        | Общесоюзный классификатор «Отрасли народного хозяйства»   |
| КПП          | Код причины постановки на учет в налоговой службе   |
| ОКОГУ        | Общероссийский классификатор органов государственной власти и управления  |
| ДС           | Дневной стационар   |
| КС           | Круглосуточный стационар  |
| СД           | Стационар на дому   |

| Сокращение | Определение  |
|------------|--|
| ДОУ        | Дошкольное образовательное учреждение                    |
| ООУ        | Общеобразовательное учреждение                           |
| ОУПО       | Образовательное учреждение профессионального образования |
| ЭНМТ       | Экстремально низкая масса тела                           |
| ОНМТ       | Очень низкая масса тела                                  |
| ФАП        | Фельдшерско-акушерский пункт                             |
| ЭКО        | Экстракорпоральное оплодотворение                        |
| КТ         | Компьютерная томография                                  |
| МРТ        | Магнитно-резонансная томография                          |
| ФЛК        | Форматно-логический контроль                             |

## 2. В Приложении 1:

2.1. Изложить в новой редакции описание поля OPLATA элемента SLUCH в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи) (Таблица 1):

| Код элемента             | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация  |
|--------------------------|---------------------|-----|--------|--------------|--|
| <i>Сведения о случае</i> |                     |     |        |              |  |
| SLUCH                    | ...                 | ... | ...    | ...          | ...  |
|                          | ...                 | ... | ...    | ...          | ...  |
|                          | OPLATA              | У   | N(1)   | Тип оплаты   | Оплата случая оказания медпомощи:<br>0- не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF);<br>1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF);<br>2 – полный отказ<br>(DELETED=6 в файле формата DBF, если заполнено поле DELETED=6 в ComentSl;<br>DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 – Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС» по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK;<br>или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК или ФЛК в сведениях о санкциях SANK);<br>3 – частичный отказ (в настоящее время не используется). |
|                          | ...                 | ... | ...    | ...          | ...  |

2.2. Изложить в новой редакции описание полей S\_TIP, S\_OSN элемента SANK в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи) (Таблица 1):

| Код элемента               | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование                          | Дополнительная информация  |
|----------------------------|---------------------|-----|--------|---------------------------------------|--|
| <i>Сведения о санкциях</i> |                     |     |        |                                       |  |
| SANK                       | ...                 | ... | ...    | ...                                   | ...  |
|                            |                     |     |        |                                       |  |
|                            | S_TIP               | O   | N(1)   | Тип санкции                           | 0 – ФЛК, 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.   |
|                            | S_OSN               | O   | N(3)   | Код причины отказа (частичной) оплаты | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи (для S_TIP=0).<br>F014R Региональный классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи (для S_TIP=1).<br>Код причины отказа по санкции МЭК (S_TIP=1) или ФЛК (S_TIP=0) соответствует полю SANK в файле формата DBF. |
|                            | ...                 | ... | ...    | ...                                   | ...  |

2.3. Изложить в новой редакции описание поля LPU\_TO, кодируемого в элементе COMENTSL в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи) (Таблица 1.3):

| Поле(ID) | Тип поля | Len | Dec | Справочник | Комментарий                                    |
|----------|----------|-----|-----|------------|--|
| ...      | ...      | ... | ... | ...        | ...  |
| LPU_TO   | N        | 4   | 0   | Lpu.dbf    | Код МО, в которую переведен/доставлен пациент. |
| ...      | ...      | ... | ... | ...        | ...  |

2.4. Изложить в новой редакции описание поля OPLATA элемента SLUCH в файлах со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2):

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

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация  |
|--------------|---------------------|-----|--------|--------------|--|
|              | OPLATA              | У   | N(1)   | Тип оплаты   | Оплата случая оказания медпомощи:<br>0- не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF);<br>1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF);<br>2 – полный отказ (DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 – Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС» по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK, или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК или ФЛК в сведениях о санкциях SANK);<br>3 – частичный отказ (в настоящее время не используется). |
|              | ...                 | ... | ...    | ...          | ...  |

