

ПРИКАЗ

«13» 12 2017г.

№ 2311/1113

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 декабря 2017 года, за исключением пункта 3 изменений, который распространяет свое действие на правоотношения, возникшие 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 13.12.2017 № 2311 / 1113

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 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

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p>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, 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) : DISP_LEVEL=1 – I этап, 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</p>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				<p>предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних: 1 – ДОУ; 2 – ООУ; 3 – ОУПО;</p> <p>STOM_PROF: 1 – врач стоматологического профиля; 2 – врач-ортодонт;</p> <p>REANIM – тариф для оплаты реанимационной койки;</p> <p>NOVOR - тариф для оплаты койки «Для новорожденных»;</p> <p>A16 – признак наличия операции для применения тарифа (профиля):</p> <p>A16=0 – обязательное отсутствие,</p> <p>A16=1 – обязательное наличие;</p> <p>CZ – тарифы для Центров здоровья;</p> <p>KPG=0 – признак того, что в файле персонифицированного учета в записи с данным кодом тарифа не нужно указывать КПП/КСГ;</p> <p>WEIGHT=500-1499 – вес новорожденного с ЭНМТ и ОНМТ;</p> <p>FAP – фельдшер ФАП;</p> <p>KDC – тарифы для оплаты консультаций врачей-специалистов КДЦ;</p> <p>MINVOP - тарифы для оплаты малоинвазивных операций;</p> <p>PATHOLOGY – признак патологии:</p> <p>PATHOLOGY=1 – новорожденных,</p> <p>PATHOLOGY=2 – беременности;</p> <p>TERAP – признак терапевтической специальности или общепрофильной бригады скорой медицинской помощи;</p> <p>KVAL – ограничение на квалификацию специалиста/бригады скорой помощи (В-врач/врачебная, Ф-фельдшер/фельдшерская);</p> <p>NEOTLOG – признак неотложной помощи (для поликлиники, стоматологии);</p> <p>OVER_BASE – признак тарифа «сверх базовой программы ОМС»:</p> <p>1 – по профилю «Инфекционные (ВИЧ)»,</p> <p>2 – по профилю «Медицинская реабилитация соматическая»,</p> <p>3 – по профилю «Кардиологические» по методу диагностики «коронароангиография»,</p> <p>5 – по профилю «Кардиохирургические» по методу лечения коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни сердца с проведением коронарошунтографии;</p> <p>HIV=1 – признак «ВИЧ»;</p> <p>SPEC_TAR – индивидуальный тариф для МО, применение которого описано в Тарифном соглашении;</p> <p>BEREM – тариф для оплаты коек:</p> <p>BEREM=1 - «Для беременных и рожениц»; BEREM=2 - «Для беременных и рожениц с новорожденным(и)»;</p> <p>REABIL – признак «Реабилитационной» койки/специальности;</p> <p>ЕКО – признак «ЭКО»;</p> <p>ЕКО_STEP – проведенные этапы процедуры ЭКО:</p> <p>1 – I этап,</p>

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				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 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»; KHM – признак метода лечения по профилю «кардиохирургические»: KHM =1 – по методу коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни сердца с проведением коронарошунтографии.
PRVS3	N	4	0	В соответствии со справочником V015.

1.2. Изложить в новой редакции описание структуры справочника sizesmb.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», 5 – по профилю «Кардиохирургические» по методу лечения коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни сердца с проведением коронарошунтографии.

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
STAC_ID	N	2	0	Вид стационара: 1 – круглосуточный стационар; 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.

1.3. 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)
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, 5 – по профилю «Кардиохирургические» по методу лечения коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни сердца

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
				с проведением коронарошунтографии. (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).

2. В Приложении 4:

2.1. 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}) или по профилю «Кардиохирургические» по методу лечения коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни сердца с проведением коронарошунтографии. (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX содержится элемент {OVER_BASE=5}) 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 указанным случаям 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. 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) в файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи начиная с октября 2017 года при наличии разрешенных результатов, определенных по справочнику RsltVld.dbf в соответствии с алгоритмом (пункт 2.5 Приложения 7 настоящих Правил).

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) в файлах персонифицированного учета оказанной медицинской помощи начиная с октября 2017 года при наличии разрешенных результатов, определенных по справочнику RsltVld.dbf в соответствии с алгоритмом (пункт 2.5 Приложения 7 настоящих Правил).