

ПРИКАЗ

«03» 11 2017г.

№ 2031/937

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.

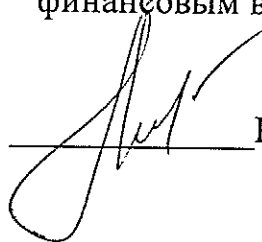
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за нами.

Министр здравоохранения
Челябинской области



С.Л. Кремлев

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 03.11.17 № 2031 / 937

Изменения

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

1. В Приложении 1:

1.1. Изложить в новой редакции описание поля CODE_USL, кодируемого в элементе USL 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 об услуге</i>					
USL	...	...	...	...	...

	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф; 6-tarif_dop – дополнительный тариф; 8-tar1_v – дополнительный тариф №1 (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=1); 9-tar2_v – дополнительный тариф №2 (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=2). Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.

1.2. Добавить описание поля TAR2_T, кодируемого в элементе COMENTU 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 1.2):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
TAR2_T	N	2	0	Tar_Typ.dbf	Тип дополнительного тарифа №2

1.3. Изложить в новой редакции описание поля CODE_USL, кодируемого в элементе USL в файлах со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2):

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Сведения об услуге</i>					
USL	...	...	...	...	...

	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф; 8-tar1_v – дополнительный тариф №1; (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=1); 9-tar2_v – дополнительный тариф №2 (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=2). Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.

1.4. Добавить описание поля TAR2_T, кодируемого в элементе COMENTU в файлах со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2.2):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
TAR2_T	N	2	0	Tar_Typ.dbf	Тип дополнительного тарифа №2

1.5. Изложить в новой редакции описание поля CODE_USL, кодируемого в элементе USL 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 об услуге</i>					
USL	...	...	...	...	...

	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф; 8-tar1_v – дополнительный тариф №1 (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=1); 9-tar2_v – дополнительный тариф №2 (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=2). Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.

1.6. Добавить описание поля TAR2_T, 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
...
TAR2_T	N	2	0	Tar_Typ.dbf	Тип дополнительного тарифа №2

2. В Приложении 2:

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

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
KMKV	C	7		Код заболевания
NMKV	C	255		Наименование
TERR_USE	C	1		Признак вхождения в территориальную программу ОМС
BASE_USE	C	1		Признак вхождения в базовую программу ОМС

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
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

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

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

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p>DISP_TYP=7 - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, DISP_TYP=8 –</p> <p>а) до августа 2015 года диспансеризация категории граждан «участники ВОВ»: инвалидов и участников Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступивших в повторный брак, и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда", бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий),</p> <p>б) с августа 2015 года диспансеризация категории граждан «инвалиды войн»: инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);</p> <p>DISP_LEVEL – уровень диспансеризации (медицинского осмотра) :</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>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p> A16=0 – обязательное отсутствие, A16=1 – обязательное наличие; CZ – тарифы для Центров здоровья; KPG=0 – признак того, что в файле персонифицированного учета в записи с данным кодом тарифа не нужно указывать КППГ/КСГ; WEIGHT=500-1499 – вес новорожденного с ЭНМТ и ОНМТ; FAP – фельдшер ФАП; KDC – тарифы для оплаты консультаций врачей-специалистов КДЦ; MINVOP - тарифы для оплаты малоинвазивных операций; PATHOLOGY – признак патологии: PATHOLOGY=1 – новорожденных, PATHOLOGY=2 – беременности; TERAP – признак терапевтической специальности или общепрофильной бригады скорой медицинской помощи; KVAL – ограничение на квалификацию специалиста/бригады скорой помощи (В-врач/врачебная, Ф-фельдшер/фельдшерская); NEOTLOG – признак неотложной помощи (для поликлиники, стоматологии); OVER_BASE – признак тарифа «сверх базовой программы ОМС»: 1 – по профилю «Инфекционные (ВИЧ)», 2 – по профилю «Медицинская реабилитация соматическая», 3 – по профилю «Кардиологические» по методу диагностики «коронароангиография»; HIV=1 – признак «ВИЧ»; SPEC_TAR – индивидуальный тариф для МО, применение которого описано в Тарифном соглашении; BEREM – тариф для оплаты коек: BEREM=1 - «Для беременных и рожениц»; BEREM=2 - «Для беременных и рожениц с новорожденным(и)»; REABIL – признак «Реабилитационной» койки/специальности; ЕКО – признак «ЭКО»; ЕКО_STEP – проведенные этапы процедуры ЭКО: 1 – I этап, 2 – I-II этап, 3 – I-III этап, 4 – I-IV этап; ONCO – тариф для оплаты коек/ специальностей: ONCO = 1 – «Онкологические», ONCO = 2 – «Радиологические», ONCO = 3 – «Химиотерапевтические»; DIAL – профиль/услуга диализа: DIAL=1 – «Гемодиализ», DIAL=2 – «Перитонеальный диализ»; VB – признак «выездной бригады»; UZI=1 – «с проведением пренатальной диагностики»; DETAIL – признак осмотра/исследования по диспансеризации, услуги диализа: DETAIL=1 – осмотр специалистом в рамках </p>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				диспансеризации, DETAIL=2 – исследование в рамках диспансеризации, DETAIL=3 – услуга диализа; VOICE – признак «замена речевого процессора»; TLT=1 – «с проведением тромболитической терапии (ТЛТ)»; MEDUS – перечень разрешенных кодов номенклатур медицинских услуг; EVAC=1 – «проведение медицинской эвакуации (консультации)» выездной бригадой; DAY – возрастной период (в днях); SP_SPEC – перечень допустимых профилей бригады; TRAUMP=1 – признак «травмпункта»; PRIEMP=1 – признак «приемного отделения»; VOP=1 – признак «врач общей практики»; PSYCH=1 – признак «психиатрической» специальности; KAG=1 – признак «коронароангиографии».
PRVS3	N	4	0	В соответствии со справочником V015.