2.5. Изложить в новой редакции описание полей S\_TIP, S\_OSN элемента SANK в файлах со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2):

| Код элемента               | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование                          | Дополнительная информация  |
|----------------------------|---------------------|-----|--------|---------------------------------------|--|
| <i>Сведения о санкциях</i> |                     |     |        |                                       |  |
| SANK                       | ...                 | ... | ...    | ...                                   | ...  |
|                            | S_TIP               | О   | N(1)   | Тип санкции                           | 0 – ФЛК, 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.   |
|                            | S_OSN               | О   | N(3)   | Код причины отказа (частичной) оплаты | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи (для S_TIP=0).<br>F014R Региональный классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи (для S_TIP=1).<br>Код причины отказа по санкции МЭК (S_TIP=1) или ФЛК (S_TIP=0) соответствует полю SANK в файле формата DBF. |
|                            | ...                 | ... | ...    | ...                                   | ...  |

2.6. Изложить в новой редакции описание поля OPLATA элемента SLUCH в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам (Таблица 3):

| Код элемента             | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация   |
|--------------------------|---------------------|-----|--------|--------------|---|
| <i>Сведения о случае</i> |                     |     |        |              |   |
| SLUCH                    | ...                 | ... | ...    | ...          | ...   |
|                          | ...                 | ... | ...    | ...          | ...   |
|                          | OPLATA              | У   | N(1)   | Тип оплаты   | Оплата случая оказания медпомощи:<br>0- не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF);<br>1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF);<br>2 – полный отказ (DELETED=7 в файле формата DBF, если заполнено поле DELETED=7 в ComentSI; DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 – Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС» по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK, или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК или ФЛК в сведениях о санкциях SANK);<br>3 – частичный отказ (в настоящее время не используется). |
|                          | ...                 | ... | ...    | ...          | ...   |

2.7. Изложить в новой редакции описание полей S\_TIP, S\_OSN элемента SANK в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи) (Таблица 1):

| Код элемента               | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование                          | Дополнительная информация  |
|----------------------------|---------------------|-----|--------|---------------------------------------|--|
| <i>Сведения о санкциях</i> |                     |     |        |                                       |  |
| SANK                       | ...                 | ... | ...    | ...                                   | ...  |
|                            | ...                 | ... | ...    | ...                                   | ...  |
|                            | S_TIP               | О   | N(1)   | Тип санкции                           | 0 – ФЛК, 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.   |
|                            | S_OSN               | О   | N(3)   | Код причины отказа (частичной) оплаты | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи (для S_TIP=0).<br>F014R Региональный классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи (для S_TIP=1).<br>Код причины отказа по санкции МЭК (S_TIP=1) или ФЛК (S_TIP=0) соответствует полю SANK в файле формата DBF. |
|                            | ...                 | ... | ...    | ...                                   | ...  |



## 3. В Приложении 2:

## 3.1. Изложить в новой редакции описание структуры справочника special.dbf

| Имя поля   | Тип | Длина | Точность | Комментарии  |
|------------|-----|-------|----------|--|
| NPP        | N   | 4     | 0        | Код специальности (профиля койки)  |
| NAME       | C   | 128   |          | Наименование специальности (профиля койки)   |
| COD_STAT   | C   | 7     |          | Код строки годового отчета   |
| TYPED      | N   | 1     | 0        | 0 – взрослый, 1 – детский  |
| FUNICUM    | N   | 1     | 0        | Код профиля помощи: 1 – поликлиника, 2 – ДС и СД при поликлинике, 3 – стоматология, 4 – КС и ДС при КС, 6 – скорая помощь.   |
| FINANS     | N   | 1     | 0        | 1-финансируется, 0 - нет   |
| COD_SLUGB  | N   | 3     | 0        | Код службы для экспертов   |
| GKOD       | C   | 3     |          | Код по классификатору Минздрава Челябинской области  |
| COD_PSLUGB | N   | 3     | 0        | Код подслужбы для экспертов  |
| COD_PROFIL | N   | 4     | 0        | Код профиля (служебное поле для внутреннего использования в ТФОМС)   |
| PRMP       | N   | 2     | 0        | Профиль медицинской помощи (приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97 )   |
| PRVS       | C   | 9     |          | Профиль врачебной спец-ти (приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97 )  |
| VIDMP      | N   | 1     | 0        | В соответствии со справочником V008.   |
| PRMP2      | N   | 3     | 0        | В соответствии со справочником V002.   |
| PRVS2      | N   | 9     | 0        | В соответствии со справочником V004.   |
| SEX        | N   | 1     | 0        | Разрешенный пол: 0 - женский, 1 - мужской, 2 - Ж+М   |
| PARAM_EX   | C   | 250   |          | Дополнительные параметры:<br>DISP_TYP – тип диспансеризации (медицинского осмотра) :<br>DISP_TYP=1 - диспансеризация определенных групп взрослого населения,<br>DISP_TYP=2 - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,<br>DISP_TYP=3 - профилактические медицинские осмотры взрослого населения,<br>DISP_TYP=4 - профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних,<br>DISP_TYP=5 - предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних,<br>DISP_TYP=6 - периодические медицинские осмотры несовершеннолетних,<br>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,<br>DISP_TYP=8 –<br>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 |

