

ПРИКАЗ

«03» 10 2017г.

№ 1805/804

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.

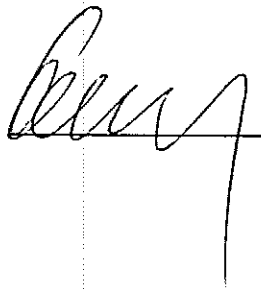
3. Начальнику управления информационных технологий территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Аверьянову А.В. довести до сведения руководителей МО и СМО о внесении изменений в Правила, утвержденные настоящим приказом.

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

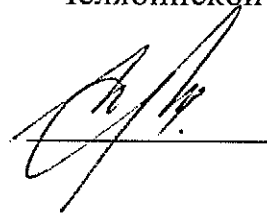
5. Настоящий приказ вступает в силу с даты его подписания и распространяет свое действие, начиная с предоставления отчета за медицинские услуги, оказанные с 1 октября 2017 года.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за нами.

Министр здравоохранения
Челябинской области

 С.Л. Кремлев

Директор территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Челябинской области

 И.С. Михалевская

приказом Министерства здравоохранения
Челябинской области и территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области
от 03.10.2017 № 1805 / 804

Изменения

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

1. В Приложении 2:

1.1. Изложить в новой редакции описание структуры справочника mkb.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
CODE	C	7		Код заболевания
NAME	C	255		Наименование
TERR_USE	C	1		Признак вхождения в территориальную программу ОМС
BASE_USE	C	1		Признак вхождения в базовую программу ОМС
OVER_BASE	C	1		Признак «сверх базовой программы ОМС»: 1 – по профилю «Инфекционные (ВИЧ)», 2 – по профилю «Медицинская реабилитация соматическая».
IDC	N	3	0	Класс МКБ
IDB	N	3	0	Подкласс МКБ
ITEMS	N	3	0	Количество подрубрик
DB	D	8	0	Дата включения в справочник
DE	D	8	0	Дата исключения из справочника
PARAM_EX	C	255		Дополнительные параметры: MAIN=1 – признак того, что можно указывать рубрику при наличии подрубрик

1.2. Добавить описание структуры справочника RsltVld.dbf

Структура справочника **RsltVld.dbf** (Справочник разрешенных результатов посещений/обращений при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, кроме диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно)

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

2. В Приложении 4:

2.1. 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 затратно-емкости 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_{МО} \ КПУС_{МО} * КСЛП),

где:

Окp2 – функция округления значения до двух знаков после запятой;

КУС_{МО} \ КПУС_{МО} = КУС_{МО} * КПУС_{МО} – коэффициент уровня/подуровня,

КУС_{МО} – 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_{МО} =1;

КПУС_{МО} – 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_{МО} =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.

$$\text{КСЛП}_{\text{сверхдлит}} = \text{Окp2}(1 + \text{К}_{\text{дл}} * (\text{ФКД} - \text{НКД}) / \text{НКД}),$$

где

Окp2 – функция округления значения до двух знаков после запятой;

КСЛП_{сверхдлит} – коэффициент сложности лечения пациента по критерию сверхдлительности срока госпитализации;

К_{дл} – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов (К_{дл} = 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 $\text{КСЛП}_{\text{сумм}} > 1,8$ то $\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = 1,8$. Исключение составляют случаи сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле 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.

3. В Приложении 7:

3.1. Пункт 1.4.1 изложить в новой редакции

1.4.1. Для поликлиники (PLACE=1,2):

Посещения в обращении, кроме последнего, предполагают дальнейшие посещения пациента по этому же поводу. Для каждого посещения в рамках обращения, кроме последнего, указывается назначенная дата следующего посещения (поле VISIT_NXT). Дата следующего посещения в обращении (VISIT_DATE) равна дате назначенного посещения на предыдущем посещении (VISIT_NXT). На последнем посещении поле VISIT_NXT не заполняется, за исключением ситуации «прерванного лечения», когда пациент на последнее назначенное посещение не явился. В том случае, если пациент на последнее назначенное посещение не явился (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF), то обращение считается «прерванным» и на последнем посещении будет заполнено поле VISIT_NXT.

Количество посещений в рамках обращения должно быть не менее двух. Наличие одного посещения в рамках обращения допускается только в случаях:

1) в файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи за январь и февраль 2017 года:

- для обращений, удовлетворяющих критериям: а) обращение было начато ранее отчетного периода; б) все посещения в рамках данного обращения, кроме последнего, были учтены и поданы на оплату в предыдущих отчетных периодах;

- для «прерванных обращений» (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF).

2) в файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи начиная с марта 2017 года:

- для «прерванных обращений» (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF).

3.2. Пункт 1.4.2 изложить в новой редакции

1.4.2. Для стоматологии (PLACE=7):

Если посещение в обращении предполагает дальнейшие посещения пациента в рамках данного обращения, то для него указывается назначенная дата следующего посещения (поле VISIT_NXT). Дата следующего посещения в обращении (VISIT_DATE) равна дате назначенного посещения на предыдущем посещении (VISIT_NXT). На последнем посещении поле VISIT_NXT не заполняется, за исключением ситуации «прерванного лечения», когда пациент на последнее назначенное посещение не явился. В том случае, если пациент на последнее назначенное посещение не явился (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF), то обращение считается «прерванным» и на последнем посещении будет заполнено поле VISIT_NXT.

Количество посещений в рамках обращения должно быть не менее двух. Наличие одного посещения в рамках обращения допускается только в случаях:

1) в файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи с января по апрель 2017 года. При этом обращение не обязательно будет «прерванным» (с результатом 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF);

2) в файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, начиная с мая 2017 года, допускается наличие одного посещения в рамках обращения для «прерванных обращений» (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF).

3.3. Добавить пункт 2.5 после пункта 2.4

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

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

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

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

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

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

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

Шаг 3.2. К существующему фильтру добавляется фильтр по полю $CONDn$ вида «Имя_критерия=Вычисленное_Значение_критерия». При этом «Вычисленное_Значение_критерия» берется на основании данных файла персонифицированного учета в соответствии со смыслом указанного «Имя_критерия» (указано в описании структуры справочника RsltVld.dbf в Приложении 2 настоящих Правил).

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

Переходим к Шагу 3.3.

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