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

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
MEDUS_ID	C	16		Код
MEDUS_NAME	C	40		Наименование
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: UET – количество УЕТ за услугу в стоматологии; REABIL – признак «Реабилитационной» услуги; VOICE – признак «замена речевого процессора»; EKO – признак «ЭКО»; DIAL – услуга диализа: DIAL=1 – «Гемодиализ», DIAL=2 – «Перитонеальный диализ»; MAX_CNT – максимальная кратность указания в перечне медицинских услуг; TYPED – ограничения на использование «стоматологической» услуги по возрастному критерию: TYPED=0 – только для взрослых, TYPED=1 – только для детей; TLT=1 – услуга «Тромболитической терапии (ТЛТ)»; KESAR=1 – услуга «Кесарево сечение»; KAG=1 – услуга «Коронароангиографии».

2.4. Изложить в новой редакции описание структуры справочника lpu.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NPP	N	4	0	Код МО
NPPPREV	N	2	0	Код родителя
NAME	C	100		Наименование
GTER	C	2		Код территории по классификатору Минздрава Челябинской области

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
GKOD	C	2		Код МО на этой территории (GTER+GKOD = код МО Минздрава Челябинской области)
CATEGORY	N	1	0	Категория МО (уровень оказания медицинской помощи)
AGE	N	1	0	Тип МО: 0 – взрослая; 1 –детская; 2 – взрослая (в том числе детская).
FOMC	L	1	0	Находится ли в системе ОМС
AKT	C	10		Номер действующей лицензии
D_BEG	D	8	0	Дата начала действия лицензии
D_END	D	8	0	Дата окончания лицензии
PERSON	L	1	0	Юридическое лицо
LEVEL	N	2	0	Уровень (федеральный, областной ...)
FATHER	N	2	0	Подчиняется (Минздрав, РАН , ...)
NUM_BEDS	N	4	0	Количество коек в МО
NUM_OMC	N	4	0	Из них в системе ОМС
FIO	C	40		ФИО главврача
ADDRESS	C	80		Адрес
PHONE	C	25		Телефон
TYPE1	L	1	0	Является ли поликлиникой
TYPE2	L	1	0	Является ли стационаром
BEG	N	2	0	Дата учетного периода
OKPO	C	8		Код по ОКПО
INN	N	12	0	ИНН
OKOPF	C	2		Код по ОКOPF
VEDOMST	N	2	0	Код принадлежности к ведомству
FAX	C	15		Факс
GTER_OLD	C	4		
GKOD_OLD	C	7		
OKATO	C	11		ОКАТО
OGRN	C	15		ОГРН
OKVED	C	8		Код МО по ОКВЭД
OKOGU	C	5		Код МО по ОКОГУ
KPP	N	9	0	КПП
DLO	L	1	0	Работает по программе дополнительного лекарственного обеспечения
BEGS	N	2	0	Начало отчетного периода для стационара
DMP	N	1	0	Работает по программе "доп. мед. помощи"
DMP_DOGOV	C	6		Договор по программе "доп. мед. помощи"
DMP_DATE	D	8	0	Дата начала договора "доп. мед. помощи"
DMP_DATE2	D	8	0	Дата окончания договора "доп. мед. помощи"
DLO_DATE	D	8	0	Дата начала работы по ДЛО
BUX	C	40		ФИО главного бухгалтера
VED_DATE	D	8	0	Вед.мед.выплаты (начало)
VED_DATE2	D	8	0	Вед.мед.выплаты (конец)
VED_DOGOV	C	6		Вед.мед.выплаты (номер договора)
SELF_STOM	L	1	0	Признак самостоятельной стоматологии
PENS_DOGOV	C	6		Выплаты пенсионерам (номер договора)
PENS_DATE	D	8	0	Выплаты пенсионерам (начало)
PENS_DATE2	D	8	0	Выплаты пенсионерам (конец)
RAB_DOGOV	C	9		Номер договора с ФСС
RAB_DATE	D	8	0	Начало действия договора с ФСС
RAB_DATE2	D	8	0	Окончание действия договора с ФСС
TYPEUZ	N	1	0	Тип АПУ

