

Приложение 1
к приказу Министерства здравоохранения
Челябинской области и Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области «О внесении изменений в приказ
Министерства здравоохранения Челябинской области
и Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Челябинской области от
15.02.2017г. № 346/1 / 81»
от 02.06.2017 № 1006 / 424

Приложение 4
к Правилам информационного взаимодействия при
ведении персонифицированного учета медицинской
помощи, оказанной застрахованным лицам в системе
обязательного медицинского страхования
Челябинской области, утвержденным приказом
Министерства здравоохранения Челябинской области
и Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Челябинской области
от 15.02.2017 № 346/1 / 81

Порядок входного контроля файлов персонифицированного учета медицинской помощи

Входной контроль файлов персонифицированного учета медицинской помощи проводится в целях:

- 1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования;
- 2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);
- 3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи:
 - а) территориальной программе обязательного медицинского страхования;
 - б) условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
 - в) действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;
- 4) проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- 5) установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

1. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи

1.1 Информация о передаваемом файле (элемент ZGLV)

1.1.1 Поле VERSION обязательно для заполнения. Указывается версия информационного взаимодействия между ТФОМС Челябинской области, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML, в настоящее время – «2.1.2».

1.1.2 Поле DATA обязательно для заполнения. Указывается дата формирования передаваемых данных в формате ГГГГ-ММ-ДД.

1.1.3 Поле FILENAME обязательно для заполнения. Указывается имя файла со сведениями об оказанной медицинской помощи без расширения.

Первый символ в имени файла указывает на вид оказанной медицинской помощи:

«Н» – основной файл,

«Т» – высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП),

«D» – диспансеризация и медицинские осмотры.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам второй символ в имени файла указывает на тип диспансеризации или медицинского осмотра:

«Р» - первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе первый этап диспансеризации отдельных категорий граждан: до августа 2015г. - «участников ВОВ», с августа 2015г. - «инвалидов войн»,

«V» - второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе второй этап диспансеризации отдельных категорий граждан: до августа 2015г. - «участников ВОВ», с августа 2015г. - «инвалидов войн»,

«О» - профилактические медицинские осмотры взрослого населения,

«S» - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,

«U» - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью,

«F» - медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические),

«D» - медицинские осмотры несовершеннолетних (предварительные),

«R» - медицинские осмотры несовершеннолетних (периодические).

Последние два символа в имени файла указывают на тип передаваемых данных:

01 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике;

02 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по стационару;

03 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по параклинике;

04 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по скорой помощи;

11 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике;

12 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару;

13 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по параклинике;

14 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи.

Возможные виды оказанной медицинской помощи для каждого типа передаваемых данных:

01 – Н, D; 02 – Н, Т; 03 – Н; 04 – Н; 11 – Н, D; 12 – Н, Т; 13 – Н; 14 – Н.

1.1.4 Поле SD_Z обязательно для заполнения. Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включенных в файл. Равно количеству элементов SLUCH в файле.

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: {ЕКО=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 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.
- 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».

1.2 Информация о счете (элемент SCHET)

1.2.1 Поле CODE обязательно для заполнения. Указывается код записи счета, которым может служить, например, порядковый номер счета.

1.2.2 Поле CODE_MO обязательно для заполнения. Указывается код медицинской организации в соответствии с федеральным справочником F003 (Реестр МО). Шестизначный код медицинской организации в F003, используя код МО из регионального справочника LPU.DBF, формируется по следующему алгоритму: $MCOD_{F003} = 740000 + NPP_{LPU.DBF}$. Например, для МО с кодом в региональном справочнике $NPP=123$ код в F003 MCODE будет равен 740123: $740000 + 123 = 740123$.

1.2.3 Поле YEAR обязательно для заполнения. Указывается год отчетного периода, за который передаются данные персонифицированного учета.

1.2.4 Поле MONTH обязательно для заполнения. Указывается месяц отчетного периода, за который передаются данные персонифицированного учета.

1.2.5 Поле NSCHET обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Указывается номер счета (реестра).

1.2.6 Поле DSCHEТ обязательно для заполнения. Указывается дата выставления счета в формате ГГГГ-ММ-ДД.

1.2.7 Поле PLAT заполняется при наличии сведений о плательщике оказанной медицинской помощи. Служит для указания реестрового номера СМО в соответствии со справочником F002. Пятизначный код СМО в F002, используя код из регионального справочника SMO.DBF, формируется по следующему алгоритму: $SMOCOD_{F002} = 74000 + NPP_{SMO.DBF}$. Например, для СМО с кодом в региональном справочнике $NPP=53$ код в F002 SMOCOD будет равен 74053: $74000 + 53 = 74053$.

В федеральный реестр СМО F002 передаются коды только головных СМО.

В настоящее время поле не заполняется.

1.2.8 В поле SUMMAV указывается сумма по счету, выставленная на оплату МО Равна сумме значений полей SUMV (элемент SLUCH) по всем позициям счета. При этом, учитывается «знак» записи по полю PR_NOV: если $PR_NOV < 0$, то значение поля SUMV элемента SLUCH учитывается со знаком «-».

1.2.9 Поле COMENTS является обязательным для заполнения. Служебное поле к счету. Служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|».

Поля, кодируемые в COMENTS:

1.2.9.1 Поле FILE_TYPE обязательно для заполнения. Соответствует типу передаваемых данных, указанных в имени файла (последние два символа). Указывается тип файла:

01 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике;

02 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по стационару;

03 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по параклинике;

04 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по скорой помощи;

11 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по поликлинике;

12 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по стационару;

13 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по параклинике;

14 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по скорой помощи.

1.2.10 В поле SUMMAR указывается сумма по счету, принятая к оплате СМО (ТФОМС Челябинской области). Равна сумме значений полей SUMP (элемент SLUCH) по всем позициям счета. При этом учитывается «знак» записи по полю PR_NOV: если PR_NOV<0, то значение поля SUMP элемента SLUCH учитывается со знаком «-». Заполняется СМО (ТФОМС).

1.2.11 Поле SANK_MEK является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.

1.2.12 Поле SANK_MEE является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.

1.2.13 Поле SANK_EKMP является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.

1.2.14 Поле DISP заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам в соответствии со справочником V016. В основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3 Записи о случаях оказания медицинской помощи (элемент ZAP)

1.3.1 Поле N_ZAP обязательно для заполнения. Указывается номер позиции записи в счете (файле персонифицированного учета оказанной медицинской помощи). Уникально в пределах счета (файла).

1.3.2 Поле PR_NOV обязательно для заполнения. Служит для указания признака исправленной записи:

0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;

-1 – запись в движении пациента, содержащем ошибочные сведения и подлежащем исправлению, до исправления;

1 – запись передается повторно после исправления (запись в движении пациента, содержащем ошибочные сведения и подлежащем исправлению, после исправления ошибочных данных в движении).

В настоящее время допускается подавать к исправлению (по согласованию с ТФОМС Челябинской области) записи, удовлетворяющие критериям:

- записи содержат сведения об оказанной медицинской помощи в круглосуточном или дневных стационарах всех типов для застрахованных Челябинской области (файлы «Н», «Т»; FILE_TYPE = «01», «02»; USL_OK=1,2). При этом при исправлении не допускается изменение типа файла (FILE_TYPE) и типа стационара (PURPOSE = «К»- круглосуточный, «Д»-дневной, «Н»-на дому);

- при исправлении хотя бы одной записи в движении подается к исправлению полностью вся госпитализация. При этом, все записи в госпитализации до ее исправления помечаются признаком PR_NOV=-1, а после исправления PR_NOV=1, независимо от того, изменяются сведения по конкретной записи в движении или нет. Кроме того, записи, относящиеся к одной корректировке (все записи в движении до исправления и после исправления данных о госпитализации, должны иметь одинаковое значение поля REV_ID, уникальное для каждой корректировки в пределах одного типа файла FILE_TYPE для одного отчетного периода);

- месяц окончания оказания медицинской помощи, содержащей ошибочные записи, предшествует месяцу отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи, содержащей ошибочной записи, равен году отчетного периода. Месяц и год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE_2 записи, соответствующей выписной койке в движении (RSLT≠0, ISHOD≠0).

SCHET.MONTH=MONTH(ZAP.SLUCH.DATE_2) – 1;

SCHET.YEAR=YEAR(ZAP.SLUCH.DATE_2);

- допускается подавать к исправлению только оплаченные ранее госпитализации (поле DELETED=0 в файле формата DBF);
- допускается подавать к исправлению только нескорректированные ранее записи;
- допускается изменять сведения в файлах об оказанной медицинской помощи (файлы «Н», «Т») в элементах SLUCH, USL за исключением: условий оказания медицинской помощи (поле USL_OK); кода МО лечения (поле LPU); признака “особый случай” (поле OS_SLUCH); веса и роста новорожденного (поля WEIGHT и HEIGHT в элементе COMENTU); кода МО прикрепления (поле ATTACH в элементе COMENTU); даты окончания госпитализации – поля DATE_2 и DATE_OUT записи, соответствующей выписной койке в движении (RSLT≠0, ISHOD≠0). Не допускается изменять персональные сведения (в файле об оказанной медицинской помощи («Н», «Т») элемент PACIENT и связанные с ним по ID_PAC сведения из файла персональных данных «L»);
- значение поля GUID1 корректирующей записи (PR_NOV=1) должно быть отлично от значения поля GUID1 корректируемой записи (PR_NOV=-1);

2 – запись, снятая с оплаты по причине превышения объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее - объёмов предоставления медицинской помощи), в предыдущем отчетном периоде, передается повторно.

В настоящее время допускается повторно подавать на оплату (при наличии соответствующего решения комиссии по разработке территориальной программы ОМС) записи, ранее снятые с оплаты по причине превышения объёмов предоставления медицинской помощи, удовлетворяющие критериям:

- месяц окончания оказания медицинской помощи, содержащей снятые с оплаты по причине превышения объёмов предоставления медицинской помощи записи, предшествует месяцу отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи, содержащей снятые с оплаты по причине превышения объёмов предоставления медицинской помощи записи, равен году отчетного периода. Месяц и год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE_2 «итоговой» записи случая оказания медицинской помощи (RSLT≠0, ISHOD≠0) (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра).

SCHET.MONTH=MONTH(ZAP.SLUCH.DATE_2) – 1;

SCHET.YEAR=YEAR(ZAP.SLUCH.DATE_2);

- допускается подавать на оплату только ранее снятые с оплаты по причине превышения объёмов предоставления медицинской помощи записи (поле DELETED=3 в файле формата DBF);
- не допускается изменять сведения в файлах об оказанной медицинской помощи (файлы «Н», «Т», «D») и в файле персональных данных «L», кроме элементов OPLATA и SANK в файлах об оказанной медицинской помощи;

-2 - запись, содержащая сведения о ранее оплаченном случае оказания медицинской помощи, подаваемом на аннулирование (отмену) и удержание оплаченных средств.

В настоящее время допускается подавать для аннулирования (отмены) и удержания оплаченных средств (по согласованию с ТФОМС Челябинской области) записи, удовлетворяющие критериям:

- записи содержат сведения об оказанной медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Челябинской области, в файлах по поликлинике, стационару, скорой помощи (FILE_TYPE = «01», «02», «04»);
- записи содержат сведения об оказанной медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической или скорой медицинской помощи;
- аннулирование (отмена) и удержание оплаченных средств осуществляется полностью за весь случай оказания медицинской помощи (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра);
- год окончания оказания медицинской помощи, подлежащей аннулированию (отмене) и

удержанию оплаченных средств, равен году отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE_2 «итоговой» записи случая оказания медицинской помощи (RSLT≠0, ISHOD≠0) (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра).

SCHEM.YEAR=YEAR(ZAP.SLUCH.DATE_2);

- допускается подавать на аннулирование (отмену) и удержание оплаченных средств только оплаченные ранее случаи оказания медицинской помощи (поле DELETED=0 в файле формата DBF) впервые поданные к оплате (PR_NOV=0);
- допускается подавать на аннулирование (отмену) и удержание оплаченных средств только нескорректированные ранее записи;
- не допускается изменять сведения в файлах об оказанной медицинской помощи (файлы «Н», «Т», «D») и в файле персональных данных «L».

1.3.3 Сведения о пациенте (элемент PACIENT)

1.3.3.1 Поле ID_PAC обязательно для заполнения. Указывается код записи о пациенте. Необходим для связи с файлом персональных данных. Соответствует аналогичному полю в файле персональных данных (элемент PERS). Поле уникально в пределах одного типа передаваемых данных в отчетном периоде (например, для типа «01 – поликлиника Челябинская область» передаются файлы с видами оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP – I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения», тогда в последовательности всех ID_PAC из этих файлов значения не повторяются).

1.3.3.2 Поле VPOLIS заполняется в соответствии с F008: 1 – полис ОМС старого образца; 2 – временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС единого образца; 3 – полис ОМС единого образца. При отсутствии документа, подтверждающего факт страхования по ОМС:

- а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области в поле VPOLIS заносится значение 0,
- б) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ такие записи не передаются.

1.3.3.3 Поле SPOLIS заполняется при наличии серии в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС.

- а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области для полиса ОМС старого образца и полиса ОМС единого образца поле не заполняется. Для временного свидетельства поле обязательно для заполнения. Серия временного свидетельства в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области должна соответствовать файлу SNPOLIC.DBF.
- б) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ заполняется в соответствии со справочником форматов серии и номера документа ОМС POLTMPL.DBF. Допускается использовать русские или латинские буквы, цифры, дефис, пробел.

1.3.3.4 Поле NPOLIS обязательно для заполнения. При наличии документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, указывается его номер, который должен состоять только из цифр. В случае отсутствия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС:

- а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области в поле NPOLIS должно указываться «-1»;
- б) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ такие записи не передаются.

Для полисов единого образца указывается ЕНП: он должен состоять из 16 знаков; фасеты номера (8 символов – с 3-го по 10-ый) должны соответствовать дате рождения и полу застрахованного (исключения содержатся в файле UIP_EXC.DBF); в номере должен быть правильно указан 16-ый контрольный разряд.

В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области номер полиса ОМС старого образца не должен быть больше 19015000; номер временного свидетельства должен соответствовать файлу SNPOLIC.DBF.

В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ заполняется в соответствии со справочником форматов серии и номера документа ОМС POLTMPL.DBF. На момент оказания медицинской помощи в регистре застрахованных лиц Челябинской области не должно быть действующего полиса застрахованного лица, которому оказана медицинская помощь.

1.3.3.5 Поле ST_OKATO является условно-обязательным для заполнения. Указывается OKATO территории выдачи документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, для полисов старого образца при наличии данных. В настоящее время не заполняется.

1.3.3.6 Поле SMO заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ OKATO СМО по справочнику F002 должно соответствовать значению поля SMO_OK (OKATO территории страхования).

1.3.3.7 Поле SMO_OGRN заполняется только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ при невозможности указать реестровый номер СМО. В настоящее время не заполняется.

1.3.3.8 Поле SMO_OK обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Указывается OKATO территории страхования в соответствии со справочником REGIONS.DBF. Для неработающих пациентов регионом страхования может быть только регион постоянной регистрации (CITYSTREET). Для новорожденных детей указывается регион, в котором выдан полис ОМС представителю пациента.

1.3.3.9 Поле SMO_NAM заполняется только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Обязательно для заполнения при отсутствии кода СМО в справочнике F002.

1.3.3.10 Поле INV заполняется в основном файле по оказанной медицинской помощи только при впервые установленной инвалидности (значения: «1» – 1 группа; «2» – 2 группа; «3» – 3 группа; «4» – дети-инвалиды) или в случае отказа в признании лица инвалидом (значение «0» – нет инвалидности).

Допускается указывать в файлах по поликлинике на записях по посещениям, по обращениям и посещениям в рамках обращений в поликлинике (PLACE=1) и на дому (PLACE=2) с лечебно-диагностической целью (PURPOSE=«Л»), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}). Для записей по обращению и посещениям в рамках данного обращения принимает одинаковое значение.

Значение 4 – «дети-инвалиды» допустимо указывать только для пациентов, возраст которых меньше 18 лет. Значения 1-3 допустимо указывать только для пациентов с 18 лет и старше. При этом возраст определяется на дату окончания оказания медицинской помощи: для посещений – дата посещения; для обращений и посещений в рамках обращений – дата окончания обращения.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам и в файле по оказанной ВМП это поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.3.11 Поле NOVOR (признак новорожденного) обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. «0» – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по шаблону ПДДММГГН, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 (1 – Муж., 2 – Жен.);

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

Н – порядковый номер ребёнка (один знак).

Признак новорожденного может быть указан только у детей, не достигших возраста 6 месяцев на дату окончания лечения и медицинская помощь которых будет оплачена по данным представителя. Признак новорожденного заполняется в каждой записи движения в стационаре.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.3.12 Поле VNOV_D (вес при рождении) заполняется при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.

Поле обязательно заполняется одинаковыми значениями на всех записях в движении, в котором есть:

- профили коек, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр WEIGHT;
- койки с кодами тарифов ВМП (поле HMP_ID), для которых в справочнике HMP.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр WEIGHT;
- койки со значением поля WEIGHT менее 1500 г.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4 Сведения о случае

1.3.4.1 Поле IDCASE обязательно для заполнения. Указывается номер записи в реестре случаев, который должен соответствовать порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.

1.3.4.2 Поле USL_OK обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код условия оказания медицинской помощи в соответствии со справочником V006. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре следует указывать код условия оказания медицинской помощи 1 (СМП); в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов – 2 (ДС); в файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии – 3 (АПМП); в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – 4 (СП). В файлах персонифицированного учета по параклинике при оказании основной медицинской помощи в круглосуточном стационаре (MED_KIND=1) следует указывать код условия оказания медицинской помощи 1 (СМП); при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (MED_KIND=2 и 3) – 2 (ДС); при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (MED_KIND=0) – 3 (АПМП).

1.3.4.3 Поле VIDPOM обязательно для заполнения в соответствии со справочником V008:

- 1 – первичная медико-санитарная помощь;
- 11 – первичная доврачебная медико-санитарная помощь;
- 12 – первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- 13 – первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- 2 – скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;
- 21 – скорая специализированная медицинская помощь;
- 22 – санитарно-авиационная медицинская помощь;
- 3 – специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 31 – специализированная медицинская помощь;
- 32 – высокотехнологичная специализированная медицинская помощь;
- 4 – паллиативная медицинская помощь.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам, следует указывать коды видов медицинской помощи:

11 – если амбулаторно-поликлиническая или стоматологическая помощь оказана специалистом не врачебной квалификации (KVAL=Ф в файле персонифицированного учета);

12 – если амбулаторно-поликлиническая помощь оказана врачом (KVAL=В в файле персонифицированного учета) по терапевтической специальности (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TERAP=1});

13 – если оказана амбулаторно-поликлиническая помощь врачом (KVAL=В в файле персонифицированного учета) по узкой специальности, или стоматологическая помощь (KVAL=В в файле персонифицированного учета), или помощь в условиях дневного стационара при поликлинике (кроме экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) – для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {ЕКО=1}), или на записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа в рамках данного случая (поликлиника);

31 – если оказана медицинская помощь с применением ЭКО в условиях дневного стационара при поликлинике (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {ЕКО=1}).

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам следует указывать коды видов медицинской помощи:

0 – для записей, отражающих исследования, либо для записей с признаком отказа P_OTK=1 и (или) при незаполненном поле CODE_MD (в файле формата DBF – поле IDDOCT);

11 – для записей, отражающих осмотры фельдшеров (KVAL=Ф в файле персонифицированного учета) на должности врача;

12 – для тарифицируемой/итоговой записи по диспансеризации или по медицинским осмотрам; для записей, отражающих осмотры врачами терапевтических специальностей (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {TERAP=1});

13 – для записей, отражающих осмотры врачами (KVAL=В в файле персонифицированного учета) узких специальностей.

В файлах персонифицированного учета по стационару, кроме ВМП, следует указывать значение 31.

В файлах по оказанной ВМП необходимо использовать только значение 32.

В файлах персонифицированного учета по параклинике следует указывать коды видов медицинской помощи:

13 – если основная медицинская помощь оказана в амбулаторно-поликлинических условиях (MED_KIND=0 в файле персонифицированного учета) или условиях стационара при поликлинике (MED_KIND=3 в файле персонифицированного учета);

31 – если основная медицинская помощь оказана в условиях круглосуточного стационара (MED_KIND=1 в файле персонифицированного учета) или условиях дневного стационара при круглосуточном (MED_KIND=2 в файле персонифицированного учета).

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи следует указывать значения:

2 – если помощь оказана «терапевтической» бригадой (для кода профиля бригады (поле SP_SPEC) в справочнике SP_SPEC.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {TERAP=1});

21 – если помощь оказана специализированной бригадой (для кода профиля бригады SP_SPEC в справочнике SP_SPEC.DBF в поле PARAM_EX отсутствует элемент {TERAP=1}).