| Имя поля | Тип | Длина | Точность | Комментарии  |
|----------|-----|-------|----------|--|
|          |     |       |          | <p>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 войны»: инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);</p> <p>DISP_LEVEL – уровень диспансеризации (медицинского осмотра) :</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> |

| Имя поля | Тип | Длина | Точность | Комментарии   |
|----------|-----|-------|----------|---|
|          |     |       |          | <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 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> |

| Имя поля | Тип | Длина | Точность | Комментарии  |
|----------|-----|-------|----------|--|
|          |     |       |          | PSYCH=1 – признак «психиатрической» специальности. |
| PRVS3    | N   | 4     | 0        | В соответствии со справочником V015.               |

### 3.2. Изложить в новой редакции описание структуры справочника rsrch.dbf

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

### 3.3. Изложить в новой редакции описание структуры справочника tarif.dbf

| Имя поля | Тип | Длина | Точность | Комментарии  |
|----------|-----|-------|----------|--|
| COD_SPEC | N   | 4     | 0        | Код специальности по справочнику special   |
| CATEGORY | N   | 1     | 0        | Категория (уровень) МО<br>0 – не влияет на выбор тарифа  |
| PLACE    | N   | 1     | 0        | Место обслуживания   |
| PURPOSE  | C   | 1     |          | Цель посещения   |
| TARIF    | N   | 10    | 2        | Тариф  |
| DATE_TAR | D   | 8     | 0        | Дата приказа по тарифу   |
| DATE_END | D   | 8     | 0        | Дата окончания действия тарифа   |
| PRIZNAK  | L   | 1     | 0        | Признак «действующий тариф»  |
| TYPE_R   | N   | 1     | 0        | Тип реанимации на профилях для беременных и рожениц (в данный момент не используется): 0 – реанимация была только у роженицы, 1 – только у новорожденного, 2 – у обоих   |
| LONG_R   | N   | 1     | 0        | Срок пребывания в отделении реанимации для пролеченного больного с реанимацией (с 01.01.2014года не заполняется):<br>0 - нет реанимации;<br>1 - до 1 суток;<br>2 - от 2 суток до 4;<br>3 - более 4 суток;<br>почасовая реанимация:<br>4 - <1суток. (clock<=8); |

| Имя поля | Тип | Длина | Точность | Комментарии   |
|----------|-----|-------|----------|---|
|          |     |       |          | 5 - 1сутки. (8<clock <= 36);<br>6 - 2суток. (36<clock<= 56);<br>7 - 3суток. (56<clock<= 80);<br>8 - 4суток. (80<clock<= 104);<br>9 - >4суток.(clock>104)<br>(стационар круглосуточный)  |
| MUT_FD   | N   | 1     | 0        | Признак тарифа для взаиморасчетов:<br>0 – обычный тариф,<br>1 – тариф для взаиморасчетов при подушевом финансировании АПП (для Челябинской области; для других территорий до декабря 2013),<br>2 – тариф для взаиморасчетов при подушевом финансировании АПП (для других территорий с января 2014),<br>3 – тариф для взаиморасчетов между медицинскими организациями при выполнении услуг по договорам гражданско-правового характера (не для оплаты в ФОМС). |
| COD_LPU  | N   | 4     | 0        | Код МО (из lpu.dbf).<br>0 – не влияет на выбор тарифа   |
| LPU_FROM | N   | 4     | 0        | Код МО, из которой осуществлен вызов бригады «с проведением эвакуации (консультации)» (из lpu.dbf).<br>0 – не влияет на выбор тарифа  |
| LPU_TO   | N   | 4     | 0        | Код МО (принимающая сторона), в которую осуществлена медицинская эвакуация бригадой «с проведением эвакуации (консультации)» (из lpu.dbf).<br>0 – не влияет на выбор тарифа   |