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
LPUPAY	N	4	0	Головное МО
NAMEFULL	C	254		Полное наименование
AKT_OLD	C	10		Номер предыдущей лицензии
D_BEG_OLD	D	8	0	Дата начала действия предыдущей лицензии
D_END_OLD	D	8	0	Дата окончания предыдущей лицензии
GOSZAKAZ	L	1	0	Признак наличия госзаказа
ADRESSPOST	C	80		Почтовый адрес
ORG	N	1	0	Признак подчиненности
PHONE_REG	C	25		Телефон регистратуры
E_MAIL	C	30		Адрес электронной почты
DATE_BEG	D	8	0	Дата включения в справочник
DATE_END	D	8	0	Дата исключения из справочника
DTZAP	D	8	0	Дата последнего редактирования
FS	N	1	0	Форма собственности
U_MP	N	1	0	Учет объемов специализированной медицинской помощи по законченному случаю на основании федеральных стандартов
HT_MP	N	1	0	Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в системе ОМС
SP_MP	N	1	0	Оказание специализированной медицинской помощи в системе ОМС
SKOR_MP	N	1	0	Оказание скорой медицинской помощи в системе ОМС
AVIA_MP	N	1	0	Оказание специализированной.(санавиация).скорой медицинской помощи в системе ОМС
NOR_PAY	N	1	0	2 – МО, финансируемые по подушевому тарифу
FS_PAY	N	1	0	Получает средства за оказанную медицинскую помощь на основании федеральных стандартов
M_OUT	N	1	0	Размещает услуги немедицинского характера в других организациях
PAY_WORK	N	1	0	Использует новую отраслевую систему оплаты труда
M_NP1	N	1	0	Участствует в дополнительной диспансеризации граждан
M_NP2	N	1	0	Участствует в диспансеризации детей в трудной жизненной ситуации
MASTER	L	1	0	Признак фондодержания
TYPE3	L	1	0	Признак наличия реанимации
KT_COMPLEX	C	4		Финансирование исследований КТ и МРТ по категориям сложности (не используется)
WWW	C	100		Адрес сайта организации
NAME_E	N	2	0	Причина исключения МО из реестра МО. 1- утрата (приостановление либо прекращение) права на осуществление медицинской деятельности; 2- ликвидация медицинской организации; 3- банкротство медицинской организации; 4- иные случаи, предусмотренные законодательством РФ, препятствующие осуществлению деятельности в сфере ОМС. Заполняется при наличии данных в поле d_end
DUVED	D	8	0	Дата уведомления об осуществлении деятельности в сфере ОМС.
NAMEMOK	C	250		Краткое наименование для реестра ФФОМС
NAMESHORT	C	40		Краткое наименование (для отчетов)
FPOM_MO	N	2	0	Формы оказания МП медицинской организацией Сумма значений: 1 – Оказание МП в экстренной форме 2 – Оказание МП в неотложной форме 4 – Оказание МП в плановой форме

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				8 – Женская консультация
CATEG2	N	1	0	Подуровень МО (подуровень для МО 3-го уровня оказания стационарной медицинской помощи)
FIN_END	D	8	0	Дата прекращения финансирования по ОМС.

2.5. Изложить в новой редакции описание структуры справочника tarifpf.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TYP	N	2	0	Тип тарифов: 1 – скорая помощь, 2 – поликлиника, 3 – одноканальное, 4 – дополнительный тариф подушное АПП (2015), 5 – дополнительный тариф подушное СМП (2015), 6 – дополнительный тариф подушное АПП (2017).
DATE_TAR	D	8	0	Начало действия тарифа
DATE_END	D	8	0	Окончание действия тарифа
COD_LPU	N	4	0	Код МО
TARIF	N	10	0	Подушное тариф, руб.

2.6. Изложить в новой редакции описание структуры справочника hmp.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_ID	N	4	0	Код тарифа на оплату ВМП
MODEL_HMP	N	4	0	Код модели пациента ВМП. В соответствии со справочником HMP_MOD.DBF
VID_HMP	C	9		Код вида ВМП. В соответствии со справочником V018.
METHOD_HMP	N	3	0	Код метода ВМП. В соответствии со справочником V019.
VID_LECH	N	1	0	Вид лечения: 1 – терапевтическое; 2 – хирургическое; 3 – комбинированное.
HMP_P17_ID	N	2	0	Код профиля по Приказу ФФОМС от 26.02.2014 №17 – справочник HMP_P17.DBF
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: WEIGHT=500-1499 – вес новорожденного с ЭНМТ и ОНМТ; OVER_BASE – признак «сверх базовой программы ОМС»; 4 – ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» определенных методов лечения.

2.7. Изложить в новой редакции описание структуры справочника sizecmb.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
OVER_BASE	N	1	0	Признак «сверх базовой программы ОМС»: 1 – по профилю «Инфекционные (ВИЧ)», 2 – по профилю «Медицинская реабилитация соматическая», 3 – по профилю «Кардиологические» по методу диагностики «коронароангиография».
STAC_ID	N	2	0	Вид стационара: 1 – круглосуточный стационар;

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				2 – дневной стационар при круглосуточном; 3 – дневной стационар при поликлинике; 4 – стационар на дому при поликлинике.
RSLT	N	2	0	Код результата обращения. В соответствии со справочником V009.DBF.
COD_PRER	N	2	0	Код прерывания лечения. В соответствии со справочником PRER.DBF.
KSG_ID	N	3	0	Код КСГ. В соответствии со справочником KSG.DBF. Значение 0 – не влияет на выбор.
SIZETAR_ID	N	2	0	Код размера тарифа. В соответствии со справочником SIZETAR.DBF.
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия.
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия.