1.3.4.4 В поле FOR_POM указывается форма оказания медицинской помощи в соответствии со справочником V014: 1 – экстренная, 2 – неотложная, 3 – плановая.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам, следует указывать коды формы оказания медицинской помощи:

2 – если помощь оказана по специальности неотложной помощи (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {NEOTLOG=1});

3 – во всех остальных случаях.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется) – помощь по форме оказания всегда относится к «3 – Плановая».

В файлах персонифицированного учета по стационару следует указывать коды формы оказания медицинской помощи:

1 – если помощь оказывалась в круглосуточном стационаре (PURPOSE=K) при экстренной госпитализации (EXTR=2);

3 – если помощь оказывалась в дневном стационаре (PURPOSE=Д), или в круглосуточном (PURPOSE=K) при плановой госпитализации (EXTR=1).

В файлах персонифицированного учета по параклинике форма оказания медицинской помощи указывается в зависимости от формы оказания основной медицинской помощи.

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи – 1 или 2.

1.3.4.5 В поле VID_HMP указывается вид высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии со справочником V018. Обязательно для заполнения для файлов по оказанной ВМП.

Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.6 В поле METHOD_HMP указывается метод высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии со справочником V019. Обязательно для заполнения для файлов по оказанной ВМП.

Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.7 В поле NPR_MO в файлах персонифицированного учета по параклинике указывается код медицинской организации, направившей на обследование, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи для вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EVAC=1}) – код медицинской организации, из которой поступил вызов выездной бригады «для проведения медицинской эвакуации (консультации)», в файлах персонифицированного учета по поликлинике – код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для консультации у врача-специалиста, в соответствии со справочником F003.

Для файлов по скорой медицинской помощи – медицинская организация, осуществляющая вызов выездной бригады для «проведения медицинской эвакуации (консультации)» должна относиться к территории обслуживания медицинской организации, на базе которой организована эта выездная бригада (соответствие справочнику TARIF.DBF).

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

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

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

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

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

Консультативную помощь и диагностические медицинские услуги КДЦ может получать пациент, направленный из АПП медицинской организации – Фондодержателя, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи (ATTACH_VIS=LPU_FROM), кроме студентов очной формы обучения и в случае, когда направляющая МО является КДЦ. При этом, медицинская организация, на базе которой организован КДЦ, не может оказывать услуги КДЦ застрахованному населению, прикрепленному к ней для оказания первичной медико-санитарной помощи (ATTACH_VIS≠COD_LPU).

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

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

1.3.4.8 Поле EXTR обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре: 1 – плановая госпитализация; 2 – экстренная госпитализация.

Оказание медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {OVER_BASE=1}) или по профилю «Медицинская реабилитация соматическая» (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {OVER_BASE=2}) осуществляется в круглосуточном стационаре при плановой госпитализации (EXTR=1).

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

1.3.4.9 Поле LPU обязательно для заполнения. Указывается код медицинской организации из поля CODE_MO (элемент SCHET) в соответствии с федеральным справочником F003 (Реестр МО).

1.3.4.10 Поле LPU_1 является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода подразделения МО. В настоящее время не заполняется.

1.3.4.11 Поле VBR служит для указания признака мобильной медицинской бригады: 0 – нет, 1 – да. Элемент формируется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Обязательно для заполнения.

Заполняется одинаковыми значениями как на итоговой записи по случаю, так и на записях по осмотрам/исследованиям.

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

1.3.4.12 Поле PODR является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода отделения. В настоящее время не заполняется.

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

1.3.4.13 Поле PROFIL обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код профиля оказанной медицинской помощи в соответствии с классификатором V002. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRMP2 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRMP2 справочника RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE_USL в элементе USL). Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

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

1.3.4.14 Поле DET обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинских осмотров. Указывается признак детского профиля оказываемой медицинской помощи: 0-нет, 1-да. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля TYPED справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE_USL в элементе USL, например). В файлах персонифицированного учета по параклинике признак детского профиля определяется по возрасту пациента при условии указания возраста в поле AGE справочника RSRCH.DBF на записи, соответствующей коду услуги CODE_USL в элементе USL: если возраст пациента на дату окончания обследования не превышает значение в поле AGE, то поле DET заполняется значением «1». Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

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

1.3.4.15 В поле TAL_D указывается дата выдачи талона на ВМП. Обязательно для заполнения в файлах по оказанной ВМП. Заполняется на основании талона на ВМП.

Дата выдачи талона на ВМП должна быть не позднее даты начала лечения по ВМП (TAL_D<=DATE_1).

Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.16 В поле TAL_P указывается дата планируемой госпитализации по ВМП. Обязательно для заполнения в файлах по оказанной ВМП. Заполняется на основании талона на ВМП.

Дата планируемой госпитализации должна быть не ранее даты выдачи талона на ВМП (TAL_P>=TAL_D).

Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.17 Поле NHISTORY обязательно. В поле указывается номер амбулаторной карты пациента, или номер истории болезни номер, или номер карты новорожденного, или номер протокола параклинического обследования, или номер карты вызова скорой медицинской помощи, или номер карты диспансеризации/медицинского осмотра. Номер должен содержать хотя бы одну цифру, отличную от 0, или одну букву; пробелов внутри номера быть не должно; допускается наличие специальных символов «/» и «-».

1.3.4.18 Поле P_PER обязательно для заполнения только на записях коек круглосуточного и дневных стационаров всех типов в основном файле по оказанной медицинской помощи. Указывается признак поступления/перевода:

- 1 – Самостоятельно,
- 2 – СМП (скорая медицинская помощь),
- 3 – Перевод из другой МО,
- 4 – Перевод внутри МО с другого профиля коек.

На первой койке в движении пациента может принимать значения: в круглосуточном стационаре – 1,2,3,4, в дневных стационарах всех типов – 1,3,4; на остальных койках в движении пациента круглосуточного и дневных стационаров всех типов – только значение 4.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам и в файле по оказанной ВМП это поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19 Поле P_OTK служит для указания признака отказа от диспансеризации/медицинского осмотра. Элемент формируется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Обязательно для заполнения. Соответствует полю P_OTK в элементе USL.

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

1.3.4.20 Поле DATE_1 обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике:

1) при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения / случаи лечения с проведением процедур диализа амбулаторно/ записи по обращениям и посещениям в рамках обращений.

Для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно:

- на записях по случаю – дата начала случая лечения;
- на записях по услугам диализа - дата начала проведения процедур диализа. Должна быть не ранее даты начала случая лечения, в рамках которого оказаны услуги диализа.

На записях по обращению и по посещениям в рамках обращений – дата начала обращения (VISIT_DATE первого посещения в рамках данного обращения).

Для случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения:

- для диспансеризации взрослого населения (DISP_TYP = 1) и участников ВОВ/инвалидов войн (DISP_TYP=8) во всех записях по случаям диспансеризации в поле DATE_1 должна быть дата первого осмотра специалистом / исследования, выполненных при диспансеризации, или дата отказа от осмотра/исследования, либо дата отказа от диспансеризации в целом (дата начала диспансеризации);

- для других типов диспансеризации и медицинских осмотров во всех записях по случаям диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE_1 должна быть дата первого осмотра специалистом или дата отказа от осмотра специалистом, либо дата отказа от диспансеризации/медицинского осмотра в целом.

2) при оказании медицинской помощи в стационаре при поликлинике: на койках – дата начала лечения, на записях по услугам диализа – дата начала проведения процедур диализа.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается:

- на койках: дата начала лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни.

- на записях по услугам диализа: дата начала проведения процедур диализа.

В файлах персонифицированного учета по параклинике - дата начала обследования, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата приема вызова скорой помощи.

Для КСГ, к которой обязательно применение услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=3}), дата должна находиться в отчетном периоде файла.

Для записей по услугам диализа дата должна быть не ранее даты начала лечения на койке, на которой проводились процедуры диализа.

Соответствует полю DATE_IN в элементе USL.

1.3.4.21 Поле DATE_2 обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике:

1) при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения / случаи лечения с проведением процедур диализа амбулаторно/ записи по обращениям и по посещениям в рамках обращений.

Для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно:

- на записях по случаю – дата окончания случая лечения;

- на записях по услугам диализа - дата окончания проведения процедур диализа. Должна быть не позднее даты окончания случая лечения, в рамках которого проводились процедуры диализа.

На записях по обращению и по посещениям в рамках обращений – дата окончания обращения (VISIT_DATE последнего посещения в рамках данного обращения или VISIT_NXT последнего посещения в рамках данного обращения для обращений с результатом RSLT=302).

Для случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаю диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE_2 должна быть дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом или педиатром, либо дата отказа от диспансеризации / медицинского осмотра в целом.

2) при оказании медицинской помощи в стационаре при поликлинике: на койках – дата окончания лечения, на записях по услугам диализа – дата окончания проведения процедур диализа.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается:

- на койках: дата окончания лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни. При этом дата окончания лечения на переводной койке должна быть равна дате начала лечения на следующей койке в движении. Для коек «замена речевого процессора» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}) дата окончания лечения не может быть равна дате начала лечения.

- на записях по услугам диализа: дата окончания проведения процедур диализа.

В файлах персонифицированного учета по параклинике указывается дата окончания обследования, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата окончания вызова скорой помощи.

Случай оказания медицинской помощи подается к оплате в файле персонифицированного учета того периода, в который попадает дата окончания лечения (в стационаре – по дате выписки).

Для записей по услугам диализа (стационар, дневные стационары) дата должна быть не позднее даты окончания лечения на койке, на которой проводились процедуры диализа.

Соответствует полю DATE_OUT в элементе USL.

1.3.4.22 Поле DS0 заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии сведений о первичном диагнозе, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии сведений о диагнозе приемного отделения медицинской организации, в которую доставлен пациент. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (в справочнике MKB.DBF поле ITEMS=0). Исключения составляют несколько диагнозов-рубрик (в справочнике MKB.DBF поле ITEMS>0), разрешенных для использования (в справочнике MKB.DBF в поле PARAM_EX есть параметр {MAIN=1}). В файлах персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять.

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

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 MKB.DBF поле ITEMS=0). Исключения составляют несколько диагнозов-рубрик (в справочнике MKB.DBF поле ITEMS>0), разрешенных для использования (в справочнике MKB.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 MKB.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE_USE=1 в справочнике MKB.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 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 SPECMKB.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).

1.3.4.24 Поле DS1_PR является условно-обязательным для заполнения в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Служит для указания признака впервые установленного диагноза (основного). Обязательно указывается значение «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведенной диспансеризации / медицинского осмотра.

Заполняется как на записях по осмотрам/исследованиям, так и на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации/медицинского осмотра в отношении основного диагноза, указанного на записи (поле DS1).

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

1.3.4.25 *Сопутствующие заболевания (элемент DS2_N).* Является условно-обязательным для заполнения в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указываются сведения обо всех установленных сопутствующих заболеваниях. Для каждого сопутствующего заболевания формируется отдельный элемент.

Заполняется только на тарифицируемой/итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра.

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

1.3.4.25.1 Поле DS2 обязательно для заполнения. Указывается код установленного диагноза сопутствующего заболевания из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики в соответствии с медицинской документацией.

1.3.4.25.2 Поле DS2_PR является условно-обязательным для заполнения. Обязательно указывается значение «1», если сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведенной диспансеризации / медицинского осмотра.

1.3.4.26 В поле DS2 для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются коды всех установленных диагнозов сопутствующего заболевания. Для каждого диагноза формируется отдельный элемент. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (в справочнике MKB.DBF поле ITEMS=0). Исключения составляют несколько диагнозов-рубрик (в справочнике MKB.DBF поле ITEMS>0), разрешенных для использования (в справочнике MKB.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.

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

1.3.4.27 В поле DS3 для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются коды всех установленных диагнозов осложнения заболевания. Для каждого диагноза формируется отдельный элемент. 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.

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

1.3.4.28 Поле VNOV_M (вес при рождении) для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП заполняется при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать, на следующих профилях коек:

- «Для беременных и рожениц» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {BEREM=1});

- «Реанимация (взр.)» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REANIM=1} и поле TYPED=0).

Если при этом недоношенных и/или маловесных детей больше одного, то формируется отдельный элемент для веса каждого из них.

Поле обязательно заполняется на профилях коек, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр WEIGHT.

На записях по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=4) заполняется значениями койки, на которой они выполнялись (ссылка по полю GUID2).

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.29 Поле CODE_MES1 является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается код МЭС при наличии утвержденного стандарта. В настоящее время не заполняется.

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

1.3.4.30 Поле CODE_MES2 является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается код МЭС сопутствующего заболевания при наличии утвержденного стандарта. В настоящее время не заполняется.

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

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: $IDRMP_{XML} = 100 * DL_USLOV_{DBF} + IDRMP_{DBF}$.

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):

- нельзя использовать коды результата обращения 104, 106, 109, 110;
- 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}) или «Медицинская реабилитация соматическая» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {OVER_BASE=2}) можно использовать только коды: 101, 105, 107, 108;
- 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):

- нельзя использовать коды результата обращения 204 и 206;
- 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 – для всех).

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.

1.3.4.32 В поле RSLT_D указывается результат диспансеризации/медицинского осмотра. Элемент формируется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. В тарифицированных/итоговых записях по законченным и оплачиваемым случаям диспансеризации и медицинских осмотров заполняется в соответствии со справочником V017. В итоговых записях по незаконченным и неоплачиваемым случаям диспансеризации и медицинских осмотров заполняется значением 0 при отказе от прохождения застрахованным лицом диспансеризации/медицинского осмотра в целом или при невозможности присвоения группы здоровья, иначе заполняется в соответствии со справочником V017. Для записей, отражающих осмотры специалистами / исследования в случаях диспансеризации и медицинских осмотров, заполняется значением 0.

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

1.3.4.33 В поле NAZR для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам указываются коды всех назначений при присвоении группы здоровья, кроме I или II.

Назначения:

- 1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления,
- 2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию,
- 3 – направлен на обследование,
- 4 – направлен в дневной стационар,
- 5 – направлен на госпитализацию,
- 6 – направлен в реабилитационное отделение.

Для каждого кода назначения формируется отдельный элемент.

Заполняется только на тарифицируемой/итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра.

Если по результатам I этапа диспансеризации группа здоровья присвоена предварительно и направлен на II этап диспансеризации, то поле не заполняется.

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

1.3.4.34 В поле NAZ_SP для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам указываются в соответствии с классификатором V015 коды врачебных специальностей (значение параметра «Code»), консультации которых были назначены в результате проведенной диспансеризации/медицинского осмотра. Заполняется, если в поле NAZR проставлены коды 1 или 2. Для каждого кода врачебной специальности формируется отдельный элемент.

Заполняется только на тарифицируемой/итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра.

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

1.3.4.35 В поле NAZ_V для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам указываются виды обследований, которые были назначены в результате проведенной диспансеризации/медицинского осмотра.

Виды обследований:

- 1 – лабораторная диагностика,
- 2 – инструментальная диагностика,
- 3 – методы лучевой диагностики.

Заполняется, если в поле NAZR проставлен код 3. Для каждого вида обследования формируется отдельный элемент.

Заполняется только на тарифицируемой/итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра.

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

1.3.4.36 В поле NAZ_PMP для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам указываются в соответствии с классификатором V002 коды профилей медицинской помощи, по которым была назначены госпитализация и (или) дневной стационар в результате проведенной диспансеризации/медицинского осмотра. Заполняется, если в поле NAZR проставлены коды 4 или 5. Для каждого кода профиля медицинской помощи формируется отдельный элемент.

Заполняется только на тарифицируемой/итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра.

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

1.3.4.37 В поле NAZ_PK для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам указываются в соответствии с классификатором V020 коды «реабилитационных» профилей коек, по которым была назначена реабилитация в результате проведенной

диспансеризации/медицинского осмотра. Заполняется, если в поле NAZR проставлен код 6. Для каждого кода профиля койки формируется отдельный элемент.

Заполняется только на тарифицируемой/итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра.

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

1.3.4.38 Поле PR_D_N является условно-обязательным для заполнения в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Служит для указания признака диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да.

Допустимо указывать на записях, отражающих выполненные (P_OTK=0) осмотры специалистами (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DETAIL=1}), и на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра. При этом на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра значение признака PR_D_N=1 указывается тогда и только тогда, когда в рамках данного случая указана хотя бы одна запись по осмотру специалистом с признаком PR_D_N=1.

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

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: $IDIZ_{XML} = 100 * DL_USLOV_{DBF} + IDIZ_{DBF}$.

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.

1.3.4.40 Поле PRVS обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код специальности врача, оказавшего медицинскую помощь, – поле Code из классификатора V015. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRVS3 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRVS3 справочника RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE_USL в элементе USL). Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

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

1.3.4.41 В поле VERS_SPEC указывается код используемого справочника медицинских специальностей. Для основного файла оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП указывается значение «V015». Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.42 Поле IDDOKT обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Следует указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с

префиксом 's' (в нижнем регистре): sXXXXXXXXXXXX. Соответствует полю CODE_MD в элементе USL. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

Для обращений в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стоматологии: среди посещений в рамках обращения должно быть хотя бы одно посещение, у которого значение поля IDDOKT равно значению поля IDDOKT обращения.

В поликлинике для записи 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): среди записей по услугам диализа в рамках этого случая (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) должна быть хотя бы одна запись, у которой значение поля IDDOKT равно значению поля IDDOKT записи случая.

1.3.4.43 В поле OS_SLUCH для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются все имевшиеся особые случаи при регистрации обращения за медицинской помощью:

1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;

2 – в документе, удостоверяющем личность пациента/родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.

Для каждого значения создается отдельный элемент OS_SLUCH.

Если признак «Особый случай» отсутствует, то поле не заполняется (элемент не создается).

Признак «Особый случай» заполняется в каждой записи движения в стационаре.

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

1.3.4.44 Поле IDSP обязательно для заполнения. Указывается код способа оплаты медицинской помощи в соответствии с классификатором V010. Заполняется из поля IDSP справочника PURPOSE.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE_USL элемента USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам). Для записей в файле по оказанной ВМП следует указывать значение 13 – «Стандарт медицинской помощи в стационаре (включая ВМП)». Для записей по услугам диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}) следует указывать значение 4 – «Лечебно-диагностическая процедура».

1.3.4.45 Поле ED_COL не заполняется. Количество единиц оплаты медицинской помощи указывается в поле KOL_USL элемента USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП, или в поле KOL_USL, указанного в COMENTU элемента USL для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам.

1.3.4.46 Поле TARIF не заполняется. Тариф указывается в аналогичном поле элемента USL.

1.3.4.47 В поле SUMV указывается итоговая сумма, выставленная к оплате, по случаю оказания медицинской помощи. Равна сумме значений полей SUMV_USL (элемент USL) по всем финансовым потокам услуги в случае оказания медицинской помощи с учетом стоимости диализных услуг (значение поля SUMD1_V для SUMD1_T=1) и доставки диализных больных (значение поля SUMD2_V для SUMD2_T=2).

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

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

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

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

2 – полный отказ (DELETED=7 в файле формата DBF, если заполнено поле DELETED=7 в ComentSl; DELETED=6 в файле формата DBF, если заполнено поле DELETED=6 в ComentSl; DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 – Превышение муниципального задания» по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK;

или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK);

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

Решение об оплате принимается СМО.

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

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

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

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

1.3.4.50 Поле SANK_IT является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма санкций по случаю.

1.3.4.51 *Сведения о санкциях (элемент SANK).* Является условно-обязательным для заполнения. Указываются сведения о всех санкциях.

1.3.4.51.1 Поле S_CODE обязательно для заполнения. Указывается идентификатор санкции. Уникален в пределах случая.

1.3.4.51.2 Поле S_SUM обязательно для заполнения. Указывается сумма финансовой санкции.

1.3.4.51.3 Поле S_TIP обязательно для заполнения. Указывается тип санкции: 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.

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.

1.3.4.51.5 Поле S_COM является условно-обязательным для заполнения. Служебное поле для комментариев по санкции. В настоящее время не заполняется.

1.3.4.51.6 Поле S_IST обязательно для заполнения. Указывается источник: 1 – СМО/ТФОМС к МО.

1.3.4.52 *Сведения об услуге (по финансовым потокам) – элемент USL.* В сведениях об услуге число записей будет равно числу финансовых потоков, по которым будет осуществляться финансирование медицинской услуги. Запись по услуге, соответствующей финансированию по основному тарифу, должна быть всегда (независимо от значения основного тарифа). Все поля в записях по услуге должны иметь одинаковое значение и равны полям по финансовому потоку, соответствующему основному тарифу, за исключением полей CODE_USL, KOL_USL, TARIF, SUMV_USL и COMENTU, которые зависят от финансового потока FIN_ID.