### 3.4. 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 затроемкости   |
| PARAM_EX | C   | 250   |          | Дополнительные параметры:<br>TRAUMA – признак «политравмы»;<br>ЕКО – признак «ЭКО»;<br>ЕКО_STEP – проведенные этапы процедуры ЭКО:<br>1 – I этап,<br>2 – I-II этап,<br>3 – I-III этап,<br>4 – I-IV этап;<br>DIAL – диализ:<br>DIAL=0 – КСГ содержит в том числе диализ,<br>DIAL=1 – КСГ содержит только гемодиализ,<br>DIAL=2 – КСГ содержит только перитонеальный диализ;<br>DIAL=3 – для КСГ обязательно применение услуг диализа.<br>VOICE – признак «замена речевого процессора» ;<br>PR – возможность применения определенного размера оплаты (кроме 100% и 40%). Указывается процент оплаты: |

| Имя поля | Тип | Длина | Точность | Комментарии   |
|----------|-----|-------|----------|---|
|          |     |       |          | PR=20 – для КСГ возможно применение 20% размера оплаты;<br>SKIP_KLVL=1 – не применяется коэффициент уровня (подуровня);<br>REABIL – признак «реабилитационной» КСГ;<br>KESAR=1 – признак КСГ «Кесарево сечение»;<br>NKD – нормативное количество койко-дней для определения сверхдлительности случая. |
| 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:<br>1 – Круглосуточный стационар,<br>2 – Дневные стационары,<br>0 – любые виды стационаров.   |
| MODEL    | N   | 2     | 0        | Номер модели КСГ в соответствии с методическими рекомендациями ФФОМС  |

### 3.5. 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:<br>1 – коэффициент уровня/подуровня<br>2 – коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП)<br>3 – коэффициент территориальной дифференциации  |
| TYP2     | N   | 2     | 0        | Подтип коэффициента:<br>1 – КСЛП в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом;<br>2 – КСЛП в связи с необходимостью предоставления спального места и питания законному представителю («по уходу»);<br>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;<br>4 – КСЛП по КСГ «Замена речевого процессора» в связи с более высоким уровнем затрат на расходные материалы;<br>5 – КСЛП по КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» в связи с применением дорогостоящих современных эффективных медицинских технологий;<br>6 – КСЛП при наличии у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента;<br>7 – КСЛП при проведении сочетанных хирургических вмешательств;<br>8 – КСЛП при проведении однотипных операций на парных органах;<br>9 – КСЛП при сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями;<br>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  |

| Имя поля | Тип | Длина | Точность | Комментарии   |
|----------|-----|-------|----------|---|
|          |     |       |          | 0 – для всех  |
| LVL      | C   | 3     |          | Уровень (подуровень) оказания медпомощи. При наличии подуровня указывается через «.» после уровня.<br>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:<br>AGE – возрастной период;<br>KSG – перечень кодов КСГ, к которым применяется;<br>CARE=1 – обязательное наличие коек по уходу;<br>-KPG – перечень КПГ, к которым не применяется;<br>-KSG – перечень КСГ, к которым не применяется;<br>MAX_CNT – максимальная кратность применения. |
| COMMENT  | C   | 250   |          | Описание  |

#### 4. В Приложении 4:

##### 4.1. Пункт 1.3.4.48 изложить в новой редакции

1.3.4.48 В поле OPLATA указывается тип оплаты случая оказания медицинской помощи:

0 – не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF);

1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF);

2 – полный отказ (DELETED=7 в файле формата DBF, если заполнено поле DELETED=7 в ComentSl; DELETED=6 в файле формата DBF, если заполнено поле DELETED=6 в ComentSl; DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 – Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС» по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK; или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК или ФЛК в сведениях о санкциях SANK);

3 – частичный отказ (в настоящее время не используется).