2.8. Изложить в новой редакции описание структуры справочника tar_typ.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TAR_TYP	N	2	0	Код типа дополнительного тарифа
NAME	C	250		Наименование (описание) типа дополнительного тарифа
NAMESHORT	C	40		Краткое наименование
POS	N	1	0	Номер позиции дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи: POS=1 – в файле персонифицированного учета медицинской помощи передается в поле TAR1_V (FIN_ID=8); POS=2 – в файле персонифицированного учета медицинской помощи передается в поле TAR2_V (FIN_ID=9).

2.9. Изложить в новой редакции описание структуры справочника tarex.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TAREX_ID	N	8	0	Код дополнительного тарифа
TAR_TYP	N	2	0	Код типа дополнительного тарифа (Tar_Typ.dbf)
MTR	C	1		Признак межтерриториальных расчетов: 0 – застрахованные на территории Челябинской области; 1 – застрахованные на территории других субъектов РФ; пусто – не влияет на выбор тарифа.
CATEGORY	C	1		Категория МО (пусто – не влияет на выбор тарифа)
COD_LPU	C	4		Код МО (пусто – не влияет на выбор тарифа)
COD_SPEC	C	4		Код специальности/профиля коек из справочника special.dbf (пусто – не влияет на выбор тарифа)
PLACE	C	2		Место обслуживания (пусто – не влияет на выбор тарифа)
PURPOSE	C	2		Цель посещения (пусто – не влияет на выбор тарифа)
DISP_TYP	C	1		Тип диспансеризации (медицинского осмотра) (пусто – не влияет на выбор тарифа)
KSG_ID	C	3		Код КСГ в соответствии со справочником ksg.dbf (пусто – не влияет на выбор тарифа)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_ID	C	4		Код ВМП в соответствии со справочником hmp.dbf (пусто – не влияет на выбор тарифа)
OVER_BASE	C	1		Признак «сверх базовой программы ОМС»: 1 – по профилю «Инфекционные (ВИЧ)», 2 – по профилю «Медицинская реабилитация соматическая», 3 – по профилю «Кардиологические» по методу диагностики «коронароангиография»; 4 - ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» определенных методов лечения. (пусто – не влияет на выбор тарифа)
MUT_FD	C	1		Признак тарифа для взаиморасчетов (пусто – не влияет на выбор тарифа)
RANK	N	2	0	Приоритет выбора тарифа
TARIF	N	10	2	Тариф
DATE_TAR	D	8	0	Дата начала действия тарифа
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия тарифа
UNIT	N	2	0	Единица измерения (объема): 1 – 1 посещение / случай 2 – количество УЕТ (поле UET) 3 – количество койко- пациенто- дней в соответствии с полем BED_DAY 4 – количество койко- пациенто- дней в соответствии с правилами статистики (BED_STAT)
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры
POS	N	1	0	Номер позиции дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи: POS=1 – в файле персонифицированного учета медицинской помощи передается в поле TAR1_V (FIN_ID=8); POS=2 – в файле персонифицированного учета медицинской помощи передается в поле TAR2_V (FIN_ID=9).

3. В Приложении 4:

3.1. Примечание к пункту 1.1 изложить в новой редакции:

Примечание:

Следует учесть, что:

- 1) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам передаются как тарифицируемые / итоговые записи по диспансеризации или по медицинским осмотрам, так и записи, отражающие осмотры специалистами/исследования в рамках диспансеризации или медицинского осмотра.
- 2) В файле по оказанной ВМП передаются все случаи лечения в круглосуточном стационаре, оплата которых производится по тарифу для ВМП. При этом, в случае лечения по ВМП может быть только одна профильная койка, оплачиваемая по ВМП, количество реанимационных койко-дней передается в

соответствующем поле. Следует учесть, что ВМП подается к оплате только тогда, когда она оказана в полном объеме. Если в движении, содержащем случай лечения по ВМП, есть койки, не относящиеся к лечению по ВМП, то они передаются в основном файле об оказанной медицинской помощи.

3) В основном файле по оказанной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ:

- «ЭКО» (в KSG.DBF в поле PARAM_EX: {EKO=1}),

- «замена речевого процессора» (в KSG.DBF в поле PARAM_EX: {VOICE=1})

движение пациента должно состоять только из одной профильной койки, соответствующей указанной КСГ.

4) В основном файле по оказанной медицинской помощи сверх базовой программы ОМС:

4.1) по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {OVER_BASE=1}) или по профилю «Медицинская реабилитация соматическая» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {OVER_BASE=2}) движение пациента должно состоять только из одной профильной койки;

4.2) случай оказания медицинской помощи по профилю «Кардиологические» по методу диагностики «коронароангиография» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX содержится элемент {OVER_BASE=3}) должен состоять только из одной профильной койки, количество реанимационных койко-дней передается, при необходимости, в соответствующем поле. При этом в движении пациента (госпитализации) допускается наличие коек, не относящихся к указанному случаю оказания медицинской помощи.