1.3.4.52.1 Поле IDSERV обязательно для заполнения. Указывается номер записи в реестре услуг, уникально в пределах одного типа передаваемых данных в отчетном периоде. При этом для разных финансовых потоков одной услуги указывается один номер. Например, для типа «01–поликлиника Челябинской области» передаются файлы с видами оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP - I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения», тогда упорядоченная по возрастанию последовательность всех IDSERV услуг по финансовым потокам FIN_ID=1(основной тариф) из этих файлов начинается с 1, значения в ней не повторяются, каждый последующий элемент больше предыдущего на 1. В настоящее время в рамках одного случая оказания медицинской

помощи IDSERV должен иметь одинаковое значение во всех записях по услугам и равен IDCASE.

1.3.4.52.2 Поле LPU обязательно для заполнения. Указывается код медицинской организации из поля CODE_MO (элемент SCHET) в соответствии с федеральным справочником F003 (реестр МО).

1.3.4.52.3 Поле LPU_1 является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода подразделения МО. В настоящее время не заполняется.

1.3.4.52.4 Поле PODR является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Служит для передачи кода отделения. В настоящее время не заполняется. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.52.5 Поле PROFIL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Указывается код профиля оказанной медицинской помощи в соответствии с классификатором V002. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRMP2 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRMP2 справочника RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE_USL в элементе USL). Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.52.6 Поле VID_VME является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Указывается вид медицинского вмешательства в соответствии с номенклатурой медицинских услуг V001. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.52.7 Поле DET обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается признак детского профиля оказываемой медицинской помощи: 0-нет, 1-да. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля TYPED справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE_USL в элементе USL). В файлах персонифицированного учета по параклинике признак детского профиля определяется по возрасту пациента при условии указания возраста в поле AGE справочника RSRCH.DBF на записи, соответствующей коду услуги CODE_USL в элементе USL: если возраст пациента на дату окончания обследования не превышает значение в поле AGE, то поле DET заполняется значением «1». Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.52.8 Поле DATE_IN обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике:

1) при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения / случаи лечения с проведением процедур диализа амбулаторно/ записи по обращениям и посещениям в рамках обращений.

Для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно:

- на записях по случаю – дата начала лечения;
- на записях по услугам диализа - дата начала проведения процедур диализа. Должна быть не ранее даты начала случая лечения, в рамках которого проводились процедуры диализа.

На записях по обращению и по посещениям в рамках обращений – дата начала обращения (VISIT_DATE первого посещения в рамках данного обращения).

Для случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения:

- для диспансеризации взрослого населения (DISP_TYP = 1) и участников ВОВ/инвалидов войн (DISP_TYP=8) во всех записях по случаям диспансеризации в поле DATE_1 должна быть дата первого осмотра специалистом / исследования, выполненных при диспансеризации, или дата отказа от осмотра/исследования, либо дата отказа от диспансеризации в целом (дата начала диспансеризации);

- для других типов диспансеризации и медицинских осмотров во всех записях по случаям диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE_1 должна быть дата первого осмотра специалистом или дата отказа от осмотра специалистом, либо дата отказа от диспансеризации/медицинского осмотра в целом.

2) при оказании медицинской помощи в стационаре при поликлинике: на койках – дата начала лечения, на записях по услугам диализа – дата начала проведения процедур диализа.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается:

- на койках: дата начала лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни;

- на записях по услугам диализа: дата начала проведения процедур диализа.

В файлах персонифицированного учета по параклинике - дата начала обследования, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата приема вызова скорой помощи.

Для КСГ, к которой обязательно применение услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=3}), дата должна находиться в отчетном периоде файла.

Для записей по услугам диализа дата должна быть не ранее даты начала лечения на койке, на которой проводились процедуры диализа.

1.3.4.52.9 Поле DATE_OUT обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике:

1) при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения / случаи лечения с проведением процедур диализа амбулаторно/ записи по обращениям и посещениям в рамках обращений.

Для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно:

- на записях по случаю – дата окончания лечения;

- на записях по услугам диализа - дата окончания проведения процедур диализа. Должна быть не позднее даты окончания случая лечения, в рамках которого проводились процедуры диализа.

На записях по обращению и посещениям в рамках обращений – дата окончания обращения (VISIT_DATE последнего посещения в рамках данного обращения или VISIT_NXT последнего посещения в рамках данного обращения для обращений с результатом RSLT=302).

Для случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаю диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE_OUT должна быть дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом или педиатром, либо дата отказа от диспансеризации / медицинского осмотра в целом.

2) при оказании медицинской помощи в стационаре при поликлинике: на койках – дата окончания лечения, на записях по услугам диализа – дата окончания проведения процедур диализа.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается:

- на койках: дата окончания лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни. При этом дата окончания лечения на переводной койке должна быть равна дате начала лечения на следующей койке в движении. Для коек «замена речевого процессора» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}) дата окончания лечения не может быть равна дате начала лечения.

- на записях по услугам диализа: дата окончания проведения процедур диализа.

В файлах персонифицированного учета по параклинике указывается дата окончания обследования, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата окончания вызова скорой помощи.

Случай оказания медицинской помощи подается к оплате в файле персонифицированного учета того периода, в который попадает дата окончания лечения (в стационаре – по дате выписки).

Для записей по услугам диализа дата должна быть не позднее даты окончания лечения на койке, на которой проводились процедуры диализа.

1.3.4.52.10 Поле Р_ОТК служит для указания признака отказа от услуги. Элемент формируется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Обязательно для заполнения. Соответствует значению поля Р_ОТК в элементе SLUCH.

При отказе пациентом от прохождения диспансеризации/медицинского осмотра в целом указывается значение «1» на итоговой записи по случаю диспансеризации/медицинского осмотра.

При отказе пациентом от прохождения какого-либо осмотра специалистом / исследования в рамках случая диспансеризации/медицинского осмотра указывается значение «1» на записи, отражающей этот осмотр/исследование.

При отсутствии отказа заполняется значением «0».

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

1.3.4.52.11 Поле DS обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле 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 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 лиц 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 МКБ.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 в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стоматологии: среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы один код диагноза, равный коду диагноза обращения.

В 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 SPECMBK.DBF.

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

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).

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.

1.3.4.52.13 Поле KOL_USL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).

Указывается количество услуг (кратность услуг) в соответствии с финансовым потоком:

А) FIN_ID=1:

1) В поликлинике и на дому (Place=1,2):

1.1) Для записей по посещениям / обращениям / случаям лечения с проведением перитонеального диализа амбулаторно:

- 1 (посещение/обращение/случай);
- кроме того, для записи по случаю лечения с проведением перитонеального диализа амбулаторно (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1), нужно передать

фактическое количество дней обмена диализа и обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно);

1.2) Для услуг перитонеального диализа, оказанных амбулаторно (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1):

- Фактическое количество дней обмена перитонеального диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF). Для услуг перитонеального диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и {DETAIL=3}) значение должно быть равно общему количеству дней по записи услуги, подсчитанного аналогично правилам статистики определения количества койко-дней пребывания на койке дневного стационара;
- кроме того, нужно передать количество обменов перитонеального диализа в ComentU (поле AMOUNT);

2) Стоматология по УЕТ (PLACE=7): количество УЕТ.

2.1) Для записей по посещениям:

Равно сумме значений УЕТ всех указанных в поле MEDUS_ID стоматологических услуг (значение параметра УЕТ в поле PARAM_EX справочника USLUGI.DBF) с учетом кратности;

2.2) Для записей по обращениям:

Равно сумме значений УЕТ всех посещений в рамках данного обращения;

3) Стационар в поликлинике (PLACE=6):

3.1) Для записей по койкам КСГ:

- 1 (случай);
- кроме того, для КСГ, к которым обязательно применение услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=3}), нужно передать фактическое количество услуг/дней обмена диализа и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно);
- кроме того, для КСГ ЭКО (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {ЕКО=1}), нужно передать количество пациенто-дней, подлежащих учету, в ComentU (поле BED_DAY);

3.2) Для услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2):

- Фактическое количество услуг/дней обмена диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF). Для услуг гемодиализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=1} и {DETAIL=3}) значение не должно превышать: 14 – если номер отчетного месяца равен «1» (январь), «3» (март), «5» (май), «7» (июль), «8» (август), «10» (октябрь), «12» (декабрь); 13 – в остальных случаях. Для услуг перитонеального диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и {DETAIL=3}) значение должно быть равно общему количеству койко-дней по записи услуги, подсчитанного аналогично правилам статистики определения количества койко-дней пребывания на койке дневного стационара;
- кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT);

4) Круглосуточный стационар (PURPOSE= K):

4.1) Для записей по ВМП: 1 (случай);

4.2) Для записей по койкам КСГ: 1 (случай);

4.3) Для услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=4):

- Фактическое количество услуг/дней обмена диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF);
- кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT);

5) Дневной стационар при КС (PURPOSE=Д):

5.1) Для записей по койкам КСГ:

- 1 (случай);
- кроме того, для КСГ, к которым обязательно применение услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=3}), нужно передать фактическое количество услуг/дней обмена диализа и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно);

5.2) Для услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=4):

- Фактическое количество услуг/дней обмена диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF). Для услуг гемодиализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=1} и {DETAIL=3}) значение не должно превышать: 14 – если номер отчетного месяца равен «1» (январь), «3» (март), «5» (май), «7» (июль), «8» (август), «10» (октябрь), «12» (декабрь); 13 – в остальных случаях. Для услуг перитонеального диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и {DETAIL=3}) значение должно быть равно общему количеству койко-дней по записи услуги, подсчитанного аналогично правилам статистики определения количества койко-дней пребывания на койке дневного стационара;
- кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT);

6) Параклиника (PLACE=10):

- R-хирургические методы диагностики (PURPOSE=7): 1 (обследование);
- КТ, МРТ (PURPOSE=18): 1 (обследование);
- Иммунологическая и бактериологическая диагностика (PURPOSE=20): 1 (обследование);
- Пренатальная диагностика (PURPOSE=17): количество УЕ;
- Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (PURPOSE=21): 1 (обследование)

7) Скорая помощь (Place=10): 1 (вызов)

Б) FIN_ID=6

Для услуг гемодиализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр {DIAL=1} и содержится элемент {DETAIL=3}) фактическое количество услуг гемодиализа (поле BED_DAY в файле формата DBF).

В) FIN_ID=8

Указывается значение в соответствии с полем UNIT из справочника TAREX.DBF.

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).

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).

$ПК = \text{Окр}2(KУС_{\text{МО}} \backslash КПУС_{\text{МО}} * КСЛП)$,

где:

Окр2 – функция округления значения до двух знаков после запятой;

$KУС_{\text{МО}} \backslash КПУС_{\text{МО}} = KУС_{\text{МО}} * КПУС_{\text{МО}}$ – коэффициент уровня/подуровня,

$KУС_{\text{МО}}$ – 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 $KУС_{\text{МО}} = 1$;

$КПУС_{\text{МО}}$ – 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 $КПУС_{\text{МО}} = 1$;

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.

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

$КСЛП_{\text{сумм}} = КСЛП1 + (КСЛП2-1) + \dots + (КСЛПn-1)$

При этом если $КСЛП_{\text{сумм}} > 1,8$ то $КСЛП_{\text{сумм}} = 1,8$.

Следует учесть, что дополнительные условия применения коэффициентов при оплате по КСГ содержатся в справочнике KoefCnd.dbf.

В настоящее время в этом справочнике определены дополнительные условия применимости КСЛП по следующим критериям (поле FLD_NAME в справочнике KoefCnd.dbf):

- Диагноз сопутствующего заболевания (COD_MKB1). При указанной рубрике кода МКБ-10 распространяется, в том числе, и на все его подрубрики;
- Диагноз осложнения (COD_MKB2). При указанной рубрике кода МКБ-10 распространяется, в том числе, и на все его подрубрики;
- Перечень номенклатуры выполненных медицинских услуг (MEDUS_ID).

При этом:

- заполненное отличным от «0» значением поле N_COMB означает, что для применения коэффициента необходимо одновременное наличие в файле персонифицированного учета по оказанной медицинской помощи всех значений критерия с указанным N_COMB (0 – не влияет на выбор);
- заполненное отличным от «0» значением поле CNT означает, что коэффициент применяется для указанного значения критерия с кратностью CNT (0 – не влияет на выбор).

1.2) На записях по услугам диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) – сумма оплаты услуг диализа по основному тарифу (без учета доставки диализных больных):

$SUMV_USL = TARIF * KOL_USL$.

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.

1.3.4.52.16 Поле PRVS обязательно для заполнения. Указывается код специальности врача, оказавшего медицинскую помощь, – поле Code из классификатора V015. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRVS3 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRVS3 справочника RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE_USL элемента USL).

1.3.4.52.17 Поле CODE_MD обязательно для заполнения. Следует указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с префиксом 's' (в нижнем регистре): sXXXXXXXXXXXX.

Может принимать пустое значение в файлах по диспансеризации или медицинским осмотрам:

- в записях, отражающих исследования;
- на итоговой записи по случаю диспансеризации/медицинского осмотра в случае отказа застрахованным лицом от прохождения диспансеризации/медицинского осмотра в целом (P_OTK=1 на итоговой записи по случаю) либо при отказе застрахованным лицом от заключительного осмотра терапевта или педиатра;
- на записях по осмотрам/исследованиям при отказе застрахованным лицом от прохождения этих осмотров/исследований (P_OTK=1 на записи, отражающей осмотр/исследование).

Для обращений в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стоматологии: среди посещений в рамках обращения должно быть хотя бы одно посещение, у которого значение поля CODE_MD равно значению поля CODE_MD обращения.

В поликлинике для записи 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): среди записей по услугам диализа в рамках этого случая (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) должна быть хотя бы одна запись, у которой значение поля CODE_MD равно значению поля CODE_MD записи случая.

1.3.4.52.18 Поле NPL является условно-обязательным для заполнения для основного файла по оказанной медицинской помощи. Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объеме:

- 1 – документированный отказ больного,
- 2 – медицинские противопоказания,
- 3 – прочие причины (умер, переведен в другое отделение и пр.),
- 4 – ранее проведенные услуги в пределах установленных сроков.

На выписной койке круглосуточного (КС) и дневных стационаров (ДС):

- принимает значение «1» тогда и только тогда, когда указан код прерывания «отказ больного» (COD_PRER=1);

- принимает значение «2» тогда и только тогда, когда указан код прерывания «прерывание по мед. показаниям» (COD_PRER=2);

- если результат госпитализации «Умер» (RSLT=105,205), «Перевод в другое ЛПУ» (RSLT=102,202), «Перевод из КС в ДС, или из ДС в КС» (RSLT=103,203), или указан код

прерывания «нарушение режима» (COD_PRER=3), «карантин в мед.учреждении» (COD_PRER=5), то в поле NPL должно быть указано значение «3».

В файлах по параклинике должно принимать значение «0».

В файлах по поликлинике и стационару 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), по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1,2,4) должно принимать значение «0».

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам и в файле по оказанной ВМП это поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.52.19 Поле COMETNU служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|».

Поля, кодируемые в COMENTU:

1.3.4.52.19.1 Поле KVAL заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании амбулаторно-поликлинической и стоматологической помощи. Указывается квалификация врача: «В» - врач, «Ф» - фельдшер.

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи в поле KVAL указывается квалификация бригады скорой помощи: «В» - врачебная, «Ф» - фельдшерская.

При наличии ограничения на квалификацию (в справочнике SPECIAL.DBF или SP_SPEC.DBF (для скорой помощи) в поле PARAM_EX содержится элемент KVAL) значение поля KVAL должно ему соответствовать.

Может принимать пустое значение в файлах по диспансеризации или медицинским осмотрам:

- в записях, отражающих исследования;
- на записях с признаком отказа P_OTK=1 и (или) при незаполненном поле CODE_MD (в файле формата DBF – поле IDDOCT).

1.3.4.52.19.2 Поле BED_DAY заполняется:

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

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

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

б) КСГ ЭКО (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {ЕКО=1}). Указывается количество пациенто-дней, подлежащих учету, из общего периода оказания медицинской помощи. Так, учету подлежат только те дни, в которые застрахованный непосредственно обращался за помощью по ЭКО. Это количество пациенто-дней может не совпадать с периодом лечения. При указании количества пациенто-дней следует учитывать сведения из муниципального заказа.

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике для записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1). Указывается количество дней диализа. Равно сумме значений по полю KOL_USL (поле BED_DAY в файле формата DBF) в записях по услугам диализа, оказанным в рамках данного случая (GUID1

случая = GUID2 услуг диализа). Для случаев лечения с проведением процедур перитонеального диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) значение должно быть равно общему количеству дней по записи случая, подсчитанного аналогично правилам статистики определения количества койко-дней пребывания на койке дневного стационара.

1.3.4.52.19.3 Поле UET обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по параклинике при оплате медицинской помощи, оказанной с применением рентгенохирургических методов диагностики и лечения (PURPOSE=7) и медицинских услуг за иммунологические и бактериологические исследования (PURPOSE=20). Количество УЕ за обследование должно соответствовать справочнику RSRCH.DBF: по иммунологической и бактериологической диагностике количество УЕ не должно превышать значения в RSRCH.DBF, по рентгенохирургическим методам диагностики и лечения должно быть равно значению в RSRCH.DBF.

1.3.4.52.19.4 Поле MED_KIND заполняется только в файлах персонифицированного учета по параклинике. Указывается вид основной медицинской помощи, при которой оказана данная параклиническая услуга: 0 – поликлиника, 1 – круглосуточный стационар, 2 – дневной стационар при КС, 3 – стационар при поликлинике. Для вида параклинических услуг «Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ» (PURPOSE=21) основная медицинская помощь может быть оказана только в поликлинике (MED_KIND=0). Для всех видов параклинических услуг в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ с марта по апрель 2015 года основная медицинская помощь может быть оказана только в поликлинике (MED_KIND=0).

1.3.4.52.19.5 Поле SROKBER заполняется только в файлах персонифицированного учета по параклинике по случаям пренатальной диагностики. Указывается число полных недель срока беременности на момент проведения обследования. I УЗ скрининг (RSRCH_ID="01.61.001") проводится на сроках беременности 10-14 недель, II УЗ скрининг (RSRCH_ID="01.61.002") - на сроках беременности 18-21 недели.

1.3.4.52.19.6 Поле FSS_TRAUMA заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике. В поле указывается признак лечения по несчастному случаю:

- 0 – не несчастный случай;
- 1 – страховой несчастный случай оплачивается по ОМС;
- 2 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение не закончено;
- 3 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение закончено.

1.3.4.52.19.7 Поле COD_PRER заполняется на записях выписных коек в файле персонифицированного учета по стационару (кроме ВМП) и по поликлинике (стационары при поликлинике) в соответствии со справочником PRER.DBF.

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 прерывания лечения и их сочетаний с кодами результата обращения (в соответствии со справочником V009.DBF) 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 – для всех).

В файле по оказанной ВМП прерывания не должно быть – учет (оплата) по ВМП осуществляется только при условии оказания ВМП в полном объеме.

1.3.4.52.19.8 Поле ATTACH заполняется в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области из регионального справочника LPU.DBF.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код МО прикрепления по оказанию амбулаторно-поликлинической медицинской

помощи: до апреля 2014 года – на начало отчетного периода (первое число месяца), начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месяца).

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи - код МО прикрепления по оказанию скорой помощи: до апреля 2014 года – на начало отчетного периода (первое число месяца), начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месяца).

1.3.4.52.19.9 Поле HEIGHT заполняется только в файлах персонифицированного учета по стационару на профилях коек круглосуточного стационара для новорожденных (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {NOVOR=1}).

1.3.4.52.19.10 Поле WEIGHT заполняется только в файлах персонифицированного учета по стационару на профилях коек круглосуточного стационара для новорожденных (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {NOVOR=1}). Вес новорожденного не может быть менее 500 грамм.

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 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.

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 \neq 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.

1.3.4.52.19.13 Поле SIZETAR_ID заполняется в файлах персонифицированного учета по стационару (кроме оплаты по ВМП – в файле по оказанной ВМП не заполняется) и по поликлинике (стационары при поликлинике) в соответствии со справочником SIZETAR.DBF на тарифицированной койке случая оплаты. В нем указывается код размера основного тарифа (базовой ставки КСГ), действующего на момент оказания медицинской услуги.

Список допустимых в периоде размеров тарифа 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 результата обращения в соответствии со справочником V009.DBF (значение поля RSLT выписной койки в движении для тарифицированной койки того случая оплаты, к которому относится выписная койка; 0 – в остальных случаях),
- кода КСГ (0 – для всех).

Если по указанным параметрам в справочнике определяется несколько возможных вариантов размера тарифа, то выбор между ними производится с учетом дополнительных критериев, определенных действующим Тарифным соглашением в сфере ОМС Челябинской области.

Отдельно обращаем внимание на то, что при оплате по КСГ размер тарифа не распространяется на оплату по услугам диализа.

1.3.4.52.19.14 Поле TIME_BEG заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. Указывается время приема вызова скорой помощи в формате «ЧЧ:ММ». Диапазон значений от 00:00 до 23:59.

1.3.4.52.19.15 Поле TIME_END заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. Указывается время окончания вызова скорой помощи в формате «ЧЧ:ММ». Диапазон значений от 00:00 до 23:59. Продолжительность вызова скорой помощи не может превышать 8 часов, кроме вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {EVAC=1}).