Решение об оплате принимается СМО.

Отказы нельзя указывать в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ; на записях со значением поля PR\_NOV≠0.

Принимает одинаковое значение на всех записях по случаю оказания медицинской помощи (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра).

#### 4.2. Пункт 1.3.4.49 изложить в новой редакции

1.3.4.49 В поле SUMP указывается итоговая сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС Челябинской области), по случаю оказания медицинской помощи. Включает в себя сумму, выставленную к оплате с учетом типа оплаты OPLATA (OPLATA=2 – полный отказ в финансировании).

Исключение составляют записи по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}). Для записей по услугам диализа поле SUMP принимает значение 0.

#### 4.3. Пункт 1.3.4.51.3 изложить в новой редакции

1.3.4.51.3 Поле S\_TIP обязательно для заполнения. Указывается тип санкции: 0 – ФЛК, 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.

#### 4.4. Пункт 1.3.4.51.4 изложить в новой редакции

1.3.4.51.4 Поле S\_OSN обязательно для заполнения. Указывается код причины отказа в соответствии с региональным классификатором причин отказа в оплате медицинской помощи F014R (для S\_TIP=1) или в соответствии с классификатором причин отказа в оплате медицинской помощи F014 (для S\_TIP=0).

#### 4.5. Пункт 1.3.4.52.15 изложить в новой редакции

1.3.4.52.15 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.

Значение коэффициента сложности лечения пациента по критерию сверхдлительности срока госпитализации определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней.

$$\text{КСЛП}_{\text{сверхдлит}} = \text{Окр2}(1 + K_{\text{дл}} * (\text{ФКД} - \text{НКД}) / \text{НКД}),$$

где

Окр2 – функция округления значения до двух знаков после запятой;

КСЛП<sub>сверхдлит</sub> – коэффициент сложности лечения пациента по критерию сверхдлительности срока госпитализации;

K<sub>дл</sub> – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов (K<sub>дл</sub> = 0,25);

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (значение параметра NKD в поле PARAM\_EX справочника KSG.DBF).

При этом вычисленное значение КСЛП по критерию сверхдлительности срока госпитализации должно соответствовать справочнику KOEF.DBF (TYP=2, TYP2=9 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF).

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

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + \dots + (\text{КСЛП}_n - 1)$$

При этом если КСЛП<sub>сумм</sub>>1,8 то КСЛП<sub>сумм</sub>=1,8. Исключение составляют случаи сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

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.

4.6. Пункт 1.3.4.52.19.2 изложить в новой редакции

#### 1.3.4.52.19.2 Поле BED\_DAY заполняется:

1) В файлах персонифицированного учета по стационару и файлах по поликлинике (дневные стационары) для коек по:

а) КСГ, к которым обязательно применение услуг диализа (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DIAL=3}). Указывается количество услуг/дней диализа. Равно сумме значений по полю KOL\_USL (поле BED\_DAY в файле формата DBF) в записях по услугам диализа, примененных на данной койке (GUID1 койки = GUID2 услуг диализа).

Если профиль койки предполагает применение гемодиализа (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=1} и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) значение не должно превышать: 14 – если номер отчетного месяца равен «1» (январь), «3» (март), «5» (май), «7» (июль), «8» (август), «10» (октябрь), «12» (декабрь); 13 – в остальных случаях. Если профиль койки предполагает применение перитонеального диализа (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) значение должно быть равно общему количеству койко-дней пребывания на койке, подсчитанному по правилам статистики.

б) КСГ ЭКО (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {ЕКО=1}). Указывается количество пациенто-дней, подлежащих учету, из общего периода оказания медицинской помощи. Так, учету подлежат только те дни, в которые застрахованный непосредственно обращался за помощью по ЭКО. Это количество пациенто-дней может не совпадать с периодом лечения. При указании количества пациенто-дней следует учитывать сведения по объемам предоставления медицинской помощи, установленным решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике для записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1). Указывается количество дней диализа. Равно сумме значений по полю KOL\_USL (поле BED\_DAY в файле формата DBF) в записях по услугам диализа, оказанным в рамках данного случая (GUID1 случая = GUID2 услуг диализа). Для случаев лечения с проведением процедур перитонеального диализа (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) значение должно быть равно общему количеству дней по записи случая, подсчитанного аналогично правилам статистики определения количества койко-дней пребывания на койке дневного стационара.