5) В госпитализации круглосуточного и дневных стационаров всех типов (файлы по стационару и дневные стационары при поликлинике) следует различать записи по койкам движения (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) и записи по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4).

6) В основном файле по оказанной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ, используется только одна модель КСГ (для полей KPG и KSG файла персонифицированного учета значение MODEL в справочнике KSG.DBF), действующая в отчетном периоде.

7) В файле по поликлинике для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно передаются как записи по случаю лечения, так и записи по услугам диализа, оказанным в рамках этого случая. При этом следует различать запись 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) и записи по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1), оказанным в рамках этого случая.

8) В файле по поликлинике для обращений в связи с заболеванием (поликлиника, стоматология) (далее - обращения) передаются как итоговые записи по обращению, так и записи по посещениям в рамках данного обращения. При этом следует различать итоговую запись по обращению (поле OBR_VIS=1) и записи по посещениям в рамках этого обращения (поле OBR_VIS=2). Следует учесть, что

оплата при этом производится по посещениям (запись по обращению не тарифицируется). Обращение и посещения в рамках данного обращения учитываются и подаются к оплате в отчетном периоде его завершения. Не допускается повторно подавать в рамках обращения посещения, учтенные и оплаченные ранее.

9) Для определения количества койко-дней пребывания на койке круглосуточного и дневных стационаров всех типов используется следующие правила статистики:

- для дневного стационара:

«ДатаОкончания – ДатаНачала + 1»;

- для круглосуточного стационара:

« если ДатаОкончания = ДатаНачала то 1,
иначе ДатаОкончания – ДатаНачала ».

Следует учесть, что для каждого типа файла в отчетном периоде формируется один пакет (zip-архив), содержащий все необходимые файлы по оказанной медицинской помощи.

Например, в отчетном периоде для типа «01 – поликлиника Челябинская область» передаются в одном пакете:

- три файла по видам оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP - I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения».

3.2. Пункт 1.3.4.23 изложить в новой редакции:

1.3.4.23 Поле DS1 обязательно для заполнения. Соответствует полю DS в элементе USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код диагноза основного заболевания, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код диагноза, установленный бригадой скорой помощи. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (в справочнике МКБ.DBF поле ITEMS=0). Исключения составляют несколько диагнозов-рубрик (в справочнике МКБ.DBF поле ITEMS>0), разрешенных для использования (в справочнике МКБ.DBF в поле PARAM_EX есть параметр {MAIN=1}). В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR_USE=1 в справочнике МКБ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE_USE=1 в справочнике МКБ.DBF). В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {OVER_BASE=1}) в каждой записи движения указывается

одинаковый код диагноза из числа диагнозов, отмеченных соответствующим признаком «сверх базовой программы ОМС» по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (OVER_BASE=1 в справочнике MKB.DBF).

В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилю «Кардиологические» по методу диагностики «коронароангиография» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {OVER_BASE=3}) код диагноза должен соответствовать справочнику SPECМКВ.DBF.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (дневные стационары при поликлинике) и стационару для записей по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4):

а) при оказании помощи в условиях круглосуточного стационара (USL_OK=1):

- если услуга диализа применена на койке (ссылка по полю GUID2), на которой оказана медицинская помощь по КСГ 112 «Почечная недостаточность» или 113 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа», код диагноза должен быть равен коду диагноза указанной койки;

- в остальных случаях код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5»;

б) при оказании помощи в условиях дневного стационара (USL_OK=2): код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5».

Для обращений (поликлиника, на дому и стоматология): среди записей по посещениям в рамках обращения должен быть хотя бы один код диагноза, равный коду диагноза записи обращения.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике для записей по случаям лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) и записей по услугам диализа в рамках этих случаев (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5».

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи для вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TLT=1}) код диагноза должен соответствовать справочнику SPECМКВ.DBF.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам может принимать пустое значение на итоговой записи по случаю диспансеризации/медицинского осмотра в случае отказа от прохождения застрахованным лицом диспансеризации/медицинского осмотра в целом (P_OTK=1 на итоговой записи по случаю), либо на записях по осмотрам/исследованиям при отказе от прохождения застрахованным лицом этих осмотров/исследований (P_OTK=1 на записи, отражающей осмотр/исследование).

3.3. Пункт 1.3.4.31 изложить в новой редакции:

1.3.4.31 В поле RSLT для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указывается результат обращения за медицинской помощью (выезда скорой помощи) в соответствии с условиями оказания медицинской помощи по федеральному справочнику V009.XML (поле IDRMP). Из справочника ТФОМС V009.DBF нужный код можно получить по алгоритму: $IDRMP_{XML} = 100 * DL_USLOV_{DBF} + IDRMP_{DBF}$.

Отдельно обращаем внимание на то, что для записей файла персонифицированного учета, не являющихся «итоговыми» при оказании медицинской помощи (например, посещение в рамках обращения/ услуга диализа/ не выписная койка в госпитализации), поле RSLT заполняется значением 0. Наравне со значением RSLT=0 для указанных записей допустимо использовать в файлах формата XML значения RSLT=100,200,300,400 для USL_OK=1,2,3,4 соответственно.