1.3.4.52.19.16 Поле SP_REAS обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником SP_REAS.DBF. В нем указывается повод для вызова бригады скорой помощи.

1.3.4.52.19.17 Поле SP_VID обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником SP_VID.DBF. В нем указывается вид вызова скорой помощи.

1.3.4.52.19.18 Поле SP_BRIG обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. В нем указывается состав бригады скорой помощи как сумма значений из справочника SP_BRIG.DBF.

Если квалификация бригады – врачебная (поле KVAL=«В»), то в составе бригады обязательно должен быть врач. Если квалификация бригады – фельдшерская (поле KVAL=«Ф»), то в составе бригады врача быть не должно.

1.3.4.52.19.19 Поле SP_FROM обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником SP_FROM.DBF. В нем указывается место вызова бригады скорой помощи.

Для вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {EVAC=1}) можно использовать только коды места вызова: 5 – больница, 8 – другие медицинские организации, 12 – другое.

1.3.4.52.19.20 Поле SP_DATE заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. В нем указывается дата доставки пациента в МО, или дата констатации смерти пациента, или дата передачи пациента специализированной бригаде скорой помощи.

1.3.4.52.19.21 Поле SP_TIME заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. В нем указывается время доставки пациента в МО, или время констатации смерти пациента, или время передачи пациента специализированной бригаде скорой помощи.

1.3.4.52.19.22 Поле SP_KM заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи, если известен километраж выезда.

1.3.4.52.19.23 Поле VISIT_DATE обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании амбулаторно-поликлинической и стоматологической помощи. В нем указывается:

- для записей по посещениям (поле OBR_VIS=0,2): дата посещения в поликлинике, на дому, в стоматологии;

- для записей по обращению (поле OBR_VIS=1): дата последнего посещения в рамках данного обращения (поликлиника, стоматология);

- для записей по случаям лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа в рамках данных случаев: не заполняется.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам:

- в записях по случаю диспансеризации или медицинского осмотра в поле VISIT_DATE должна быть указана дата заключительного осмотра терапевтом (педиатром) или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом (педиатром), либо дата отказа от прохождения диспансеризации/медицинского осмотра в целом;

- на записях, отражающих осмотры/исследования, - дата проведения осмотра/исследования или дата отказа от его прохождения.

В файлах персонифицированного учета по параклинике поле VISIT_DATE заполняется при наличии даты направления на обследование. Следует учесть, что с мая 2015 года параклинические услуги оказываются только по направлению, поэтому поле VISIT_DATE обязательно к заполнению в файлах по параклинике.

1.3.4.52.19.24 Поле ATTACH_VIS в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области служит для указания:

- кода МО прикрепления на дату окончания профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (файлы по медицинским осмотрам);

- кода МО прикрепления на дату окончания профилактического медицинского осмотра взрослого населения (файлы по медицинским осмотрам);

- кода МО прикрепления на дату окончания диспансеризации взрослого населения (файлы по диспансеризации);

- кода МО прикрепления на дату посещения специалиста КДЦ (файлы по поликлинике, кроме диспансеризации и медицинских осмотров);

- кода МО прикрепления на дату направления на параклиническое обследование в КДЦ (файлы по параклинике).

Заполняется в соответствии с региональным справочником LPU.DBF.

1.3.4.52.19.25 Поля KPG и KSG обязательны для заполнения в файлах персонифицированного учета по стационару (кроме файлов по ВМП) и в файлах персонифицированного учета по поликлинике для стационаров при поликлинике, за исключением профилей коек, для которых не определяется КСГ (элемент {KPG=0} в поле PARAM_EX в справочнике SPECIAL.DBF).

А) На записях коек в движении пациента:

Указывается код клинко-профильной группы (KPG) и клинко-статистической группы (KSG). Данные поля заполняются в соответствие со справочником KSG.DBF.

Возможность применять КСГ на профиле койки (COD_SPEC) определена в справочнике KSG_SPC.DBF.

Определение КСГ для каждой записи койки в движении в рамках одной госпитализации:

Шаг 1. Определение в круглосуточном стационаре КСГ 220 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {TRAUMA=1}).

1) Если для рассматриваемой койки указано количество реанимационных койко-дней (BED_REAN>0), то переходим к п.2 Шага 1. Иначе, переходим к Шагу 2.

2) По справочнику KSG_AR.DBF определяем анатомическую область (из T1–T7) кода МКБ основного диагноза. Если не нашли запись, действующую в периоде, то переходим к Шагу 2.

3) По справочнику KSG_AR.DBF определяем анатомические области (из T0–T7) для всех кодов МКБ сопутствующих диагнозов и диагнозов осложнений.

4) Рассматриваем совокупность анатомических областей, определенных в п.2 и п.3 Шага 1. Если в совокупности есть:

а) или: область T0 и область T7,

б) или: область T0 и две различные области из T1–T6,

то для записи определяется КСГ «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)». Иначе, переходим к Шагу 2.

Шаг 2. Определение КСГ «Замена речевого процессора» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}).

Если профиль койки предполагает замену речевого процессора (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}) и в поле MEDUS_ID указан соответствующий код номенклатуры (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}) и код МКБ основного диагноза по справочнику KSG_MAP.DBF допустим для КСГ «Замена речевого процессора» в указанных условиях оказания медицинской помощи (поле USL_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар), то для записи определяется КСГ «Замена речевого процессора». Иначе, переходим к шагу 3.

Шаг 3. Определение в дневном стационаре КСГ 41 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=3}).

Если профиль койки предполагает применение диализа (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4), в полях MEDUS_ID и код МКБ основного диагноза указаны значения, допустимые по справочнику KSG_MAP.DBF для КСГ 41 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ», то для записи определяется КСГ 41 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ». Иначе, переходим к Шагу 4.

Шаг 4. Определение в дневном стационаре КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» по этапам процедур ЭКО (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {ЕКО=1} и содержится параметр ЕКО_STEP).

1) Если профиль койки предполагает применение вспомогательных репродуктивных технологий (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {ЕКО=1}) с указанием этапов проведения процедуры ЭКО (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр ЕКО_STEP) и в поле MEDUS_ID указан соответствующий код номенклатуры (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {ЕКО=1}), то переходим к п.2 Шага 4. Иначе, переходим к шагу 5.

2) По справочнику KSG.DBF находим КСГ, соответствующую указанным на профиле койки этапам проведения процедуры ЭКО (параметры ЕКО_SPEC в поле PARAM_EX справочников KSG.DBF и SPECIAL.DBF), и для записи определяем найденную КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение».

Шаг 5. Определение «реабилитационной» КСГ (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}).

Если профиль койки «Медицинская реабилитация» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}) и в поле MEDUS_ID указан хотя бы один код номенклатуры «реабилитационной» услуги (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}), который по справочнику KSG_MAP.DBF допустим для «реабилитационной» КСГ в указанных условиях оказания медицинской помощи (поле USL_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар), то для записи определяется найденная «реабилитационная» КСГ. При наличии нескольких кодов различных «реабилитационных» услуг выбирается КСГ, которая имеет наибольший коэффициент затратоемкости (KZ). Иначе, переходим к шагу 6.

Шаг 6. Общий алгоритм определения КСГ:

1) Если на профиле койки допустимо применение КСГ (в соответствии со справочником KSG_SPC.DBF) и для койки не указаны признаки гемодиализа или перитонеального диализа (в поле PARAM_EX параметры {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно), или ЭКО (в поле PARAM_EX параметр {EKO=1}), или замены речевого процессора (в поле PARAM_EX параметр {VOICE=1}), или «Медицинская реабилитация» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}), то переходим к п.2, иначе – ошибка.

2) По коду МКБ основного диагноза по справочнику KSG_MAP.DBF определяем действующую в периоде КСГ_{МКБ} с учетом условий оказания медицинской помощи (поле USL_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар) и дополнительных критериев:

- код номенклатуры (услуги),
- код МКБ вторичного диагноза,
- возрастная категория на начало госпитализации,
- пол,
- длительность пребывания (на рассматриваемой записи в движении),
- иных дополнительных параметров в соответствии с полем PARAM_EX справочника KSG_MAP.

При этом если применялось несколько кодов номенклатуры и/или указано несколько кодов МКБ вторичного диагноза, то определяем несколько КСГ с учетом каждого из них, выбрав в качестве КСГ_{МКБ} среди них ту, которая имеет наибольший коэффициент затратоемкости (KZ).

Поиск по коду МКБ основного диагноза проводится либо по полному совпадению с полем COD_MKB справочника KSG_MAP.DBF, либо по первой букве кода, если в группировщике КСГ (справочник KSG_MAP.DBF) в поле COD_MKB указан код вида «Б.», где «Б» - буква латинского алфавита.

3) По коду номенклатуры по справочнику KSG_MAP.DBF определяем действующую в периоде КСГ_{MEDUS} с учетом условий оказания медицинской помощи (поле USL_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар) и дополнительных критериев:

- код МКБ основного диагноза,
- код МКБ вторичного диагноза,
- возрастная категория на начало госпитализации,
- пол,
- длительность пребывания (на рассматриваемой записи в движении),
- иных дополнительных параметров в соответствии с полем PARAM_EX справочника KSG_MAP.

При этом если применялось несколько кодов номенклатуры и/или указано несколько кодов МКБ вторичного диагноза, то определяем КСГ для каждого кода номенклатуры, выбрав в качестве КСГ_{MEDUS} среди них ту, которая имеет наибольший коэффициент затратоемкости (KZ).

Поиск по коду МКБ основного диагноза проводится либо по полному совпадению с полем COD_MKB справочника KSG_MAP.DBF, либо по первой букве кода, если в группировщике КСГ (справочник KSG_MAP.DBF) в поле COD_MKB указан код вида «Б.», где «Б» - буква латинского алфавита.

4) Проверяем найденные КСГ_{МКВ} и КСГ_{MEDUS} по справочнику KSG_SEL.DBF с учетом условий оказания медицинской помощи (поле USL_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар). Если в периоде найдено сочетание (КСГ_{МКВ}, КСГ_{MEDUS}), то выбираем КСГ, указанную в поле KSG_ID. Иначе, из КСГ_{МКВ} и КСГ_{MEDUS} выбираем ту КСГ, которая имеет наибольшее значение коэффициент затратоемкости.

Следует учесть, что:

- соседние записи в движении пациента в рамках одной госпитализации должны отличаться либо по профилю коек, либо по коду основного диагноза,
- в круглосуточном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ 185 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» с другими КСГ;
- в круглосуточном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ «Замена речевого процессора» с другими КСГ;
- в дневном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ 71 «Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения» с другими КСГ.

Б) На записях по услугам диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4).

Заполняется значениями полей KPG и KSG койки, на которой применена услуга диализа (ссылка по полю GUID2).

1.3.4.52.19.26 Поле BED_CARE заполняется только в тарифицированных записях профильного отделения круглосуточного стационара в файлах персонифицированного учета по стационару. Указывается количество койко-дней по уходу.

1.3.4.52.19.27 Поле BED_REAN заполняется только в записях коек круглосуточного стационара в файлах персонифицированного учета по стационару. Указывается количество койко-дней реанимации из периода пребывания на профиле койки. Для реанимационной койки (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REANIM=1}) обязательно должно быть больше нуля и равно общему количеству койко-дней пребывания на этой койке, подсчитанному по правилам статистики. Если профиль койки предполагает замену речевого процессора (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}), то реанимационных койко-дней быть не должно (BED_REAN=0). Если койка является «реабилитационной» (в SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}), то реанимационных койко-дней быть не должно (BED_REAN=0).

1.3.4.52.19.28 Поле TYP_VIPIS заполняется только на выписных койках в файлах персонифицированного учета по стационару. Указывается тип выписной койки: 0 – профильная, 1 – реанимационная.

1.3.4.52.19.29 Поле AMOUNT заполняется:

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

- коек по КСГ, к которым обязательно применение услуг диализа (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=3}). Равно сумме значений по полю AMOUNT в записях по услугам диализа, примененных на данной койке (GUID1 койки = GUID2 услуг диализа). Указывается количество сеансов гемодиализа или обменов перитонеального диализа. Для гемодиализа – равно значению поля BED_DAY, для перитонеального диализа – не превышает четырехкратного значения поля BED_DAY;

- услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4). Указывается количество сеансов гемодиализа или обменов перитонеального диализа. Для гемодиализа – равно значению поля KOL_USL (поле BED_DAY в файле формата DBF), для перитонеального диализа – не превышает четырехкратного значения поля KOL_USL (поле BED_DAY в файле формата DBF);

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике для:

- записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1). Равно сумме значений по полю AMOUNT в записях по услугам диализа, оказанным в рамках данного случая (GUID1 случая=GUID2 услуг диализа). Указывается количество обменов перитонеального диализа. Для перитонеального диализа – не превышает четырехкратного значения поля BED_DAY

- услуг диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1), оказанных в рамках случая лечения с проведением процедур диализа амбулаторно. Указывается количество обменов перитонеального диализа. Для перитонеального диализа – не превышает четырехкратного значения поля KOL_USL (поле BED_DAY в файле формата DBF).

1.3.4.52.19.30 Поле KOL_USL обязательно заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП это поле передается непосредственно в элементе USL. Указывается количество услуг (кратность услуг) в соответствии с финансовым потоком

А) FIN_ID=1:

1) Посещения в поликлинике (PLACE=1): 1 (посещение)

2) Стоматология по УЕТ (PLACE=7): 0.00 (УЕТ).

Б) FIN_ID=8:

Указывается значение в соответствии с полем UNIT из справочника TAREX.DBF.

1.3.4.52.19.31 В поле TAR1_T указывается тип дополнительного тарифа №1 (справочник TAR_TYP.DBF). На дату оказания медицинской помощи должен существовать действующий дополнительный тариф №1 по справочнику TAREX.DBF (в соответствии со значением поля TAR_TYP=TAR1_T и POS=1).

1.3.4.52.19.32 Поле SP_SPEC обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. В нем указывается профиль (специализация) бригады скорой помощи в соответствии со справочником SP_SPEC.DBF.

Профиль бригады с признаком «при проведении медицинской эвакуации (консультации)» (в SP_SPEC.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EVAC=1}) указывается тогда и только тогда, когда вид тарифа (вызова) скорой помощи имеет признак «проведение медицинской эвакуации (консультации)» (в SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EVAC=1}). При этом значение, указанное в поле SP_SPEC, должно быть из перечня разрешенных (значение параметра SP_SPEC в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF).

1.3.4.52.19.33 Поле SP_TRAG обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником SP_TRAG.DBF. В нем указывается причина несчастного случая, если повод для вызова бригады скорой помощи «несчастный случай» (значение поля SP_REAS=1).

1.3.4.52.19.34 Поля SP_DT1, SP_DT2, SP_DT3, SP_DT4 заполняются только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи.

В поле SP_DT1 указывается дата и время передачи вызова бригаде скорой помощи.

В поле SP_DT2 указывается дата и время выезда на вызов бригады скорой помощи.

В поле SP_DT3 указывается дата и время прибытия на место вызова бригады скорой помощи.

В поле SP_DT4 указывается дата и время начала транспортировки больного бригадой скорой помощи.

Формат кодирования для указанных полей: YYYY-MM-DDTHH₂₄:mm, где

YYYY – год (четыре цифры),

MM – месяц (01-12),

DD – день (01-31),

T – символ-разделитель даты и времени,

HH₂₄ – час (00-23),

mm – минуты (00-59).

1.3.4.53 Поле COMENTSL служит для передачи дополнительных полей. Служебное поле для комментариев по случаю. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|».

Поля, кодируемые в COMENTSL:

1.3.4.53.1 Поле NOVOR (признак новорожденного) обязательно для заполнения. Указывается в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. «0» – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по шаблону ПДДММГГН, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 (1 – Муж., 2 – Жен.);

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

Н – порядковый номер ребёнка (один знак).

Признак новорожденного может быть указан только у детей, не достигших возраста 6 месяцев на дату окончания лечения и медицинская помощь которых будет оплачена по данным представителя. Признак новорожденного заполняется в каждой записи случаев диспансеризации и медицинских осмотров.

1.3.4.53.2 В поле LPU_FROM указывается в соответствии с региональным справочником LPU.DBF код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра / исследования в рамках случаев диспансеризации или медицинских осмотров. Если медицинская организация находится на территории Челябинской области, но отсутствует в справочнике, то в поле LPU_FROM следует указывать значение «-2».

1.3.4.53.3 В поле OS_SLUCH (признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью) указываются все имевшиеся особые случаи: 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента/родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. Заполняется в каждой записи случая диспансеризации или медицинского осмотра по шаблону "X_X" («_» - символ подчеркивания). Если имеется одновременно несколько особых случаев, коды проставляются в порядке возрастания (например: 1_2, где «_» - символ подчеркивания). Если признак «Особый случай» отсутствует, то поле не заполняется.

1.3.4.53.4 В поле DELETED указывается:

- значение «6» для записей, оплачиваемых по договорам между медицинскими организациями (MUT_FD=3 в TARIF.DBF или PTARIF.DBF) для записей по параклинике и посещений специалистов КДЦ в поликлинике с января по апрель 2015 года;
- значение «7» для записей по незаконченным (незавершенным) и неоплачиваемым случаям диспансеризации или медицинского осмотра по причине отказа застрахованного лица от прохождения диспансеризации / медицинского осмотра в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований). Заполняется одинаковыми значениями как на итоговой записи по случаю, так и на записях по осмотрам/исследованиям.

1.3.4.53.5 В поле PROG_VER указывается наименование и версия программного продукта, в котором были сформированы/выгружены данные.

1.3.4.53.6 В поле FIN_SRC указывается источник финансирования. Заполняется:

- значением «1» в случае финансирования за счет средств нормированного страхового запаса ФФОМС дополнительных объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС;
- значением «2» в случае финансирования из средств межбюджетного трансферта ФФОМС на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству;

- значением «3» в случае финансирования из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи.

1.3.4.53.7 В поле REV_ID указывается номер корректировки данных госпитализации предыдущего периода. Уникально в пределах одного типа файла (FILE_TYPE= «01», «02») одного отчетного периода. Заполняется на записях по корректировке (корректируемая запись PR_NOV=-1, корректирующая запись PR_NOV=1).

1.3.4.53.8 В поле GUID1 указывается уникальный идентификатор записи в формате: LLLLLL-UUID

где

LLLLLL - код МО в соответствии с федеральным справочником F003 (Реестр МО),

UUID – шестнадцатеричное представление универсально уникального идентификатора.

Универсально уникальный идентификатор - 128-битовое значение, созданное в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО/МЭК 9834-8-2011 и являющееся уникальным в различных системах и во времени.

При формировании GUID1 следует учесть, что:

- МО должна обеспечить неизменность и сохранность в базе данных МО данного идентификатора у медицинской услуги.

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

1) код медицинской организации, в которую переведен пациент, на записи, соответствующей выписной койке (RSLT≠0, ISHOD≠0) в движении круглосуточного стационара или дневного стационара любого типа (PURPOSE = «К» - круглосуточный, «Д» - дневной, «Н» - на дому) с результатом «Переведен в другое ЛПУ» (RSLT=102, 202).

При этом:

- если медицинская организация, в которую переведен пациент, находится вне Челябинской области, то в поле LPU_TO следует указывать значение «-1»;

- если медицинская организация, в которую переведен пациент, находится на территории Челябинской области, но отсутствует в справочнике, то в поле LPU_TO следует указывать значение «-2».

Код медицинской организации, в которую переведен пациент, должен быть отличен от кода медицинской организации лечения (COD_LPU≠LPU_TO).

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

При этом:

- для вызовов выездных бригад «при проведении медицинской эвакуации (консультации)» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EVAC=1}) код медицинской организации, в которую доставили пациента, должен быть равен коду медицинской организации, на базе которой организована выездная бригада «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (COD_LPU=LPU_TO);

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

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

1.3.4.53.10 Поле GUID2 заполняется:

1) в круглосуточном (стационар) и дневных стационарах (поликлиника, стационар):

а) на койках, которые относятся к случаю оплаты по КСГ и являются следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания.

Указывается ссылка на койку «основного» заболевания (уникальный идентификатор GUID1 записи) в движении пациента. При этом койка «основного» заболевания:

- относится к случаю оплаты по КСГ,

- хронологически предшествует койке, которая на нее ссылается,
- не содержит ссылку (не заполнено поле GUID2).

Следует также учесть, что койки, которые не участвуют в общем алгоритме определения оплаты по КСГ (пункт 1.3.4.52.14 Приложения 4 настоящих Правил), не могут содержать ссылку или являться ссылкой для других коек.

б) на записях по услугам диализа (в поле PARAM_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4).

Указывается ссылка на профильную койку (уникальный идентификатор GUID1 записи) в движении пациента, на которой проводились процедуры диализа.

При этом койка должна удовлетворять критериям:

- не является реанимационной (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует параметр {REANIM=1});
- относится к случаю оплаты по КСГ;
- для дневных стационаров предполагает применение гемодиализа или перитонеального диализа (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) и оплачивается по КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ».