#### 4.7. Пункт 1.3.4.53.9 изложить в новой редакции

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

1) код медицинской организации, в которую переведен пациент, на записи, соответствующей выписной койке (RSLT≠0, ISHOD≠0) в движении

круглосуточного стационара или дневного стационара любого типа (PURPOSE = «К» - круглосуточный, «Д» - дневной, «Н» - на дому) с результатом «Переведен в другое ЛПУ» (RSLT=102, 202).

При этом:

- если медицинская организация, в которую переведен пациент, находится вне Челябинской области, то в поле LPU\_TO следует указывать значение «-1»;
- если медицинская организация, в которую переведен пациент, находится на территории Челябинской области, но отсутствует в справочнике, то в поле LPU\_TO следует указывать значение «-2».

Код медицинской организации, в которую переведен пациент, должен быть отличен от кода медицинской организации лечения (COD\_LPU≠LPU\_TO).

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

При этом:

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

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

– если медицинская организация, в которую доставили пациента, находится на территории Челябинской области, но отсутствует в справочнике, то в поле LPU\_TO следует указывать значение «-2».

#### 4.8. Пункт 1.3.4.53.11 изложить в новой редакции

1.3.4.53.11 В полях SUMD1\_T, SUMD1\_V, SUMD1\_P указывается при наличии информация о дополнительной сумме оплаты №1 в зависимости от типа SUMD1\_T.

1) SUMD1\_T=1 – за услуги диализа.

1.1) В файлах персонифицированного учета по поликлинике (стационар при поликлинике) и стационару на тарифицированных койках, оплачиваемых по КСГ, и записях по услугам диализа.

В поле SUMD1\_T указывается значение 1.

В поле SUMD1\_V указывается сумма по услугам диализа ( $S_{DIAL}$ ), выставленная к оплате.

В поле SUMD1\_P указывается сумма по услугам диализа ( $S_{DIAL}$ ), принятая к оплате. Включает в себя сумму, выставленную к оплате (SUMD1\_V), с учетом типа оплаты OPLATA (OPLATA=2 – полный отказ в финансировании).

Расчет суммы по услугам диализа ( $S_{DIAL}$ ):

1.1.1) Для записи по услугам диализа (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4):

$$S_{DIALdetail} = TARIF_{FIN\_ID=1} * KOL\_USL,$$

где

$TARIF_{FIN\_ID=1}$  – основной тариф по услуге диализа.

1.1.2) Для тарифицированных коек, оплачиваемых по КСГ ( $TARIF_{FIN\_ID=1} \neq 0$ ):

$$S_{DIAL} = \sum S_{DIALdetail}$$

Суммируется оплата услуг диализа (без доставки диализных больных) по всем записям услуг диализа, относящихся к случаю оплаты КСГ тарифицированной койки.

1.2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике на записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и записях по услугам диализа, оказанным в рамках этого случая.

В поле  $SUMD1\_T$  указывается значение 1.

В поле  $SUMD1\_V$  указывается сумма по услугам диализа ( $S_{DIAL}$ ), выставленная к оплате.

В поле  $SUMD1\_P$  указывается сумма по услугам диализа ( $S_{DIAL}$ ), принятая к оплате. Включает в себя сумму, выставленную к оплате ( $SUMD1\_V$ ), с учетом типа оплаты  $OPLATA$  ( $OPLATA=2$  – полный отказ в финансировании).

Расчет суммы по услугам диализа ( $S_{DIAL}$ ):

1.2.1) Для записи по услугам диализа (в поле  $PARAM\_EX$  справочника  $SPECIAL.DBF$  имеется параметр  $DIAL$  и содержится элемент  $\{DETAIL=3\}$ ,  $FUNICUM=1$ ):

$$S_{DIALdetail} = TARIF_{FIN\_ID=1} * KOL\_USL,$$

где

$TARIF_{FIN\_ID=1}$  – основной тариф по услуге диализа.