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

Обязательно для заполнения:

- в файлах персонифицированного учета по поликлинике: на записях посещений (кроме посещений в рамках обращения) / обращений / случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (поликлиника, стоматология), кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам; на выписных койках стационаров при поликлинике. На записях по посещениям в рамках обращения, услугам диализа заполняется значением 0;

- в файлах персонифицированного учета по стационару: только на выписных койках;

- во всех записях файлов персонифицированного учета по параклинике и скорой помощи.

В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (СМП):

- для оказанной ВМП нельзя использовать коды результата обращения 104, 106, 107, 108, 109, 110;

- при указании кода результата обращения 102 «Переведен в другое ЛПУ» обязательно должно быть заполнено поле LPU_TO.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару при оказании медицинской помощи в дневных стационарах (ДС):

- при указании кода результата обращения 202 «Переведен в другое ЛПУ» обязательно должно быть заполнено поле LPU_TO.

Для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (файл по стационару, кроме ВМП, и стационары при поликлинике в файле по поликлинике), список допустимых в периоде кодов результатов обращений в соответствии со справочником V009.DBF и их сочетаний с кодами прерывания лечения определяется по справочнику SIZECMB.DBF в зависимости от:

- признака «сверх базовой программы ОМС» (значение параметра OVER_BASE в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF при наличии, 0 – при его отсутствии),

- вида стационара (1– круглосуточный, 2–дневной при круглосуточном, 3 – дневной при поликлинике, 4 – стационар на дому при поликлинике),
- кода КСГ (0 – не влияет на выбор).

В файлах персонифицированного учета по параклинике при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (СМП) (MED_KIND=1) можно использовать только код результата обращения 109, при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (ДС) (MED_KIND=2 и 3) - код результата обращения 201, при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (АПМП) (MED_KIND=0) - код результата обращения 304.

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи:

- нельзя использовать код результата выезда 416;
- при указании кодов результата выезда 402 «Доставлен в травмпункт», 403 «Доставлен в больницу» обязательно должно быть заполнено поле LPU_TO;
- для вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TLT=1}) можно использовать только коды результата выезда: 403, 404, 405, 406, 417;
- для вызовов выездных бригад скорой медицинской помощи «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {EVAC=1}) можно использовать только коды результата выезда: 401, 403, 405, 406, 411, 412.

3.4. Пункт 1.3.4.39 изложить в новой редакции:

1.3.4.39 В поле ISHOD для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указывается исход заболевания (результат оказания скорой медицинской помощи) в соответствии с условиями оказания медицинской помощи по федеральному справочнику V012.XML (поле IDIZ). Из справочника ТФОМС V012.DBF нужный код можно получить по алгоритму: $IDIZ_{XML}=100*DL_USLOV_{DBF}+IDIZ_{DBF}$.

Отдельно обращаем внимание на то, что для записей файла персонифицированного учета, не являющихся «итоговыми» по оказанию медицинской помощи (например, посещение в рамках обращения/ услуга диализа/ не выписная койка в госпитализации), поле ISHOD заполняется значением 0. Наравне со значением ISHOD=0 для указанных записей допустимо использовать в файлах формата XML значения ISHOD=100,200,300,400 для USL_OK=1,2,3,4 соответственно.

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

Обязательно для заполнения:

- в файлах персонифицированного учета по поликлинике: на записях посещений (кроме посещений в рамках обращения) / обращений / случаев лечения с проведением процедур диализа (поликлиника, стоматология), кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам; на выписных койках стационаров при поликлинике. На записях по посещениям в рамках обращения, услугам диализа заполняется значением 0;

- в файлах персонифицированного учета по стационару: – только на выписных койках;
- во всех записях файлов персонифицированного учета по параклинике и скорой помощи.

В файлах персонифицированного учета по параклинике при оказании стационарной медицинской помощи в круглосуточном стационаре (MED_KIND=1) можно использовать только код исхода заболевания 103, при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (MED_KIND=2, 3) можно использовать только код исхода заболевания 203, при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи - код исхода заболевания 304.

3.5. 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.

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).

3.6. 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).

При необходимости, снятию с оплаты подлежит полностью весь случай оказания медицинской помощи (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра).

В случае снятия с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, на всех записях случая оказания медицинской помощи поле S_OSN заполняется одинаковыми значениями: S_OSN=62 – «Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС».

В случае снятия с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, на каждой записи по случаю оказания медицинской помощи поле S_OSN может принимать любое из допустимых и отличных от 0 значений, кроме 62 – «Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС».

3.7. Пункт 1.3.4.52.12 изложить в новой редакции:

1.3.4.52.12 Поле CODE_USL обязательно для заполнения. Указывается код услуги UF_ID из территориального классификатора услуг по финансовым потокам USL_FIN.DBF. UF_ID определяется в соответствии с кодом финансового потока FIN_ID и кодом услуги USL_ID из территориального классификатора услуг USL_UNION.DBF.