2) в поликлинике:

а) на записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа, оказанным в рамках данного случая. На записях по услугам диализа, оказанным 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) указывается ссылка на случай лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (уникальный идентификатор GUID1 записи), в рамках которого проводились процедуры диализа. На записи по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно: уникальный идентификатор GUID1 записи случая;

б) на записях по обращению и по посещениям в рамках обращений. Для записи по обращению и посещениям в рамках этого обращения указывается значение GUID1 записи обращения.

в) Для записей по осмотрам/исследованиям в рамках диспансеризации или медицинского осмотра: ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации или медицинского осмотра, в рамках которого проводился осмотр/исследование или был отказ от его прохождения (уникальный идентификатор GUID1 записи);

Для итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра: уникальный идентификатор GUID1 записи случая.

1.3.4.53.11 В полях SUMD1_T, SUMD1_V, SUMD1_P указывается при наличии информация о дополнительной сумме оплаты №1 в зависимости от типа SUMD1_T.

1) SUMD1_T=1 – за услуги диализа.

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

В поле SUMD1_T указывается значение 1.

В поле SUMD1_V указывается сумма по услугам диализа (S_{DIAL}), выставленная к оплате.

В поле SUMD1_P указывается сумма по услугам диализа (S_{DIAL}), принятая к оплате. Включает в себя сумму, выставленную к оплате (SUMD1_V), с учетом типа оплаты OPLATA (OPLATA=2 – полный отказ в финансировании по причине превышения объемов муниципального задания).

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

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

$$S_{DIALdetail} = \text{TARIF}_{FIN_ID=1} * \text{KOL_USL},$$

где

TARIF_{FIN_ID=1} – основной тариф по услуге диализа.

1.1.2) Для тарифицированных коек, оплачиваемых по КСГ (TARIF_{FIN_ID=1} ≠ 0):

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

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

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

В поле SUMD1_T указывается значение 1.

В поле SUMD1_V указывается сумма по услугам диализа (S_{DIAL}), выставленная к оплате.

В поле SUMD1_P указывается сумма по услугам диализа (S_{DIAL}), принятая к оплате. Включает в себя сумму, выставленную к оплате (SUMD1_V), с учетом типа оплаты OPLATA (OPLATA=2 – полный отказ в финансировании по причине превышения объемов муниципального задания).

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

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

$$S_{DIALdetail} = TARIF_{FIN_ID=1} * KOL_{USL},$$

где

TARIF_{FIN_ID=1} – основной тариф по услуге диализа.

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

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

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

1.3.4.53.12 В полях SUMD2_T, SUMD2_V, SUMD2_P указывается при наличии информация о дополнительной сумме оплаты №2 в зависимости от типа SUMD2_T.

1) SUMD2_T=2 – за доставку диализных больных.

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

В поле SUMD2_T указывается значение 2.

В поле SUMD2_V указывается сумма по доставке диализных больных (S_{DOST}), выставленная к оплате.

В поле SUMD2_P указывается сумма по доставке диализных больных (S_{DOST}), принятая к оплате. Включает в себя сумму, выставленную к оплате (SUMD2_V), с учетом типа оплаты OPLATA (OPLATA=2 – полный отказ в финансировании по причине превышения объемов муниципального задания).

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

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

$$S_{DOSTdetail} = TARIF_{FIN_ID=6} * KOL_{USL},$$

где

TARIF_{FIN_ID=6} – дополнительный тариф на доставку диализных больных.

1.2) Для тарифицированных коек, оплачиваемых по КСГ (TARIF_{FIN_ID=1} ≠ 0):

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

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

1.3.4.53.13 В поле MODEL_ID указывается номер модели КСГ в соответствии с полем MODEL справочника KSG.DBF на записях с заполненными полями KPG и KSG.

1.3.4.53.14 В поле DATE_POST указывается дата поступления (начала госпитализации), или дата первого посещения в рамках обращения, или дата начала случая лечения с

проведением процедур диализа амбулаторно, или дата начала диспансеризации/медицинского осмотра. Заполняется одинаковыми значениями на всех записях в движении пациента круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов, или записях по обращению и посещениям в рамках данного обращения, или записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и по услугам диализа, оказанным в рамках данного случая, или записях по диспансеризации/ медицинскому осмотру.

Для записей в движении пациента круглосуточного и дневных стационаров всех типов равно значению поля DATE_1 в элементе SLUCH и DATE_IN в элементе USL на записи, соответствующей первой койке в движении пациента.

Для записей по обращению и посещениям в рамках данного обращения равно значению поля VISIT_DATE первого посещения в рамках данного обращения.

Для записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа, оказанным в рамках данного случая, равно значению поля DATE_1 в элементе SLUCH и DATE_IN в элементе USL на записи, соответствующей записи по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно.

Для записей по диспансеризации/медицинскому осмотру равно значению поля DATE_1 в элементе SLUCH и DATE_IN в элементе USL.

1.3.4.53.15 В поле DATE_VIPIS указывается дата выписки (окончания госпитализации), или дата последнего посещения в рамках обращения, или дата окончания случая лечения с проведением процедур диализа амбулаторно, или дата окончания диспансеризации/медицинского осмотра. Заполняется одинаковыми значениями на всех записях в движении пациента круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов, или записях по обращению и посещениям в рамках данного обращения, или записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и по услугам диализа, оказанным в рамках данного случая, или записях по диспансеризации/ медицинскому осмотру.

Для записей в движении пациента круглосуточного и дневных стационаров всех типов равно значению поля DATE_2 в элементе SLUCH и DATE_OUT в элементе USL на записи, соответствующей выписной койке в движении пациента (RSLT≠0, ISHOD≠0).

Для записей по обращению и посещениям в рамках данного обращения равно значению поля VISIT_DATE последнего посещения в рамках данного обращения.

Для записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа, оказанным в рамках данного случая, равно значению поля DATE_2 в элементе SLUCH и DATE_OUT в элементе USL на записи, соответствующей записи по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно.

Для записей по диспансеризации/медицинскому осмотру равно значению поля DATE_2 в элементе SLUCH и DATE_OUT в элементе USL.

1.3.4.53.16 Поле OBR_VIS в поликлинике и стоматологии заполняется на записях по обращению и по посещениям в рамках обращений.

Указывается признак обращения/посещения в рамках обращения:

1 – на записи обращения;

2 – на записи посещения в рамках обращения.

1.3.4.53.17 Поле CNT_VISIT в поликлинике и стоматологии заполняется на записях по обращению (поле OBR_VIS=1). Указывается количество посещений в рамках данного обращения. Равно количеству записей посещений по данному обращению.

1.3.4.53.18 Поле VISIT_NXT в поликлинике и стоматологии заполняется на записях по обращению и по посещениям в рамках обращений.

На записи по посещению в рамках обращения (поле OBR_VIS=2) указывается назначенная дата следующего посещения. Не заполняется для последнего посещения в обращении, если результат обращения RSLT≠302.

На записи по обращению (поле OBR_VIS=1) равно значению поля VISIT_NXT последнего посещения в рамках данного обращения.

1.3.4.53.19 Поле PR_D_N заполняется в файлах по поликлинике, кроме случаев диспансеризации и медицинских осмотров. Для файлов по диспансеризации и медицинских

осмотров заполняется непосредственно в элементе SLUCH. Служит для указания признака диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да.

Допустимо указывать на записях по посещениям, по обращениям и посещениям в рамках обращений с лечебно-диагностической целью (PURPOSE=«Л» для PLACE=1,2 или код основного диагноза не начинается с «Z» для PLACE=7), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}). При этом на итоговой записи по обращению значение признака PR_D_N=1 указывается тогда и только тогда, когда в рамках данного обращения указана хотя бы одна запись по посещению с признаком PR_D_N=1.

Следует учесть, что признак PR_D_N не заполняется:

- для специалистов КДЦ (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}),
- для посещений в «приемных отделениях» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {PRIEMP=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) и на записях 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.

2. Файл персональных данных

2.1 Информация о передаваемом файле (элемент ZGLV)

2.1.1 Поле VERSION обязательно для заполнения. Указывается версия информационного взаимодействия между ТФОМС Челябинской области, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML, в настоящее время – «2.1.2».

2.1.2 Поле DATA обязательно для заполнения. Указывается дата формирования передаваемых данных в формате ГГГГ-ММ-ДД.

2.1.3 Поле FILENAME обязательно для заполнения. Указывается имя файла персональных данных без расширения.

Первые символы (один – для основного файла, два – для файлов по ВМП, а также для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам) в имени файла указываются в зависимости от типа файла со сведениями об оказанной медицинской помощи, с которым связан данный файл:

L – для передачи сведений об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной, диспансеризации и медицинских осмотров, (основной файл);

LT – для передачи сведений по оказанной высокотехнологичной медицинской помощи;

LP, LV, LO, LS, LU, LF, LD, LR – для передачи сведений об оказанной медицинской помощи при диспансеризации и медицинских осмотрах в соответствии с именем файла со сведениями по оказанной медицинской помощи.

Например, LM740456S74036_170501,

LTM740062S74057_170501,

LPM740079S74003_170501.

2.1.4 Поле FILENAME1 обязательно для заполнения. Указывается имя файла со сведениями об оказанной медицинской помощи, с которым связан данный файл, без расширения. Например, HM740456S74036_140401, TM740062S74057_170501, DPM740079S74003_170501.

2.2 Персональные данные пациента (элемент PERS)

2.2.1 Поле ID_PAC обязательно для заполнения. Указывается код записи о пациенте. Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями об оказанной медицинской

помощи (элемент SCHET, PACIENT). Поле уникально в пределах одного типа передаваемых данных в отчетном периоде (например, для типа «01 – поликлиника Челябинской области» передаются файлы с видами оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP - I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения», тогда в последовательности всех ID_PAC из этих файлов значения не повторяются и соответствуют последовательности значений ID_PAC файла персональных данных).

2.2.2 Поле FAM указывается обязательно при наличии в документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается значение «2», и реквизит не указывается.

Для детей до государственной регистрации реквизит не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.

В полях FAM, IM, OT, FAM_P, IM_P, OT_P допускается использовать русские буквы, пробел или дефис. В случае, если фамилия, имя или отчество являются составными, слова должны отделяться друг от друга одним пробелом или одним дефисом. Фамилия, имя или отчество должны состоять по крайней мере их двух букв. У женщины отчество не должно оканчиваться на «ИЧ», у мужчин – на «НА». Фамилия у мужчин не может оканчиваться на «КАЯ». Исключения содержатся в файле FIO_EXC.DBF.

2.2.3 Поле IM указывается обязательно при наличии в документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается значение «3», и реквизит не указывается.

Для детей до государственной регистрации реквизит не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.

2.2.4 Поле OT указывается обязательно при наличии в документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.

Для детей до государственной регистрации реквизит не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.

2.2.5 Поле W обязательно для заполнения. Указывается пол пациента в соответствии с классификатором V005: 1 – мужской, 2 – женский.

2.2.6 Поле DR обязательно для заполнения. Указывается дата рождения пациента в формате ГГГГ-ММ-ДД.

Если в документе УДЛ не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4».

Если в документе УДЛ не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение «5».

Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно.

Возраст пациента в год окончания оказания медицинской помощи не должен превышать 130 лет. Дата рождения пациента не должна быть больше даты начала оказания медицинской помощи. Возраст работающего пациента должен быть от 14 до 100 лет. У новорожденного в круглосуточном стационаре дата начала оказания медицинской помощи (поля DATE_1 в элементе SLUCH и DATE_IN в элементе USL на первой койке в движении) не может быть меньше даты рождения или больше даты рождения более, чем на один день.

2.2.7 В поле DOST указываются все необходимые коды надежности идентификации пациента:

- 1 – отсутствует отчество;
- 2 – отсутствует фамилия;
- 3 – отсутствует имя;
- 4 – известен только месяц и год даты рождения;
- 5 – известен только год даты рождения;
- 6 – дата рождения не соответствует календарю.

Для каждого значения создается отдельный элемент DOST. Для новорожденных не заполняется.

2.2.8 Поле TEL является условно-обязательным для заполнения. Указывается только при предоставлении сведений по диспансеризации и медицинским осмотрам. Информация для страхового представителя.

2.2.9 Поле FAM_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения (значение поля NOVOR отлично от нуля). Фамилия представителя пациента указывается при наличии в документе, удостоверяющем личность представителя пациента. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST_P обязательно включается значение «2», и реквизит не указывается.

2.2.10 Поле IM_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения (значение поля NOVOR отлично от нуля). Имя представителя пациента указывается при наличии в документе, удостоверяющем личность представителя пациента. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST_P обязательно включается значение «3», и реквизит не указывается.

2.2.11 Поле OT_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения (значение поля NOVOR отлично от нуля). Отчество представителя пациента указывается при наличии в документе, удостоверяющем личность представителя пациента. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST_P можно опустить соответствующее значение.

2.2.12 Поле W_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. Пол представителя пациента указывается в соответствии с классификатором V005: 1 – мужской, 2 – женский.

2.2.13 Поле DR_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. Указывается дата рождения представителя пациента в формате ГГГГ-ММ-ДД.

Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «4».

Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «5».

Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно.

Разница в возрасте у представителя и пациента не должна быть меньше 12 лет.

2.2.14 В поле DOST_P указываются все необходимые коды надежности идентификации представителя пациента:

- 1 – отсутствует отчество;
- 2 – отсутствует фамилия;
- 3 – отсутствует имя;
- 4 – известен только месяц и год даты рождения;
- 5 – известен только год даты рождения;
- 6 – дата рождения не соответствует календарю.

Для каждого значения создается отдельный элемент DOST_P.

2.2.15 В поле MR указывается место рождения в том виде, в котором оно записано в документе, удостоверяющем личность пациента или представителя. При отсутствии данных поле не заполняется.

2.2.16 Поле DOCTYPE обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. В полях DOCTYPE, DOC SER, DOC NUM указываются данные

документа, удостоверяющем личность пациента или представителя пациента при оказании медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения.

Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя, должен соответствовать F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».

В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ при указании типа документа «Свидетельство о рождении» (DOCTYPE=3) пациент (или представитель) не должен быть старше 14 лет, при указании типа документа «Паспорт гражданина РФ» (DOCTYPE=14) пациент (или представитель) - младше 14 лет.

2.2.17 Поле DOCSER обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. Серия документа, удостоверяющего личность, должна удовлетворять требованиям шаблона классификатора F011, соответствующего данному типу документа.

2.2.18 Поле DOCNUM обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. Номер документа, удостоверяющего личность, должен удовлетворять требованиям шаблона классификатора F011, соответствующего данному типу документа.

2.2.19 Поле SNILS является условно-обязательным для заполнения. Указывается без разделителей при наличии СНИЛС у пациента или представителя. Проводится проверка контрольной суммы СНИЛС.

2.2.20 Поле OKATOG заполняется при наличии сведений. Указывается код места жительства по ОКАТО. В настоящее время не заполняется.

2.2.21 Поле OKATOR заполняется при наличии сведений. Указывается код места пребывания по ОКАТО. В настоящее время не заполняется.

2.2.22 Поле COMETNP служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|».

Поля, кодируемые в COMENTP:

2.2.22.1 Поле CITYSTREET обязательно для заполнения. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код адреса прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код адреса вызова. Код адреса должен состоять из 11 (без указания кода улицы) или 15 (с указанием кода улицы) цифр. персонифицированного учета В файлах застрахованных лиц на территории других субъектов РФ у неработающих пациентов код адреса должен соответствовать коду региона страхования (OKATO_OMS). Проверка на соответствие справочникам CITY.DBF и STREET.DBF только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ.

2.2.22.2 Поле HOUSE заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии номера дома в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.22.3 Поле IND_HOUSE заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии индекса номера дома в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.22.4 Поле ROOM заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии номера квартиры в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.22.5 Поле IND_ROOM заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии индекса номера квартиры в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.22.6 Поле STATUS обязательно для заполнения: 0 – неработающий, 1 – работающий. Значение "1" (работающий) не может быть указано при оказании медицинской помощи застрахованному лицу моложе 14 лет и старше 100 лет.

2.2.22.7 Поле SMO_NAT заполняется только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области в соответствии с региональным справочником SMO.DBF при отсутствии кода СМО в федеральном справочнике F002 (Реестр СМО). В случае оказания медицинской помощи незастрахованному лицу, в поле указывается значение 0.

Приложение 2
к приказу Министерства здравоохранения
Челябинской области и Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области «О внесении изменений в приказ
Министерства здравоохранения Челябинской области
и Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Челябинской области от
15.02.2017г. № 346/1 / 81»
от 02.06.2017 № 1006 / 424

Приложение 5
к Правилам информационного взаимодействия при
ведении персонифицированного учета медицинской
помощи, оказанной застрахованным лицам в системе
обязательного медицинского страхования
Челябинской области, утверждённым приказом
Министерства здравоохранения Челябинской области
и Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Челябинской области
от 15.02.2017 № 346/1 / 81

Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения.

Раздел 1. Диспансеризация определенных групп взрослого населения.

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

Данный раздел регулирует порядок учета диспансеризации определенных групп взрослого населения, за исключением лиц, относящихся к категориям, перечисленным в разделе 4 настоящего Порядка.

2. Оплата диспансеризации осуществляется за законченный случай первого этапа / случай второго этапа, включающий посещения к врачам-специалистам (осмотры) и исследования в соответствии с приказом Минздрава РФ № 36ан от 03.02.2015. Учет незаконченных (незавершенных) и неоплачиваемых случаев также ведется в соответствии с приказом Минздрава РФ № 36ан от 03.02.2015.

Отказы застрахованного лица от прохождения диспансеризации как в целом, так и от отдельных осмотров/исследований, подлежат регистрации, учету и включению в файл персонифицированного учета медицинских услуг с отметкой об отказе. При этом осмотры/исследования, от которых был отказ, считаются невыполненными.

В файл персонифицированного учета медицинских услуг включаются только выполненные осмотры/исследования (как в рамках диспансеризации, так и ранее и учитываемые в соответствии приказом Минздрава РФ № 36ан от 03.02.2015) и невыполненные осмотры/исследования по причине отказа застрахованного лица от их прохождения. Невыполненные осмотры/исследования по иным причинам, кроме отказа застрахованного лица, в файл персонифицированного учета медицинских услуг не включаются.

Отдельно обращаем внимание на то, что как для законченных и оплачиваемых случаев, так и для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации:

- для I этапа вместе с итоговой/тарифицируемой записью по случаю диспансеризации передается перечень осмотров/исследований в объеме не менее 85% от установленного для данного возраста и пола застрахованного с указанием при необходимости признаков отказов от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований). При отказе от прохождения первого этапа диспансеризации в целом передается только итоговая запись по случаю диспансеризации первого этапа с признаком отказа;

- для II этапа вместе с итоговой записью по случаю диспансеризации передается полный перечень осмотров/исследований из числа возможных, необходимость проведения которых определена по результатам первого этапа диспансеризации, с указанием при необходимости признаков отказов от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований). При отказе от прохождения второго этапа диспансеризации в целом передается только итоговая запись по случаю диспансеризации второго этапа с признаком отказа.

2.1. Первый этап диспансеризации считается завершенным (законченным) и подлежит оплате, если выполнено не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного. При этом, процент выполнения объема диспансеризации определяется отношением количества выполненных осмотров/исследований к общему количеству осмотров/исследований, установленных для данного возраста и пола застрахованного.

2.1.1. Первый этап оплачивается по тарифам по законченному случаю диспансеризации, если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного. При этом, процент ранее проведенных осмотров/исследований определяется отношением количества ранее выполненных осмотров/исследований к общему количеству осмотров/исследований, установленных для данного возраста и пола застрахованного.

2.1.2. Если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного, то оплате подлежат только те осмотры и исследования, которые были выполнены при диспансеризации.

Тарифы (коды специальностей) на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=1}, {DISP_LEVEL=1} и нет элемента DETAIL).

Действующие на момент оказания медицинской помощи тарифы определяются по справочнику TARIF.DBF.

2.2. Случай второго этапа диспансеризации оплачивается по выполненным осмотрам специалистами и исследованиям, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа, при условии выполнения минимального объема обследований (не менее двух различных осмотров/исследований) и обязательного заключительного осмотра терапевтом.

В настоящее время определены коды специальностей, соответствующие случаю второго этапа диспансеризации взрослого населения (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=1}, {DISP_LEVEL=2} и нет элемента DETAIL):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.взр.нас. (II эт) (ж)	1979
2	Случай дисп.взр.нас. (II эт) (м)	1980

2.3. Случай диспансеризации первого этапа считается незаконченным (незавершенным) и не подлежит оплате, но при этом включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг, при условии:

- отказа застрахованного лица от проведения первого этапа диспансеризации в целом;
- отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров/исследований), входящих в объем диспансеризации первого этапа и являющихся обязательными;
- отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров/исследований) первого этапа диспансеризации, составляющих в совокупности с осмотрами/исследованиями, невыполненными по другим причинам, более 15% от объема первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного.