1.2.2) Для записи по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно:

$$S_{DIAL} = \sum S_{DIALdetail}$$

Суммируется оплата услуг диализа по всем записям услуг диализа, относящихся к данному случаю лечения.

#### 4.9. Пункт 1.3.4.53.12 изложить в новой редакции

1.3.4.53.12 В полях  $SUMD2\_T$ ,  $SUMD2\_V$ ,  $SUMD2\_P$  указывается при наличии информация о дополнительной сумме оплаты №2 в зависимости от типа  $SUMD2\_T$ .

1)  $SUMD2\_T=2$  – за доставку диализных больных.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (стационар при поликлинике) и стационару на тарифицированных койках, оплачиваемых по КСГ, и записях по услугам диализа.

В поле  $SUMD2\_T$  указывается значение 2.

В поле  $SUMD2\_V$  указывается сумма по доставке диализных больных ( $S_{DOST}$ ), выставленная к оплате.

В поле  $SUMD2\_P$  указывается сумма по доставке диализных больных ( $S_{DOST}$ ), принятая к оплате. Включает в себя сумму, выставленную к оплате ( $SUMD2\_V$ ), с учетом типа оплаты  $OPLATA$  ( $OPLATA=2$  – полный отказ в финансировании).

Расчет суммы по доставке диализных больных ( $S_{DOST}$ ):

1.1) Для записи по услугам диализа (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4):

$$S_{DOSTdetail} = TARIF_{FIN\_ID=6} * KOL\_USL,$$

где

$TARIF_{FIN\_ID=6}$  – дополнительный тариф на доставку диализных больных.

1.2) Для тарифицированных коек, оплачиваемых по КСГ ( $TARIF_{FIN\_ID=1} \neq 0$ ):

$$S_{DOST} = \sum S_{DOSTdetail}$$

Суммируется оплата доставки диализных больных по всем записям услуг диализа, относящихся к случаю оплаты КСГ тарифицированной койки.

## 5. В Приложении 7:

### 5.1. 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, INV] | =                             | =                                      | Определяются на дату VISIT_DATE обращения (дату последнего посещения в рамках обращения)   |
| NHISTORY  | =                             | =                                      | Номер амбулаторной карты пациента  |
| PLACE   | 1 или 2 (поликлиника)         | 1 или 2 (поликлиника)                  | Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы один PLACE=PLACE обращения. В обращении могут быть или только PLACE поликлиники (1,2), или только PLACE стоматологии (7). Комбинация [COD_SPEC, PLACE, PURPOSE] обращения должна быть допустимой по Тарифному соглашению ТФОМС (существует тариф в TARIF.DBF). Среди посещений в рамках |
|   | 7 (стоматология)              | 7 (стоматология)                       |  |
| PURPOSE   | Л (поликлиника)               | Л (поликлиника)                        |  |
|   | У (стоматология)              | У (стоматология)                       |  |
| COD_SPEC  | Специальность врача обращения | Специальность врача посещения          |  |
| IDDOCT  | Код врача обращения           | Код врача посещения                    |  |
| KVAL  | Квалификация врача обращения  | Квалификация врача посещения           |  |