В настоящее время в финансировании медицинской помощи по ОМС действуют финансовые потоки (FIN_ID):

1 – финансирование по основному тарифу (TARIF, справочники TARIF.DBF, PTARIF.DBF, KSG_BS.DBF, HMP_TAR.DBF).

6 – финансирование по дополнительному тарифу (TARIF_DOP, справочник DTARIF.DBF);

8 – финансирование по дополнительному тарифу №1 (TAR1_V, справочник TAREX.DBF);

9 – финансирование по дополнительному тарифу №2 (TAR2_V, справочник TAREX.DBF).

Код услуги USL_ID в территориальном классификаторе услуг USL_UNION.DBF, в свою очередь, определяется в соответствии:

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

В файлах персонифицированного учета PLACE может принимать следующие значения:

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

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

- по параклинике: 10;

- по скорой помощи: 20.

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

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

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

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

рамках обращений: медицинская помощь не может быть оказана детским специалистом (поле TYPED=1 в SPECIAL.DBF) пациенту, возраст которого в год посещения (поле VISIT_DATE) превышает 18 лет. Для записей по обращению: медицинская помощь не может быть оказана детским специалистом (поле TYPED=1 в SPECIAL.DBF) пациенту, возраст которого в год начала обращения превышает 18 лет.

Возраст пациента должен соответствовать значениям элемента AGE поля PARAM_EX в справочнике SPECIAL.DBF для случаев диспансеризации и медицинских осмотров (условия для определения возраста пациента прописаны в порядках обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения).

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

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

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

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

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

Вид тарифа (вызова) скорой помощи должен соответствовать возрасту пациента (поле TYPED в SPECIAL.DBF: 0 - ≥ 18 лет; 1 - < 18 лет), кроме вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TLT=1}). Возраст определяется на дату окончания вызова (поле DATE_2).

Если для COD_SPEC в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр AGE, то возраст пациента должен соответствовать его значениям. При этом возраст определяется в годах на дату окончания вызова (поле DATE_2).

Если для COD_SPEC в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DAY, то возраст пациента должен соответствовать его значениям. При этом возраст определяется в днях на дату начала вызова (поле DATE_1).

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

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

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

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

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

HMP_ID должно соответствовать коду профиля койки (COD_SPEC) по справочнику HMP_SPC.dbf, код основного диагноза (DS) должен соответствовать HMP_ID по справочникам HMP_MKB.dbf и HMP.dbf.

3.8. 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 оказания медицинской помощи тариф (базовая ставка КСГ) в соответствии:

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

В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи фельдшером (KVAL= «Ф») в поликлинике и на дому в поле TARIF должно быть указано 80% от тарифа, за исключением оплаты случаев диспансеризации и медицинских осмотров, и посещений, оплачиваемых по тарифу "Фельдшер ФАП" (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {FAP=1}). Оплата внешних

медицинских услуг (медицинских услуг, оказанных в поликлинике и на дому не прикрепленным лицам) МО, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь которых оплачивается по подушевому финансированию (за исключением Центров здоровья (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {CZ=1})), случаев и осмотров/исследований в рамках диспансеризации и медицинских осмотров (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр DISP_TYP), консультаций врачей-специалистов КДЦ (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}), посещений «с проведением пренатальной диагностики» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {UZI=1})), осуществляется по тарифу для взаиморасчетов (в справочнике TARIF.DBF: MUT_FD=1 – для застрахованных лиц Челябинской области, MUT_FD=2 – для застрахованных на территории других субъектов РФ).

Тариф может принимать нулевое значение в следующих случаях.

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

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

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

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

1. Определяем КСГ для каждой записи койки, относящейся к лечению по КСГ, в движении. Алгоритм определения КСГ для каждой записи в движении в рамках одной госпитализации приведен в пункте 1.3.4.52.19.25 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 затратоемкости (КЗ).
4. Если в движении разные КСГ и разные профили коек, но один класс МКБ основного диагноза, то оплате подлежит последняя в хронологическом порядке койка в движении с наибольшим КЗ.
5. Если в движении разные КСГ, разные профили и несколько классов МКБ, то:
 - 5.1. Койки, не имеющие ссылок на другие койки (поле GUID2 пустое), условно делим на группы по классу МКБ основного диагноза.
 - 5.2. Койки, имеющие ссылки на другие койки (поле GUID2 непустое), добавляем к группе, к которой относится койка, на которую ссылается поле GUID2.
6. В каждой группе по классу МКБ определяем последнюю в хронологическом порядке койку с наибольшим КЗ.
7. Перечень с наиболее затратными КСГ, определенными в п.6, группируем по КСГ.