При включении в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченных случаев диспансеризации первого этапа используются коды специальностей, определенные для законченных случаев диспансеризации.

2.4. Случай диспансеризации второго этапа не подлежит оплате, но при этом включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг, при условии отказа застрахованного лица от проведения второго этапа диспансеризации в целом. При этом при включении в файл персонифицированного учета медицинских услуг используются коды специальностей, определенные для случаев диспансеризации второго этапа.

3. На I этапе диспансеризации взрослого населения определены следующие осмотры врачами-специалистами (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=1,8}, {DISP_LEVEL=1}, {DETAIL=1}) и исследования (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=1,8}, {DISP_LEVEL=1}, {DETAIL=2}):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	I эт.дисп. Анализ крови биохимический общетерапевтический	1983
2	I эт.дисп. Антропометрический расчет индекса массы тела	1984
3	I эт.дисп. Измерение артериального давления	1985
4	I эт.дисп. Измерение внутриглазного давления	1986
5	I эт.дисп. Исследование кала на скрыт.кровь иммунохим.мет.	1987
6	I эт.дисп. Определение уровня глюкозы в крови экспресс-мет.	2057
7	I эт.дисп. Клинический анализ крови	1989
8	I эт.дисп. Клинический анализ крови развернутый	1990
9	I эт.дисп. Маммография обеих молочных желез	1991
10	I эт.дисп. Общий анализ мочи	1992
11	I эт.дисп. Определение уровня общ.холест.в крови(эксп.-мет.)	1993
12	I эт.дисп. Осмотр фельдшером(акушеркой)(цитолог.исслед.)	1994
13	I эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта	1995
14	I эт.дисп. УЗИ на предмет исключения новообразований	1996
15	I эт.дисп. Флюорография легких	1997
16	I эт.дисп. Электрокардиография (в покое)	1998
17	I эт.дисп. Опрос (анкетирование)	1999
18	I эт.дисп. Определение абс. сумм. сердечно-сосудистого риска	2056
19	I эт.дисп. Определение отн. сумм. сердечно-сосудистого риска	2055

Объемы диспансеризации установлены по половозрастным группам I этапа следующим образом:

Пол	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
ж	21-36	2,3,6,7,10,11,12,13,15,[16],17,19
ж	39	1,2,3,4,8,9,10,12,13,14,15,[16],17,19
ж	42	2,3,4,6,7,9,10,11,12,13,15,[16],18
ж	45	1,2,3,4,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18
ж	48, 54, 60	2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17,18

Пол	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
ж	51,57,63	1,2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18
ж	66	2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17
ж	69	1,2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15,16,17
ж	72	2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,15,16,17
ж	75	1,2,3,4,5,8,9,10,13,14,15,16,17
ж	78,84,90,96	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17
ж	81,87,93,99	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17
м	21-33	2,3,6,7,10,11,13,15,[16],17,19
м	36	2,3,6,7,10,11,13,15,16,17,19
м	39	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17,19
м	45	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17,18
м	42	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17,18
м	48,54,60	2,3,4,5,6,7,10,11,13,15,16,17,18
м	51,57,63	1,2,3,4,5,8,10,13,14,15,16,17,18
м	66,72	2,3,4,5,6,7,10,11,13,15,16,17
м	69,75	1,2,3,4,5,8,10,13,14,15,16,17
м	78,84,90,96	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17
м	81,87,93,99	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17

При этом возможно только однократное указание исследования / осмотра у специалиста. Обязательным является проведение анкетирования и осмотр у терапевта. В [] указаны специалисты/обследования, которые не влияют на процент выполнения объема диспансеризации и процент ранее выполненных осмотров/исследований.

На II этапе диспансеризации проводится не менее двух различных осмотров специалистами/исследований (помимо осмотров/исследований, отмеченных *), при этом обязательным является заключительный осмотр терапевтом, но не более того количества специалистов/исследований, которое определено для конкретной половозрастной группы.

На II этапе диспансеризации взрослого населения определены следующие осмотры врачами-специалистами (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=1,8}, {DISP_LEVEL=2}, {DETAIL=1}) и исследования (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=1,8}, {DISP_LEVEL=2}, {DETAIL=2}):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	II эт.дисп. Ан.крови на ур.содерж.простатспе.антигена	2001
2	II эт.дисп. Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	2002
3	II эт.дисп. Колоноскопия/ректороманоскопия	2003
4	II эт.дисп. Определение концентр.гликир.гемоглобина в крови	2004
5	II эт.дисп. Определение липидного спектра крови	2005
6	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-оториноларинголога	2006
7	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-акушера-гинеколога	2007
8	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-невролога	2008
9	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-офтальмолога	2009
10	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-колопроктолога(хирурга	2010
11	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-уролога (хирурга)	2011
12	II эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта	2012
13	II эт.дисп. Спирометрия	2013
14	II эт.дисп. Эзофагогастродуоденоскопия	2014
15*	II эт.дисп. Индив. или групповое углуб.проф.консультирование	2034

Осмотры специалистами/исследования распределены по половозрастным группам II этапа следующим образом:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов/исследований
21-36	м	2,3,4,5,8,10,12,13,14,15
	ж	2,3,4,5,7,8,10,12,13,14,15
39	м	2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15
42-69	м	1,2,3,4,5,8,9,10,11,12,13,14,15
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15
72	м	2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15
75-99	м	2,3,4,5,6,8,9,10,12,13,14,15
	ж	2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14,15

Кратность осмотров специалистами/ исследований на II этапе может быть любой.

Обращаем внимание на то, что вместо врача-терапевта диспансеризацию может проводить фельдшер в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения.

Случай диспансеризации включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг по дате последнего посещения врача-терапевта или дате отказа от него, либо по дате отказа от прохождения диспансеризации в целом. При этом, в файле персонифицированного учета медицинских услуг в итоговой записи по случаю диспансеризации в поле DATE_BEG должна быть указана дата начала проведения этапа диспансеризации (дата первого осмотра/исследования, проведенных в рамках этапа диспансеризации, или дата отказа от осмотра/исследования) либо дата отказа от диспансеризации в целом, в полях DATE_END, VISIT_DATE – дата окончания этапа диспансеризации (дата заключительного осмотра терапевтом или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом) либо дата отказа от диспансеризации в целом. При этом, для первого этапа диспансеризации датой начала проведения диспансеризации считается дата проведения опроса (анкетирования) или дата отказа от его проведения, либо дата отказа от диспансеризации в целом. Следует также учесть, что дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году.

Для определения принадлежности к возрастной группе используется возраст, достигаемый в год окончания этапа диспансеризации. Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды: 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57, 60, 63, 66, 69, 72, 75, 78, 81, 84, 87, 90, 93, 96, 99 лет.

4. В поле Р_ОТК указывается признак отказа: 0 – нет, 1 – да.

На записях по осмотрам/исследованиям указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от их прохождения. При этом дата отказа должна быть в рамках периода проведения диспансеризации.

На итоговой записи по случаю диспансеризации указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от прохождения диспансеризации в целом.

5. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 17 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья».

б) 18 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена II группа здоровья».

в) 55 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIа группа здоровья».

г) 56 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIб группа здоровья».

д) 52 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена I группа здоровья».

е) 53 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

ж) 57 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIа группа здоровья».

з) 58 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIб группа здоровья».

В поле RSLT_D для формата XML следует указывать следующие коды результата диспансеризации (справочник V017):

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 31 – «Присвоена IIIа группа здоровья».

г) 32 – «Присвоена IIIб группа здоровья».

д) 11 – «Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена I группа здоровья».

е) 12 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

ж) 14 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIа группа здоровья».

з) 15 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIб группа здоровья».

Для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации при невозможности присвоения группы здоровья в поле RSLT (RSLT_D) следует указывать значение «0».

6. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

Для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации со значением «0» в поле RSLT (RSLT_D) в поле ISHOD следует указывать значение «0».

7. Поля NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK, характеризующие назначения в результате проведенной диспансеризации, на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации следует заполнять следующим образом:

Поле	Пояснения
NAZR	<p>Назначения.</p> <p>1 – направлен на консультацию в МО по месту прикрепления,</p> <p>2 – направлен на консультацию в иную МО,</p> <p>3 – направлен на обследование,</p> <p>4 – направлен в дневной стационар,</p> <p>5 – направлен на госпитализацию,</p> <p>6 – направлен в реабилитационное отделение.</p> <p>Заполняется при назначениях в результате проведенной диспансеризации при присвоении группы здоровья, кроме I или II.</p> <p>Если по результатам I этапа диспансеризации группа здоровья присвоена предварительно и направлен на II этап диспансеризации, то поле не заполняется.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.</p>
NAZ_SP	<p>Специальность врача.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V015 (значение поля Code), если в NAZR проставлены коды 1 или 2.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Дубли значений не допускаются.</p>
NAZ_V	<p>Вид обследования:</p> <p>1 – лабораторная диагностика,</p> <p>2 – инструментальная диагностика,</p> <p>3 – методы лучевой диагностики.</p> <p>Заполняется, если в NAZR проставлен код 3.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p>

Поле	Пояснения
	- в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.
NAZ_RMP	Профиль медицинской помощи. Заполняется в соответствии с классификатором V002, если в NAZR есть коды 4 или 5. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.
NAZ_RK	Профиль койки. Заполняется в соответствии с классификатором V020 (из перечня «реабилитационных» профилей), если в NAZR проставлен код 6. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.

8. Случай диспансеризации включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания (дата заключительного осмотра терапевтом или дата отказа от него) либо дата отказа от диспансеризации в целом.

8.1. При оплате первого этапа по тарифам по законченному случаю диспансеризации (если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного):

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю диспансеризации;

- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – код исследования, от которого был отказ.	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации (всегда 100%)
DATE_TAR	Не заполняется	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Если осмотр выполнен ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. Если исследование выполнено ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Код диагноза при проведении исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Заключительный диагноз по диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56, 52,53,57,58 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32,11,12,14,15 из справочника V017)

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания б «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа Р_ОТК=1 – может не заполняться.	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код МО, с которой заключен договор для оказания услуг по проведению указанного исследования в рамках диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа Р_ОТК=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1966}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1966}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности. При признаке отказа Р_ОТК=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Не заполняется	Не заполняется	Равна значению поля TARIF
SUMV	Не заполняется	Не заполняется	Равна значению поля SUM_K
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую (тарифицированную) запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	Ссылка на итоговую (тарифицированную) запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом,	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный при	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
	установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	исследовании, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	Признак отказа от исследования: 0–нет, 1–да. В случае отказа от исследования указывается значение «1».	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Для законченных случаев диспансеризации равно «0».
NAZR	Не заполняется	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При установленном признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается значение «1», - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

8.2. Если число осмотров и исследований на первом этапе диспансеризации, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного (оплата только тех осмотров и исследований, которые были выполнены при диспансеризации):

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями с указанием тарифа для оплачиваемых осмотров/исследований и одна итоговая запись по законченному случаю диспансеризации;

- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код исследования. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код исследования, от которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%). Если дата осмотра ранее периода проведения диспансеризации, то не заполняется. При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Тариф на исследование (всегда 100%). Если дата исследования ранее периода проведения диспансеризации, то не заполняется. При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Не заполняется
DATE_TAR	Дата тарифа. Заполняется при наличии тарифа.	Дата тарифа. Заполняется при наличии тарифа.	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Если осмотр выполнен ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа Р_ОТК=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. Если исследование выполнено ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа Р_ОТК=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом. При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Код диагноза при проведении исследования. При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Заключительный диагноз по диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56, 52,53,57,58 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32,11,12,14,15 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа Р_ОТК=1 – может не заполняться.	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код МО, с которой заключен договор для оказания услуг по проведению указанного исследования в рамках диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа Р_ОТК=1 – может не	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	заполняться, если не заполнено IDDOCT.	заполняться.	
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код специальности случая диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1966}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код специальности случая диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1966}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Равна значению поля TARIF	Равна значению поля TARIF	Не заполняется
SUMV	Равна значению поля SUM_K	Равна значению поля SUM_K	Не заполняется
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный при исследовании, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	Признак отказа от исследования: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от исследования указывается значение «1».	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Для законченных случаев диспансеризации равно «0».
NAZR	Не заполняется	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При установленном	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1»,

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.		если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Не заполняется	<p>Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации.</p> <p>В файле формата DBF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D_n~F=1, где D_n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». <p>Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D_n – код диагноза;</p> <ul style="list-style-type: none"> - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». <p>В файле формата XML:</p> <ul style="list-style-type: none"> - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается значение «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

8.3. При оплате случая диспансеризации второго этапа:

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями с указанием тарифа для выполненных осмотров/исследований и одна итоговая запись по случаю диспансеризации;
- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%). При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Тариф на исследование (всегда 100%). При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Не заполняется
DATE_TAR	Дата тарифа на осмотр специалистом. Заполняется при наличии тарифа.	Дата тарифа на исследование. Заполняется при наличии тарифа.	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа. Не может быть вне периода диспансеризации.	Дата проведения исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа. Не может быть вне периода диспансеризации.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осматрившим специалистом. При признаке отказа	Код диагноза при проведении исследования. При признаке отказа	Заключительный диагноз по диспансеризации

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	P_OTK=1 – не заполняется.	P_OTK=1 – не заполняется.	
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться.	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для оказания услуг по проведению указанного исследования в рамках диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код специальности по случаю диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1979}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код специальности по случаю диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1979}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Равна значению поля TARIF	Равна значению поля TARIF	Не заполняется
SUMV	Равна значению поля SUM_K	Равна значению поля SUM_K	Не заполняется
GUID1	Уникальный идентификатор	Уникальный	Уникальный идентификатор записи

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	записи	идентификатор записи	
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые. При признаке отказа P_ОТК=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный при исследовании, установлен впервые. При признаке отказа P_ОТК=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
NAZR	Не заполняется	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При установленном признаке отказа P_ОТК=1 – не заполняется.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза. - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается значение «1», - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

8.4. Для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации первого или второго этапа при отказе от диспансеризации в целом в файле персонифицированного учета

медицинских услуг подается только одна итоговая запись по случаю диспансеризации. При этом:

- в поле COD_SPEC указывается код специальности случая диспансеризации (I или II этапа),
- в поле DATE_BEG, DATE_END, VISIT_DATE – дата отказа,
- в полях RSLT (RSLT_D), ISHOD – значение «0»,
- в поле VIDPOM – значение «12»,
- в поле MEDUS_ID – значение «{sg=1}», если от прохождения диспансеризации отказался студент очной формы обучения,
- в поле GUID1 – уникальный идентификатор записи, поле GUID2=GUID1,
- поля IDDOCT, KVAL, LPU_FROM, COD_MKB, DS1_PR, COD_MKB1 (DS2_N), PR_D_N, NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK не заполняются,
- поля TARIF, DATE_TAR, SUM_K, SUMV не заполняются,
- в поле P_OTK указывается значение «1».

8.5. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев диспансеризации первого этапа по причинам отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров/исследований), входящих в объем диспансеризации и являющихся обязательными, либо отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров/исследований), составляющих в совокупности с осмотрами/исследованиями, невыполненными по другим причинам, более 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного:

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями и одна итоговая запись по случаю диспансеризации;
- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по случаю диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – код исследования, от которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется.	Не заполняется.	Не заполняется
DATE_TAR	Не заполняется.	Не заполняется.	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Если осмотр выполнен ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. Если исследование выполнено ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом или отказа от него
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Код диагноза при проведении исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Заключительный диагноз по диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56, 52,53,57,58 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32,11,12,14,15 из справочника V017). При невозможности присвоения группы здоровья следует указывать значение «0».

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF). При значении поля RSLT=0 (RSLT_D=0) следует указывать значение «0».
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться.	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра терапевтом может не заполняться.
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для оказания услуг по проведению указанного исследования в рамках диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра терапевтом может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак прохождения диспансеризации студентом очной формы обучения {sg=1}. - Код специальности случая диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1966}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак прохождения диспансеризации студентом очной формы обучения {sg=1}. - Код специальности случая диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1966}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак прохождения диспансеризации студентом очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Не заполняется	Не заполняется	Не заполняется
SUMV	Не заполняется	Не заполняется	Не заполняется
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю	= GUID1 записи

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	диспансеризации)	диспансеризации)	
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые. При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный при исследовании, установлен впервые. При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
P_ОТК	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	Признак отказа от исследования: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от исследования указывается значение «1».	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Должно быть равно «0».
NAZR	Не заполняется	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При установленном признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается значение «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

В поле MEDUS_ID элементы должны следовать друг за другом без пробелов.

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE_BEG должна быть дата начала проведения этапа диспансеризации (дата первого осмотра/исследования, проведенных в рамках этапа диспансеризации, или дата отказа от осмотра/исследования) либо дата отказа от диспансеризации в целом, в поле DATE_END – дата окончания проведения этапа

диспансеризации (дата заключительного осмотра терапевтом или дата отказа от него) либо дата отказа от диспансеризации в целом. При этом, для первого этапа диспансеризации датой начала проведения диспансеризации считается дата проведения опроса (анкетирования) или дата отказа от его проведения, либо дата отказа от диспансеризации в целом. Следует также учесть, что дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году.

Отдельно обращаем внимание на то, что во всех записях по случаю диспансеризации поле DELETED принимает одинаковое значение:

- DELETED=0 – для оплачиваемых случаев диспансеризации;
- DELETED=3 – для случаев диспансеризации, снятых с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=5 – для случаев диспансеризации, снятых с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=7 – для незаконченных (незавершенных) и неоплачиваемых случаев диспансеризации по причине отказа застрахованного лица от прохождения диспансеризации в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований).

Раздел 2. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

1. Перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - детей-сирот), определен справочником DISPLPU.DBF (для ТУР=2).

2. Оплата случаев диспансеризации детей-сирот производится по тарифам по законченному случаю диспансеризации.

Незаконченные (незавершенные) неоплачиваемые случаи также подлежат учету.

Отказы от прохождения застрахованным лицом диспансеризации как в целом, так и от отдельных осмотров специалистами подлежат регистрации, учету и включению в файл персонифицированного учета медицинских услуг с отметкой об отказе. При этом осмотры, от которых был отказ, считаются невыполненными. Под отказом несовершеннолетнего застрахованного лица от медицинских вмешательств (отдельных осмотров или диспансеризации в целом) понимается отказ как самого лица, так и его законных представителей.

В файл персонифицированного учета медицинских услуг включаются только выполненные осмотры и невыполненные осмотры по причине отказа застрахованного лица от их прохождения. Невыполненные осмотры по иным причинам, кроме отказа застрахованного лица, в файл персонифицированного учета медицинских услуг не включаются.

Случай диспансеризации детей-сирот является завершенным (законченным) и подлежит оплате в случае:

- для «I этапа»: проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, входящих в объем диспансеризации первого этапа для данного возраста и пола застрахованного;
- для «I и II этапа»: проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, входящих в объем диспансеризации первого этапа для данного возраста и пола застрахованного, и проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, назначенных по результатам первого этапа.

Тарифы (коды специальностей) на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы

{DISP_TYP=2} и {DISP_LEVEL=1}) или I и II этапов (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=2} и {DISP_LEVEL=2}).

Действующие на момент оказания медицинской помощи тарифы определяются по справочнику TARIF.DBF.

Случай диспансеризации считается незаконченным (незавершенным) и не подлежит оплате, но при этом включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг, при условии:

- отказа от прохождения застрахованным лицом диспансеризации в целом;
- отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами), входящих в объем диспансеризации первого этапа;
- отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами) второго этапа диспансеризации, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа.

При включении в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченных случаев диспансеризации используются коды специальностей, определенные для законченных случаев диспансеризации.

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной половозрастной группы:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов
0-2	м	1,2,3,4,5,6,8
	ж	1,2,3,4,5,6,7
3-4	м	1,2,3,4,5,6,8,9
	Ж	1,2,3,4,5,6,7,9
5-17	М	1,2,3,4,5,6,8,9,10
	Ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (дет) (код 1417), или педиатр участковый (дет) (код 117), или педиатр (выездной бригады) (дет) (код 1282), или врач общей практики (взр) (код 70), или врач общей практики (дет) (код 2125).
2. Невролог (дет) (код 127), или невролог (выездной бригады) (дет) (код 1289).
3. Офтальмолог (дет) (код 123), или офтальмолог (выездной бригады) (дет) (код 1294).
4. Детский хирург (код 133), или детский хирург (выездной бригады) (код 1300).
5. Оториноларинголог (дет) (код 125), или оториноларинголог (выездной бригады) (дет) (код 1292).
6. Травматолог-ортопед (дет) (код 134), или травматолог-ортопед (выездной бригады) (дет) (код 1298), или травматолог-ортопед (консульт.приём)* (дет) (код 1309).
7. Акушер-гинеколог (дет) (код 1372), или акушер-гинеколог (выездной бригады) (дет) (код 1293).
8. Детский уролог-андролог (код 1235), или детский уролог-андролог (выездной бригады) (код 1325), или уролог (взр) (код 82).
9. Стоматолог (дет) (код 160), или стоматолог (взр) (код 159).
10. Детский эндокринолог (код 219), или детский эндокринолог (выездной бригады) (код 1302), или эндокринолог (взр) (код 218).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром.