| Поле       | Итоговая запись по обращению      | Запись по посещению в рамках обращения              | Примечания   |
|------------|-----------------------------------|---|--|
|            |                                   |   | обращения должен быть хотя бы одно посещение, у которого одновременно выполняется:<br>COD_SPEC=COD_SPEСобращения,<br>PLACE=PLACEобращения,<br>PURPOSE= PURPOSEобращения,<br>IDDOCT=IDDOCTобращения,<br>KVAL=KVALобращения. |
| VIDPOM     | Вид медицинской помощи обращения  | Вид медицинской помощи посещения                    | Определяется по данным записи обращения/посещения соответственно по алгоритму:<br>Если KVAL='Ф' => 11<br>ИначеЕсли {TERAP=1} => 12<br>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:<br>=VISIT_DATE последнего посещения<br>или<br>=VISIT_NXT последнего посещения для RSLТобращения=2 (из справочника V009.DBF)  |
| UET        | Σ УЕТ посещений (стоматология)    | УЕТ посещения (стоматология)                        |  |
| COD_MKB0   | Первичный диагноз обращения       | Первичный диагноз посещения                         |  |
| COD_MKB    | Основной диагноз обращения        | Основной диагноз посещения                          | Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы одно, у которого COD_MKB=COD_MKBобращения   |
| COD_MKB1   | Сопутствующий диагноз обращения   | Сопутствующий диагноз посещения                     |  |
| COD_MKB2   | Диагнозы осложнений для обращения | Диагнозы осложнений для посещения                   |  |
| RSLT       | В соответствии с V009             | Не заполняется                                      |  |
| ISHOD      | В соответствии с V012             | Не заполняется                                      |  |
| MEDUS_ID   | Не заполняется                    | Перечень номенклатур медицинских услуг по посещению |  |
| MEDUS_ID1  | Не заполняется                    |   |  |
| MEDUS_ID2  | Не заполняется                    |   |  |
| MEDUS_ID3  | Не заполняется                    |   |  |
| VISIT_DATE | VISIT_DATE последнего посещения   | Дата посещения                                      |  |
| ATTACH     | =                                 | =   | Прикрепление на дату окончания отчетного периода   |
| NREESTR    | =                                 | =   |  |
| SUM_K      | Не заполняется                    | По правилам оплаты                                  | Правила оплаты, действующие на дату DATE_END   |
| SUMV       | Не заполняется                    | По правилам оплаты                                  | Правила оплаты, действующие на дату DATE_END   |
| SUMP       | Не заполняется                    | По правилам оплаты                                  | Правила оплаты, действующие на дату DATE_END   |
| FOR POM    | =                                 | =   | 3 – Плановая   |
| DELETED    | =                                 | =   | При необходимости, снятию с оплаты по причине превышения объемов предоставления  |
| SANK       | Код санкции МЭК или ФЛК по        | Код санкции МЭК или ФЛК по                          |  |

| Поле      | Итоговая запись по обращению   | Запись по посещению в рамках обращения   | Примечания   |
|-----------|--|--|--|
|           | классификатору F014R или F014 соответственно для записи по обращению | классификатору F014R или F014 соответственно для записи по посещению   | 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:<br>DELETED=3, SANK=62 – «Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС».<br>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 обращения   | Ссылка на итоговую запись обращения  |
| VISIT_NXT | VISIT_NXT последнего посещения                                       | VISIT_NXT посещения = VISIT_DATE следующего посещения<br>Не заполняется на записи последнего посещения, кроме RSLT обращения=2 (из справочника V009.DBF) | Назначенная дата следующего посещения в рамках данного обращения.<br>VISIT_NXT <= VISIT_DATE+3мес.   |
| CNT_VISIT | Количество записей по посещениям в рамках обращения                  | Не заполняется   | Количество посещений в обращении.<br>Поликлиника (PLACE=1,2):<br>а) в отчетах за январь и февраль 2017 года:<br>CNT_VISIT>=1<br>б) с отчета за март 2017 года<br>CNT_VISIT>=2 – если RSLT  |



| Поле       | Итоговая запись по обращению                     | Запись по посещению в рамках обращения                   | Примечания  |
|------------|--|--|---|
|            |  |  | обращения#2 (из справочника V009.DBF);<br>CNT_VISIT>=1 – если RSLT обращения=2 (из справочника V009.DBF).<br>Стоматология (PLACE=7):<br>а) в отчетах с января по апрель 2017 года:<br>CNT_VISIT>=1;<br>б) с отчета за май 2017 года<br>CNT_VISIT>=2 – если RSLT обращения#2 (из справочника V009.DBF);<br>CNT_VISIT>=1 – если RSLT обращения=2 (из справочника V009.DBF). |
| OBR_VIS    | 1  | 2  | Признак обращения/посещения:<br>1 – обращение,<br>2 – посещение в рамках обращения,<br>0 – в остальных случаях.   |
| PR_D_N     | Признак «диспансерного наблюдения» для посещения | Признак «диспансерного наблюдения» для обращения в целом | 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 посещения           | Признак «неполный объем» для обращения в целом           |   |
| DATE_POST  | =  | =  | Дата первого посещения в рамках данного обращения<br>(=VISIT_DATE первого посещения)  |
| DATE_VIPIS | =  | =  | Дата последнего посещения в рамках данного обращения<br>(=VISIT_DATE последнего посещения)  |