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

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

- профили коек «Медицинская реабилитация» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}). Оплата медицинской помощи по профилю коек «Медицинская реабилитация» всегда производится по соответствующим КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}). При этом две соседние койки в движении «реабилитационного» профиля оплачиваются как один законченный случай оказания медицинской помощи. При этом оплачивается последняя в хронологическом порядке «реабилитационная» койка с наиболее затратной «реабилитационной» КСГ;
- в круглосуточном стационаре в случае лечения по профилю коек «Патологии беременности» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {PATHOLOGY=2}) продолжительностью:
 - а) или менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2;
 - б) или 5 дней и менее при оказании медицинской помощи по МКБ-10, не указанным в пп. а);
 с последующим родоразрешением (КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» на профиле коек «Для беременных и рожениц» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {BEREM=1})) оплате подлежит только случай родоразрешения по КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью», 4 «Родоразрешение», 5 «Кесарево сечение». При этом оплачивается последняя в хронологическом порядке койка с наиболее затратной КСГ;
- в круглосуточном стационаре в случае лечения по профилю коек «Патологии беременности» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {PATHOLOGY=2}) продолжительностью:
 - а) или 2 дня и более при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2;
 - б) или более 5 дней при оказании медицинской помощи по МКБ-10, не указанным в пп. а);
 с последующим родоразрешением (КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» на профиле коек «Для беременных и рожениц» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {BEREM=1})) оплате подлежит и случай патологии беременности, и случай родоразрешения, при этом в каждом случае оплачивается последняя в хронологическом порядке койка с наиболее затратной КСГ;
- в круглосуточном стационаре случай родоразрешения (КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение») на профиле коек «Для беременных и рожениц» (COD_SPEC, для

которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {BEREM=1}) при условии отсутствия предшествующего лечения на профиле коек «Патология беременности» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {PATHOLOGY=2}) оплачивается как один законченный случай оказания медицинской помощи. При этом оплачивается последняя в хронологическом порядке койка с наиболее затратной КСГ;

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

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

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

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике и стоматологии:

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

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

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

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

4) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам:

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

- если оплата по тарифам за выполненные осмотры специалистами / исследования: в итоговых записях по случаю диспансеризации определенных групп населения и в записях, отражающих осмотры специалистами/исследования, выполненные ранее и учтенные в диспансеризации, либо невыполненные по причине отказа застрахованным лицом от их прохождения (признак P_ОТК=1);

- 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 оказания медицинской помощи дополнительный тариф на доставку гемодиализных больных.

В) FIN_ID=8

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

Г) FIN_ID=9

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

3.9. 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_{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.

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

где

Окр2 – 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 КСЛП_{сумм}>1,8 то КСЛП_{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).

Отдельно обращаем внимание на то, что если по описанным выше правилам какой-либо коэффициент (КДсуб, КУС_{МО}\КПУС_{МО}, КСЛП) не определился, то он принимается равным 1 (для корректного применения формулы вычисления SUMV_USL).

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.

Г) FIN_ID=9

В поле SUMV_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу №2.

3.10. 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.

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.

3.11. Пункт 1.3.4.52.19.12 изложить в новой редакции:

1.3.4.52.19.12 В поле DATE_TAR указывается дата тариф в соответствии с финансовым потоком FIN_ID.

А) FIN_ID=1

В поле DATE_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи основного тарифа (базовой ставки КСГ) в записях, где заполнено поле TARIF (TARIF≠0):

- в файлах персонифицированного учета по поликлинике (кроме записей по обращению, записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно, коек, оплачиваемых по КСГ в стационарах при поликлинике), стационару (кроме ВМП и коек, оплачиваемых по КСГ) и скорой помощи в соответствии со справочником TARIF.DBF,

- в файлах персонифицированного учета по поликлинике (на койках, оплачиваемых по КСГ в стационарах при поликлинике), стационару (оплата по КСГ) в соответствии со справочником KSG_BS.DBF,

- в файлах по оказанной ВМП – в соответствии со справочником HMP_TAR.DBF,

- в файлах персонифицированного учета по параклинике – в соответствии со справочником PTARIF.DBF.

Б) FIN_ID=6

В поле DATE_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи дополнительного тарифа на доставку диализных больных в соответствии со справочником DTARIF.DBF.

В) FIN_ID=8

В поле DATE_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи дополнительного тарифа №1 в соответствии со справочником TAREX.DBF: дата действующего тарифа в соответствии со значением поля TAR_TYP=TAR1_T и POS=1.

Г) FIN_ID=9

В поле DATE_TAR указывается дата действующего на момент оказания

медицинской помощи дополнительного тарифа №2 в соответствии со справочником TAREX.DBF: дата действующего тарифа в соответствии со значением поля TAR_TYP=TAR2_T и POS=2.

3.12. Добавить пункт 1.3.4.52.19.35 после пункта 1.3.4.52.19.34:

1.3.4.52.19.35 В поле TAR2_T указывается тип дополнительного тарифа №2 (справочник TAR_TYP.DBF). На дату оказания медицинской помощи должен существовать действующий дополнительный тариф №2 по справочнику TAREX.DBF (в соответствии со значением поля TAR_TYP=TAR2_T и POS=2).

4. В Приложении 7:

4.1. 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
	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
			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_SPEСобращения, PLACE=PLACEобращения, PURPOSE= PURPOSEобращения, IDDOCT=IDDOCTобращения, KVAL=KVALобращения.
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 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

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
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).
TARI_T	Не заполняется	По правилам оплаты (Tar_Typ.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TARI_V	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TARI_D	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TARI_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 Не заполняется на записи последнего посещения, кроме RSLТобращения=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

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
			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 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 (=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