Обращаем внимание на то, что диспансеризацию детей-сирот может проводить только врач.

В структуре тарифов на оплату медицинской помощи законченного случая диспансеризации детей-сирот не предусмотрены расходы на проведение осмотра врачом - психиатром за счет средств ОМС. Недопустимо включать в файл персонифицированного учета

медицинских услуг осмотра (или отказы от их прохождения) врачей «психиатрической» специальности (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {PSYCH=1}).

Для определения принадлежности застрахованного ребенка к той или иной возрастной группе на I или II этапах диспансеризации возраст ребенка определяется по дате окончания этапа диспансеризации. Датой окончания этапа диспансеризации является дата заключительного осмотра педиатром (врачом ответственным за проведение диспансеризации) или дата отказа от заключительного осмотра педиатром, либо дата отказа от прохождения диспансеризации в целом.

4. В поле P_OTK указывается признак отказа: 0 – нет, 1 – да.

На записях по осмотрам указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от их прохождения. При этом дата отказа должна быть в рамках периода проведения диспансеризации.

На итоговой записи по случаю диспансеризации указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от прохождения диспансеризации в целом.

5. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 21 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена I группа здоровья».

б) 22 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена II группа здоровья».

в) 23 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена III группа здоровья».

г) 24 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена IV группа здоровья».

д) 25 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена V группа здоровья».

В поле RSLT_D для формата XML следует указывать следующие коды результата диспансеризации (справочник V017):

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».

д) 5 – «Присвоена V группа здоровья».

Для незаконченных неоплачиваемых случаев диспансеризации при невозможности присвоения группы здоровья в поле RSLT (RSLT_D) следует указывать значение «0».

6. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

Для незаконченных неоплачиваемых случаев диспансеризации со значением «0» в поле RSLT (RSLT_D) в поле ISHOD следует указывать значение «0».

7. Поля NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK, характеризующие назначения в результате проведенной диспансеризации, на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации следует заполнять следующим образом:

Поле	Пояснения
NAZR	<p>Назначения.</p> <p>1 – направлен на консультацию в МО по месту прикрепления,</p> <p>2 – направлен на консультацию в иную МО,</p> <p>3 – направлен на обследование,</p> <p>4 – направлен в дневной стационар,</p> <p>5 – направлен на госпитализацию,</p> <p>6 – направлен в реабилитационное отделение.</p> <p>Заполняется при назначениях в результате проведенной диспансеризации при присвоении группы здоровья, кроме I или II.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <p>- в файле формата DBF заполняется по шаблону «X X X»,</p>

Поле	Пояснения
	- в файле формата XML формируется несколько элементов. Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.
NAZ_SP	Специальность врача. Заполняется в соответствии с классификатором V015 (значение поля Code), если в NAZR проставлены коды 1 или 2. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.
NAZ_V	Вид обследования: 1 – лабораторная диагностика, 2 – инструментальная диагностика, 3 – методы лучевой диагностики. Заполняется, если в NAZR проставлен код 3. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.
NAZ_PMP	Профиль медицинской помощи. Заполняется в соответствии с классификатором V002, если в NAZR есть коды 4 или 5. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.
NAZ_PK	Профиль койки. Заполняется в соответствии с классификатором V020 (из перечня «реабилитационных» профилей), если в NAZR проставлен код 6. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.

8. Случай диспансеризации включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания (дата заключительного осмотра педиатром или дата отказа от него) либо дата отказа от диспансеризации в целом.

8.1. При оплате законченного случая диспансеризации все посещения к специалистам подаются отдельными записями без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю диспансеризации. Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 21-25 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводившего осмотр	Квалификация педиатра, проводившего заключительный осмотр

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1762}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую (тарифицированную) запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом.	Заключительный диагноз по диспансеризации
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. Для законченных случаев диспансеризации должно быть равно «0» (отказы не допускаются).	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Для законченных случаев диспансеризации равно «0».
NAZR	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да.	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

8.2. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев диспансеризации при отказе от диспансеризации в целом в файле персонифицированного учета медицинских услуг подается только одна итоговая запись по случаю диспансеризации.

При этом:

- в поле COD_SPEC указывается код специальности случая диспансеризации («I этапа» или «I и II этапа»),
- в поле DATE_BEG, DATE_END, VISIT_DATE – дата отказа,
- в полях RSLT (RSLT_D), ISHOD – значение «0»,
- в поле VIDPOM – значение «12»,
- в поле GUID1 – уникальный идентификатор записи, поле GUID2=GUID1,
- поля IDDOCT, KVAL, LPU_FROM, COD_MKB, DS1_PR, COD_MKB1 (DS2_N), PR_D_N, NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK не заполняются,
- поля TARIF, DATE_TAR, SUM_K, SUMV не заполняются,
- в поле P_OTK указывается значение «1».

8.3. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев диспансеризации по причинам отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами), входящих в объем диспансеризации первого этапа, и (или) отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами) второго этапа диспансеризации, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа:

- все посещения к специалистам, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров специалистами), подаются отдельными записями и одна итоговая запись по случаю диспансеризации;

- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по случаю диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Не заполняется
DATE_TAR	Не заполняется	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра педиатром или отказа от него
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 21-25 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-5 из справочника V017) При невозможности присвоения группы здоровья следует указывать значение «0».
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF). При значении поля RSLT=0 (RSLT_D=0) следует указывать значение «0».
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться.	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра педиатром может не заполняться.
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация педиатра, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра педиатром может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со	

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	следующим шаблоном: - Код специальности по случаю диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1762}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Заключительный диагноз по диспансеризации
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Должно быть равно «0».
NAZR	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом или дата отказа от него, либо дата отказа от диспансеризации в целом, в поле DATE_END – дата заключительного осмотра педиатром или дата отказа от него, либо дата отказа от диспансеризации в целом. Поле УЕТ не заполняется, даже если осмотр был произведен стоматологом.

Отдельно обращаем внимание на то, что во всех записях по случаю диспансеризации поле DELETED принимает одинаковое значение:

- DELETED=0 – для оплачиваемых случаев диспансеризации;
- DELETED=3 – для случаев диспансеризации, снятых с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=5 – для случаев диспансеризации, снятых с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=7 – для незаконченных (незавершенных) и неоплачиваемых случаев диспансеризации по причине отказа застрахованного лица от прохождения диспансеризации в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований).

Раздел 3. Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

1. Перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (далее – детей-сирот и детей без попечения родителей), определен справочником DISPLPU.DBF (для TYP=7).

2. Оплата случаев диспансеризации детей-сирот и детей без попечения родителей производится по тарифам по законченному случаю диспансеризации.

Незаконченные (незавершенные) неоплачиваемые случаи также подлежат учету.

Отказы от прохождения застрахованным лицом диспансеризации как в целом, так и от отдельных осмотров специалистами подлежат регистрации, учету и включению в файл персонифицированного учета медицинских услуг с отметкой об отказе. При этом осмотры, от которых был отказ, считаются невыполненными. Под отказом несовершеннолетнего застрахованного лица от медицинских вмешательств (отдельных осмотров или диспансеризации в целом) понимается отказ как самого лица, так и его законных представителей.

В файл персонифицированного учета медицинских услуг включаются только выполненные осмотры и невыполненные осмотры по причине отказа застрахованного лица от их прохождения. Невыполненные осмотры по иным причинам, кроме отказа застрахованного лица, в файл персонифицированного учета медицинских услуг не включаются.

Случай диспансеризации детей-сирот и детей без попечения является завершенным (законченным) и подлежит оплате в случае:

- для «I этапа»: проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, входящих в объем диспансеризации первого этапа для данного возраста и пола застрахованного;
- для «I и II этапа»: проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, входящих в объем диспансеризации первого этапа для данного возраста и пола застрахованного, и проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, назначенных по результатам первого этапа.

Тарифы (коды специальностей) на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы

{DISP_TYP=7} и {DISP_LEVEL=1}) или I и II этапов (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=7} и {DISP_LEVEL=2}).

Действующие на момент оказания медицинской помощи тарифы определяются по справочнику TARIF.DBF.

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной половозрастной группы:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов
0-2	м	1,2,3,4,5,6,8
	ж	1,2,3,4,5,6,7
3-4	м	1,2,3,4,5,6,8,9
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9
5-17	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (дет) (код 1417), или педиатр участковый (дет) (код 117), или педиатр (выездной бригады) (дет) (код 1282), или врач общей практики (взр) (код 70), или врач общей практики (дет) (код 2125).
2. Невролог (дет) (код 127), или невролог (выездной бригады) (дет) (код 1289).
3. Офтальмолог (дет) (код 123), или офтальмолог (выездной бригады) (дет) (код 1294).
4. Детский хирург (код 133), или детский хирург (выездной бригады) (код 1300).
5. Оториноларинголог (дет) (код 125), или оториноларинголог (выездной бригады) (дет) (код 1292).
6. Травматолог-ортопед (дет) (код 134), или травматолог-ортопед (выездной бригады) (дет) (код 1298), или травматолог-ортопед (консульт.приём)* (дет) (код 1309).
7. Акушер-гинеколог (дет) (код 1372), или акушер-гинеколог (выездной бригады) (дет) (код 1293).
8. Детский уролог-андролог (код 1235), или детский уролог-андролог (выездной бригады) (код 1325), или уролог (взр) (код 82).
9. Стоматолог (дет) (код 160), или стоматолог (взр) (код 159).
10. Детский эндокринолог (код 219), или детский эндокринолог (выездной бригады) (код 1302), или эндокринолог (взр) (код 218).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром.

Обращаем внимание на то, что диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, может проводить только врач.

В структуре тарифов на оплату медицинской помощи законченного случая диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не предусмотрены расходы на проведение осмотра врачом - психиатром за счет средств ОМС. Недопустимо включать в файл персонифицированного учета медицинских услуг осмотра (или отказы от их прохождения) врачей «психиатрической» специальности (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {PSYCH=1}).

Для определения принадлежности застрахованного ребенка к той или иной возрастной группе на I или II этапах диспансеризации возраст ребенка определяется по дате окончания этапа диспансеризации. Датой окончания этапа диспансеризации является дата заключительного осмотра педиатром (врачом ответственным за проведение диспансеризации) или дата отказа от заключительного осмотра педиатром, либо дата отказа от прохождения диспансеризации в целом.

4. В поле Р_ОТК указывается признак отказа: 0 – нет, 1 – да.

На записях по осмотрам указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от их прохождения. При этом дата отказа должна быть в рамках периода проведения диспансеризации.

На итоговой записи по случаю диспансеризации указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от прохождения диспансеризации в целом.

5. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 47 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена I группа здоровья».

б) 48 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена II группа здоровья».

в) 49 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена III группа здоровья».

г) 50 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена IV группа здоровья».

д) 51 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена V группа здоровья».

В поле RSLT_D для формата XML следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V017):

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».

д) 5 – «Присвоена V группа здоровья».

Для незаконченных неоплачиваемых случаев диспансеризации при невозможности присвоения группы здоровья в поле RSLT (RSLT_D) следует указывать значение «0».

6. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

Для незаконченных неоплачиваемых случаев диспансеризации со значением «0» в поле RSLT (RSLT_D) в поле ISHOD следует указывать значение «0».

7. Поля NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK, характеризующие назначения в результате проведенной диспансеризации, на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации следует заполнять следующим образом:

Поле	Пояснения
NAZR	<p>Назначения.</p> <p>1 – направлен на консультацию в МО по месту прикрепления, 2 – направлен на консультацию в иную МО, 3 – направлен на обследование, 4 – направлен в дневной стационар, 5 – направлен на госпитализацию, 6 – направлен в реабилитационное отделение.</p> <p>Заполняется при назначениях в результате проведенной диспансеризации при присвоении группы здоровья, кроме I или II.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов.</p> <p>Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.</p>
NAZ_SP	<p>Специальность врача.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V015 (значение поля Code), если в NAZR проставлены коды 1 или 2.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов.</p> <p>Дубли значений не допускаются.</p>
NAZ_V	Вид обследования:

Поле	Пояснения
	1 – лабораторная диагностика, 2 – инструментальная диагностика, 3 – методы лучевой диагностики. Заполняется, если в NAZR проставлен код 3. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.
NAZ_PMP	Профиль медицинской помощи. Заполняется в соответствии с классификатором V002, если в NAZR есть коды 4 или 5. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.
NAZ_PK	Профиль койки. Заполняется в соответствии с классификатором V020 (из перечня «реабилитационных» профилей), если в NAZR проставлен код 6. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.

8. Случай диспансеризации включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания (дата заключительного осмотра педиатром или дата отказа от него) либо дата отказа от диспансеризации в целом.

8.1. При оплате законченного случая диспансеризации все посещения к специалистам подаются отдельными записями без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю диспансеризации. Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 47-51 из справочник V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводившего осмотр	Квалификация педиатра, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1762}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи:	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
	12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую (тарифицированную) запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом.	Заключительный диагноз по диспансеризации
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. Для законченных случаев диспансеризации должно быть равно «0» (отказы не допускаются).	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Для законченных случаев диспансеризации равно «0».
NAZR	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да.	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

8.2. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев диспансеризации при отказе от диспансеризации в целом в файле персонифицированного учета медицинских услуг подается только одна итоговая запись по случаю диспансеризации.

При этом:

- в поле COD_SPEC указывается код специальности случая диспансеризации («I этапа» или «II этапа»),
- в поле DATE_BEG, DATE_END, VISIT_DATE – дата отказа,
- в полях RSLT (RSLT_D), ISHOD – значение «0»,
- в поле VIDPOM – значение «12»,
- в поле GUID1 – уникальный идентификатор записи, поле GUID2=GUID1,
- поля IDDOCT, KVAL, LPU_FROM, COD_MKB, DS1_PR, COD_MKB1 (DS2_N), PR_D_N, NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK не заполняются,
- поля TARIF, DATE_TAR, SUM_K, SUMV не заполняются,
- в поле P_OTK указывается значение «1».

8.3. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев диспансеризации по причинам отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами), входящих в объем диспансеризации первого этапа, и (или) отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами) второго этапа диспансеризации, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа:

- все посещения к специалистам, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров специалистами), подаются отдельными записями и одна итоговая запись по случаю диспансеризации;

- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по случаю диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Не заполняется
DATE_TAR	Не заполняется	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра педиатром или отказа от него
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 47-51 из справочник V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-5 из справочника V017). При невозможности присвоения группы здоровья следует указывать значение «0».
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF). При значении поля RSLT=0 (RSLT_D=0) следует указывать значение «0».
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться.	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра педиатром может не заполняться.
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация педиатра, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра педиатром может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном:	

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	- Код специальности по случаю диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1762}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осматрившим специалистом. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Заключительный диагноз по диспансеризации
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Должно быть равно «0».
NAZR	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом или дата отказа от него, либо дата отказа от диспансеризации в целом, в поле DATE_END – дата заключительного осмотра педиатром или дата отказа от него, либо дата отказа от диспансеризации в целом. Поле YET не заполняется, даже если осмотр был произведен стоматологом.

Отдельно обращаем внимание на то, что во всех записях по случаю диспансеризации поле DELETED принимает одинаковое значение:

- DELETED=0 – для оплачиваемых случаев диспансеризации;
- DELETED=3 – для случаев диспансеризации, снятых с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=5 – для случаев диспансеризации, снятых с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=7 – для незаконченных (незавершенных) и неоплачиваемых случаев диспансеризации по причине отказа застрахованного лица от прохождения диспансеризации в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований).

Раздел 4. Диспансеризация 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).

1. Перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации 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) (далее – инвалидов войн), определен справочником DISPLPU.DBF (для ТУР=8).

2. Оплата диспансеризации осуществляется за законченный случай первого этапа / случай второго этапа, включающий посещения к врачам-специалистам (осмотры) и исследования в соответствии с приказом Минздрава РФ № 36ан от 03.02.2015. Учет незаконченных (незавершенных) неоплачиваемых случаев также ведется в соответствии с приказом Минздрава РФ № 36ан от 03.02.2015.

Отказы застрахованного лица от прохождения диспансеризации как в целом, так и от отдельных осмотров/исследований подлежат регистрации, учету и включению в файл персонифицированного учета медицинских услуг с отметкой об отказе. При этом осмотры/исследования, от которых был отказ, считаются невыполненными.

В файл персонифицированного учета медицинских услуг включаются только выполненные осмотры/исследования (как в рамках диспансеризации, так и ранее и учитываемые в соответствии приказом Минздрава РФ № 36ан от 03.02.2015) и невыполненные осмотры/исследования по причине отказа застрахованного лица от их прохождения. Невыполненные осмотры/исследования по иным причинам, кроме отказа застрахованного лица, в файл персонифицированного учета медицинских услуг не включаются.

Отдельно обращаем внимание на то, что как для законченных и оплачиваемых случаев, так и для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации:

- для I этапа вместе с итоговой/тарифицируемой записью по случаю диспансеризации передается перечень осмотров/исследований в объеме не менее 85% от установленного для данного возраста и пола застрахованного с указанием при необходимости признаков отказов от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований). При отказе от прохождения первого этапа диспансеризации в целом передается только итоговая запись по случаю диспансеризации первого этапа с признаком отказа;

- для II этапа вместе с итоговой записью по случаю диспансеризации передается полный перечень осмотров/исследований из числа возможных, необходимость проведения которых определена по результатам первого этапа диспансеризации, с указанием при необходимости признаков отказов от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований). При отказе от прохождения второго этапа диспансеризации в целом передается только итоговая запись по случаю диспансеризации второго этапа с признаком отказа.

2.1. Первый этап диспансеризации считается завершенным (законченным) и подлежит оплате, если выполнено не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного. При этом, процент выполнения объема диспансеризации определяется отношением количества выполненных осмотров/исследований к общему количеству осмотров/исследований, установленных для данного возраста и пола застрахованного.

2.1.1. Первый этап оплачивается по тарифам по законченному случаю диспансеризации, если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного. При этом, процент ранее проведенных осмотров/исследований определяется отношением количества ранее выполненных осмотров/исследований к общему количеству осмотров/исследований, установленных для данного возраста и пола застрахованного.

2.1.2. Если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного, то оплате подлежат только те осмотры и исследования, которые были выполнены при диспансеризации.

Тарифы (коды специальностей) на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=8}, {DISP_LEVEL=1} и нет элемента DETAIL).

Действующие на момент оказания медицинской помощи тарифы определяются по справочнику TARIF.DBF.

2.2. Случай второго этапа диспансеризации оплачивается по выполненным осмотрам специалистами и исследованиям, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа, при условии выполнения минимального объема обследований (не менее двух различных осмотров/исследований) и обязательного заключительного осмотра терапевтом.

В настоящее время определены коды специальностей, соответствующие случаю второго этапа диспансеризации (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=8}, {DISP_LEVEL=2} и нет элемента DETAIL):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.инвал.войн (II эт) (ж)	2032
2	Случай дисп.инвал.войн (II эт) (м)	2033

2.3. Случай диспансеризации первого этапа считается незаконченным (незавершенным) и не подлежит оплате, но при этом включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг, при условии:

- отказа застрахованного лица от проведения первого этапа диспансеризации в целом;
- отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров/исследований), входящих в объем диспансеризации первого этапа и являющихся обязательными;
- отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров/исследований) первого этапа диспансеризации, составляющих в совокупности с осмотрами/исследованиями, невыполненными по другим причинам, более 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного.

При включении в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченных случаев диспансеризации первого этапа используются коды специальностей, определенные для законченных случаев диспансеризации.

2.4. Случай диспансеризации второго этапа не подлежит оплате, но при этом включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг, при условии отказа застрахованного лица от проведения второго этапа диспансеризации в целом. При этом при включении в файл персонифицированного учета медицинских услуг используются коды специальностей, определенные для случаев диспансеризации второго этапа.

3. Инвалиды войн проходят диспансеризацию ежегодно. При этом используется возраст, достигаемый в год окончания этапа диспансеризации.

На I этапе диспансеризации определены следующие осмотры врачами-специалистами (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=1,8}, {DISP_LEVEL=1}, {DETAIL=1}) и исследования (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=1,8}, {DISP_LEVEL=1}, {DETAIL=2}):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	I эт.дисп. Анализ крови биохимический общетерапевтический	1983
2	I эт.дисп. Антропометрический расчет индекса массы тела	1984
3	I эт.дисп. Измерение артериального давления	1985
4	I эт.дисп. Измерение внутриглазного давления	1986
5	I эт.дисп. Исследование кала на скрыт. кровь иммунохим.мет.	1987
6	I эт.дисп. Определение уровня глюкозы в крови экспресс-мет.	2057
7	I эт.дисп. Клинический анализ крови	1989
8	I эт.дисп. Клинический анализ крови развернутый	1990
9	I эт.дисп. Маммография обеих молочных желез	1991
10	I эт.дисп. Общий анализ мочи	1992
11	I эт.дисп. Определение уровня общ.холест.в крови(эксп.-мет.)	1993
12	I эт.дисп. Осмотр фельдшером(акушеркой)(цитолог.исслед.)	1994
13	I эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта	1995
14	I эт.дисп. УЗИ на предмет исключения новообразований	1996
15	I эт.дисп. Флюорография легких	1997
16	I эт.дисп. Электрокардиография (в покое)	1998
17	I эт.дисп. Опрос (анкетирование)	1999
18	I эт.дисп. Определение абс. сумм. сердечно-сосудистого риска	2056
19	I эт.дисп. Определение отн. сумм. сердечно-сосудистого риска	2055

Первый этап диспансеризации инвалидов войн проводится в объеме, соответствующем объему диспансеризации, предусмотренному приказом Минздрава РФ № 36ан от 03.02.2015 для взрослого населения ближайшей возрастной категории.

Объемы диспансеризации установлены по половозрастным группам I этапа следующим образом:

Пол	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
ж	21-37	2,3,6,7,10,11,12,13,15,[16],17,19
ж	38-40	1,2,3,4,8,9,10,12,13,14,15,[16],17,19
ж	41-43	2,3,4,6,7,9,10,11,12,13,15,[16],17,18
ж	44-46	1,2,3,4,8,9,10,12,13,14,15,16,17, 18
ж	47-49, 53-55, 59-61	2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17,18
ж	50-52,56-58, 62-64	1,2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18
ж	65-67	2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17
ж	68-70	1,2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15,16,17
ж	71-73	2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,15,16,17
ж	74-76	1,2,3,4,5,8,9,10,13,14,15,16,17
ж	77-79, 83-85, 89-91, 95-97	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17
ж	80-82, 86-88, 92-94, 98-99	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17
м	20-34	2,3,6,7,10,11,13,15,[16],17,19
м	35-37	2,3,6,7,10,11,13,15,16,17,19
м	38-40	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17,19
м	41-43	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17,18
м	44-46	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17,18
м	47-49, 53-55, 59-61	2,3,4,5,6,7,10,11,13,15,16,17,18
м	50-52, 56-58, 62-64	1,2,3,4,5,8,10,13,14,15,16,17,18
м	65-67, 71-73	2,3,4,5,6,7,10,11,13,15,16,17
м	68-70, 74-76	1,2,3,4,5,8,10,13,14,15,16,17
м	77-79, 83-85, 89-91, 95-97	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17
м	80-82, 86-88, 2-94, 98-99	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17

При этом возможно только однократное указание исследования / осмотра у специалиста. Обязательным является проведение анкетирования и осмотр у терапевта. В [] указаны специалисты/обследования, которые не влияют на процент выполнения объема диспансеризации и процент ранее выполненных осмотров/исследований.

На II этапе диспансеризации проводится не менее двух различных осмотров специалистами/исследований (помимо осмотров/исследований, отмеченных *), при этом обязательным является заключительный осмотр терапевтом, но не более того количества специалистов/исследований, которое определено для конкретной половозрастной группы.

На II этапе диспансеризации взрослого населения определены следующие осмотры врачами-специалистами (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=1,8}, {DISP_LEVEL=2}, {DETAIL=1}) и исследования (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=1,8}, {DISP_LEVEL=2}, {DETAIL=2}):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	II эт.дисп. Ан.крови на ур.содерж.простатспец.антигена	2001
2	II эт.дисп. Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	2002
3	II эт.дисп. Колоноскопия/ректороманоскопия	2003
4	II эт.дисп. Определение концентр.гликир.гемоглобина в крови	2004
5	II эт.дисп. Определение липидного спектра крови	2005
6	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-оториноларинголога	2006
7	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-акушера-гинеколога	2007

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
8	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-невролога	2008
9	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-офтальмолога	2009
10	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-колопроктолога(хирурга	2010
11	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-уролога (хирурга)	2011
12	II эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта	2012
13	II эт.дисп. Спирометрия	2013
14	II эт.дисп. Эзофагогастродуоденоскопия	2014
15*	II эт.дисп. Индив. или групповое углуб.проф.консультирование	2034

Осмотры специалистами/исследования распределены по половозрастным группам II этапа следующим образом:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов/исследований
21-36	м	2,3,4,5,8,10,12,13,14,15
	ж	2,3,4,5,7,8,10,12,13,14,15
39	м	2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15
42-69	м	1,2,3,4,5,8,9,10,11,12,13,14,15
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15
72	м	2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15
75-99	м	2,3,4,5,6,8,9,10,12,13,14,15
	ж	2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14,15

Кратность осмотров специалистами/ исследований на II этапе может быть любой.

Обращаем внимание на то, что вместо врача-терапевта диспансеризацию может проводить фельдшер в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения.

Случай диспансеризации включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг по дате последнего посещения врача-терапевта или дате отказа от него, либо по дате отказа от прохождения диспансеризации в целом. При этом, в файле персонифицированного учета медицинских услуг в итоговой записи по случаю диспансеризации в поле DATE_BEG должна быть указана дата начала проведения этапа диспансеризации (дата первого осмотра/исследования, проведенных в рамках этапа диспансеризации, или дата отказа от осмотра/исследования) либо дата отказа от диспансеризации в целом, в полях DATE_END, VISIT_DATE – дата окончания этапа диспансеризации (дата заключительного осмотра терапевтом или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом) либо дата отказа от диспансеризации в целом. При этом, для первого этапа диспансеризации датой начала проведения диспансеризации считается дата проведения опроса (анкетирования) или дата отказа от его проведения, либо дата отказа от диспансеризации в целом. Следует также учесть, что дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году.

4. В поле P_ОТК указывается признак отказа: 0 – нет, 1 – да.

На записях по осмотрам/исследованиям указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от их прохождения. При этом дата отказа должна быть в рамках периода проведения диспансеризации.

На итоговой записи по случаю диспансеризации указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от прохождения диспансеризации в целом.

5. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 17 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья».

б) 18 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена II группа здоровья».

в) 55 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIа группа здоровья».

г) 56 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIб группа здоровья».

д) 52 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена I группа здоровья».

е) 53 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

ж) 57 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIа группа здоровья».

з) 58 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIб группа здоровья».

В поле RSLT_D для формата XML следует указывать следующие коды результата диспансеризации (справочник V017):

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 31 – «Присвоена IIIа группа здоровья».

г) 32 – «Присвоена IIIб группа здоровья».

д) 11 – «Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена I группа здоровья».

е) 12 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

ж) 14 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIа группа здоровья».

з) 15 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIб группа здоровья».

Для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации при невозможности присвоения группы здоровья в поле RSLT (RSLT_D) следует указывать значение «0».

6. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

Для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации со значением «0» в поле RSLT (RSLT_D) в поле ISHOD следует указывать значение «0».

7. Поля NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK, характеризующие назначения в результате проведенной диспансеризации, на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации следует заполнять следующим образом:

Поле	Пояснения
NAZR	<p>Назначения.</p> <p>1 – направлен на консультацию в МО по месту прикрепления,</p> <p>2 – направлен на консультацию в иную МО,</p> <p>3 – направлен на обследование,</p> <p>4 – направлен в дневной стационар,</p> <p>5 – направлен на госпитализацию,</p> <p>6 – направлен в реабилитационное отделение.</p> <p>Заполняется при назначениях в результате проведенной диспансеризации при присвоении группы здоровья, кроме I или II.</p> <p>Если по результатам I этапа диспансеризации группа здоровья присвоена предварительно и направлен на II этап диспансеризации, то поле не заполняется.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <p>- в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X»,</p> <p>- в файле формата XML формируется несколько элементов.</p> <p>Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.</p>
NAZ_SP	<p>Специальность врача.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V015 (значение поля Code), если в NAZR проставлены коды 1 или 2.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p>

Поле	Пояснения
	- в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.
NAZ_V	Вид обследования: 1 – лабораторная диагностика, 2 – инструментальная диагностика, 3 – методы лучевой диагностики. Заполняется, если в NAZR проставлен код 3. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.
NAZ_PMP	Профиль медицинской помощи. Заполняется в соответствии с классификатором V002, если в NAZR есть коды 4 или 5. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.
NAZ_PK	Профиль койки. Заполняется в соответствии с классификатором V020 (из перечня «реабилитационных» профилей), если в NAZR проставлен код 6. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.

8. Случай диспансеризации включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания (дата заключительного осмотра терапевтом или дата отказа от него, либо дата отказа от диспансеризации в целом).

8.1. При оплате первого этапа по тарифам по законченному случаю диспансеризации (если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного):

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю диспансеризации;

- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – код исследования, от которого был отказ.	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации (всегда 100%)
DATE_TAR	Не заполняется	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Если осмотр выполнен ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. Если исследование выполнено ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного	Код диагноза при	Заключительный диагноз по

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
	осмотревшим специалистом. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	проведении исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56, 52,53,57,58 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32,11,12,14,15 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться.	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для оказания услуг по проведению указанного исследования в рамках диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=2029}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=2029}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Не заполняется	Не заполняется	Равна значению поля TARIF
SUMV	Не заполняется	Не заполняется	Равна значению поля SUM_K
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
GUID2	Ссылка на итоговую (тарифицированную) запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	Ссылка на итоговую (тарифицированную) запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный при исследовании, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	Признак отказа от исследования: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от исследования указывается значение «1».	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Для законченных случаев диспансеризации равно «0».
NAZR	Не заполняется	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При установленном признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается значение «1», - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

8.2. Если число осмотров и исследований на первом этапе диспансеризации, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема

диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного (оплата только тех осмотров и исследований, которые были выполнены при диспансеризации):

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями с указанием тарифа для оплачиваемых осмотров/исследований и одна итоговая запись по законченному случаю диспансеризации;

- во всех записях файла персонафицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код исследования. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код исследования, от которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%). Если дата осмотра ранее периода проведения диспансеризации, то не заполняется. При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Тариф на исследование (всегда 100%). Если дата исследования ранее периода проведения диспансеризации, то не заполняется. При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Не заполняется
DATE_TAR	Дата тарифа. Заполняется при наличии тарифа.	Дата тарифа. Заполняется при наличии тарифа.	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Если осмотр выполнен ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа Р_ОТК=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. Если исследование выполнено ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа Р_ОТК=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осматрившим специалистом. При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Код диагноза при проведении исследования. При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Заключительный диагноз по диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56, 52,53,57,58 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32,11,12,14,15 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа Р_ОТК=1 – может не заполняться.	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код МО, с которой заключен договор для оказания услуг по проведению указанного исследования в рамках	Не заполняется

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	целью проведения диспансеризации.	диспансеризации.	
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=2029}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=2029}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Равна значению поля TARIF	Равна значению поля TARIF	Не заполняется
SUMV	Равна значению поля SUM_K	Равна значению поля SUM_K	Не заполняется
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный при исследовании, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	Признак отказа от исследования: 0–нет, 1–да. В случае отказа от исследования указывается значение «1».	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Для законченных случаев диспансеризации равно «0».
NAZR	Не заполняется	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	При установленном признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.		0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается значение «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

8.3. При оплате случая диспансеризации второго этапа:

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями с указанием тарифа для выполненных осмотров/исследований и одна итоговая запись по случаю диспансеризации;
- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код исследования. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%) При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Тариф на исследование (всегда 100%) При признаке отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.	Не заполняется
DATE_TAR	Дата тарифа на осмотр специалистом. Заполняется при наличии тарифа.	Дата тарифа на исследование. Заполняется при наличии тарифа.	Не заполняется

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа. Не может быть вне периода диспансеризации.	Дата проведения исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа. Не может быть вне периода диспансеризации.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Код диагноза при проведении исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Заключительный диагноз по диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться.	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для оказания услуг по проведению указанного исследования в рамках диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код специальности по случаю диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=2032}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код специальности по случаю диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=2032}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	заполнено IDDOCT.		
SUM_K	Равна значению поля TARIF	Равна значению поля TARIF	Не заполняется
SUMV	Равна значению поля SUM_K	Равна значению поля SUM_K	Не заполняется
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые.	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный при исследовании, установлен впервые.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
NAZR	Не заполняется	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При установленном признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза. - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается значение «1», - если имеется одновременно

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
			несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

8.4. Для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации первого или второго этапа при отказе от диспансеризации в целом в файле персонифицированного учета медицинских услуг подается только одна итоговая запись по случаю диспансеризации. При этом:

- в поле COD_SPEC указывается код специальности случая диспансеризации (I или II этапа),
- в поле DATE_BEG, DATE_END, VISIT_DATE – дата отказа,
- в полях RSLT (RSLT_D), ISHOD – значение «0»,
- в поле VIDPOM – значение «12»,
- в поле MEDUS_ID – значение «{sg=1}», если от прохождения диспансеризации отказался студент очной формы обучения,
- в поле GUID1 – уникальный идентификатор записи, поле GUID2=GUID1,
- поля IDDOCT, KVAL, LPU_FROM, COD_MKB, DS1_PR, COD_MKB1 (DS2_N), PR_D_N, NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK не заполняются,
- поля TARIF, DATE_TAR, SUM_K, SUMV не заполняются,
- в поле P_OTK указывается значение «1».

8.5. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев диспансеризации первого этапа по причинам отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров/исследований), входящих в объем диспансеризации и являющихся обязательными, либо отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров/исследований), составляющих в совокупности с осмотрами/исследованиями, невыполненными по другим причинам, более 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного:

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями и одна итоговая запись по случаю диспансеризации;
- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по случаю диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – код исследования, от которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется.	Не заполняется.	Не заполняется
DATE_TAR	Не заполняется.	Не заполняется.	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Если осмотр выполнен ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. Если исследование выполнено ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом или отказа от него
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Код диагноза при проведении исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Заключительный диагноз по диспансеризации

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56, 52,53,57,58 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32,11,12,14,15 из справочника V017). При невозможности присвоения группы здоровья следует указывать значение «0».
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF). При значении поля RSLT=0 (RSLT_D=0) следует указывать значение «0».
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа Р_ОТК=1 – может не заполняться.	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра терапевтом может не заполняться.
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование. При признаке отказа Р_ОТК=1 – код МО, с которой заключен договор для оказания услуг по проведению указанного исследования в рамках диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа Р_ОТК=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра терапевтом может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак прохождения диспансеризации студентом очной формы обучения {sg=1}. - Код специальности случая диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=2032}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак прохождения диспансеризации студентом очной формы обучения {sg=1}. - Код специальности случая диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=2032}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак прохождения диспансеризации студентом очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности. При признаке отказа Р_ОТК=1 – может не заполняться, если не	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	заполнено IDDOCT.		
SUM_K	Не заполняется	Не заполняется	Не заполняется
SUMV	Не заполняется	Не заполняется	Не заполняется
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	Ссылка на итоговую запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	= GUID1 записи
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный при исследовании, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по диспансеризации основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	Признак отказа от исследования: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от исследования указывается значение «1».	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Должно быть равно «0».
NAZR	Не заполняется	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При установленном признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая диспансеризации.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате диспансеризации. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается значение «1»; - если имеется одновременно

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
			несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

В поле MEDUS_ID элементы должны следовать друг за другом без пробелов.

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE_BEG должна быть дата начала проведения этапа диспансеризации (дата первого осмотра/исследования, проведенных в рамках этапа диспансеризации, или дата отказа от осмотра/исследования) либо дата отказа от диспансеризации в целом, в поле DATE_END – дата окончания проведения этапа диспансеризации (дата заключительного осмотра терапевтом или дата отказа от него) либо дата отказа от диспансеризации в целом. При этом, для первого этапа диспансеризации датой начала проведения диспансеризации считается дата проведения опроса (анкетирования) или дата отказа от его проведения, либо дата отказа от диспансеризации в целом. Следует также учесть, что дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году.

Отдельно обращаем внимание на то, что во всех записях по случаю диспансеризации поле DELETED принимает одинаковое значение:

- DELETED=0 – для оплачиваемых случаев диспансеризации;
- DELETED=3 – для случаев диспансеризации, снятых с оплаты по причине превышения объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=5 – для случаев диспансеризации, снятых с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=7 – для незаконченных (незавершенных) и неоплачиваемых случаев диспансеризации по причине отказа застрахованного лица от прохождения диспансеризации в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований).

Приложение 3
к приказу Министерства здравоохранения
Челябинской области и Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области «О внесении изменений в приказ
Министерства здравоохранения Челябинской области
и Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Челябинской области от
15.02.2017г. № 346/1 / 81»
от 02.06.2017 № 1006 / 424

Приложение 6
к Правилам информационного взаимодействия при
ведении персонифицированного учета медицинской
помощи, оказанной застрахованным лицам в системе
обязательного медицинского страхования
Челябинской области, утвержденным приказом
Министерства здравоохранения Челябинской области
и Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Челябинской области
от 15.02.2017 № 346/1 / 81

Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения медицинских осмотров определенных групп населения.

Раздел 1. Профилактические медицинские осмотры взрослого населения.

1. Профилактический медицинский осмотр застрахованного лица может быть проведен только в той медицинской организации, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи. В файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области, и для лиц, застрахованных на территории других субъектов РФ, профилактические медицинские осмотры могут подавать только те медицинские организации, которые являются фондодержателями. При этом в файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области COD_LPU=ATTACH_VIS (кроме студентов очной формы обучения).

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения.

Также подлежат учету и включению в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченные (незавершенные) неоплачиваемые случаи по причине отказа от прохождения застрахованным лицом профилактического медицинского осмотра как в целом, так и от отдельных осмотров специалистами с отметкой об отказе. При этом осмотры, от которых был отказ, считаются невыполненными.

В файл персонифицированного учета медицинских услуг включаются только выполненные осмотры специалистами и невыполненные осмотры по причине отказа застрахованного лица от их прохождения. Невыполненные осмотры специалистами по иным причинам, кроме отказа застрахованного лица, в файл персонифицированного учета медицинских услуг не включаются.

2.1. Профилактический медицинский осмотр взрослого застрахованного населения подлежит оплате (является законченным) в случае выполнения не менее 85% от объема обследования (осмотров специалистами / исследований), установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения

профилактического медицинского осмотра), и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований).

Тарифы (коды специальностей) на оплату медицинской помощи по законченному случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=3} и {DISP_LEVEL=1}). Действующие на момент оказания медицинской помощи тарифы определяются по справочнику TARIF.DBF.

2.2. Случай профилактического медицинского осмотра считается незаконченным (незавершенным) и не подлежит оплате, но при этом включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг, при условии:

- отказа застрахованного лица от проведения профилактического медицинского осмотра в целом;
- отказа застрахованного лица от осмотра терапевтом, входящего в объем профилактического медицинского осмотра и являющегося обязательным.

При включении в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченных случаев профилактического медицинского осмотра используются коды специальностей, определенные для законченных случаев профилактического медицинского осмотра.

3. Профилактический медицинский осмотр взрослого населения проводит терапевт (код 1418), или терапевт участковый (код 61) или врач общей практики (код 70) (далее – терапевт). Вместо врача-терапевта профилактический медицинский осмотр может проводить фельдшер на должности врача. При этом возможен только один осмотр (или отказ) у специалиста.

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

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

5. В поле P_OTK указывается признак отказа: 0 – нет, 1 – да.

На записи по осмотру терапевтом указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от его прохождения. При этом дата отказа должна быть в рамках периода проведения профилактического медицинского осмотра.

На итоговой записи по случаю профилактического медицинского осмотра указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от прохождения профилактического медицинского осмотра в целом.

6. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 43 – «Проведен профилактический медицинский осмотр взрослого населения - присвоена I группа здоровья».

б) 44 – «Проведен профилактический медицинский осмотр взрослого населения - присвоена II группа здоровья».

в) 45 – «Проведен профилактический медицинский осмотр взрослого населения - присвоена III группа здоровья».

В поле RSLT_D для формата XML следует указывать следующие коды из справочника V017:

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

Для незаконченных неоплачиваемых случаев профилактического медицинского осмотра при невозможности присвоения группы здоровья в поле RSLT (RSLT_D) следует указывать значение «0».

7. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

Для незаконченных неоплачиваемых случаев профилактического медицинского осмотра со значением «0» в поле RSLT (RSLT_D) в поле ISHOD следует указывать значение «0».

8. Поля NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK, характеризующие назначения в результате проведенного профилактического медицинского осмотра, на итоговой/тарифицируемой записи по случаю профилактического медицинского осмотра следует заполнять следующим образом:

Поле	Пояснения
NAZR	<p>Назначения.</p> <p>1 – направлен на консультацию в МО по месту прикрепления, 2 – направлен на консультацию в иную МО, 3 – направлен на обследование, 4 – направлен в дневной стационар, 5 – направлен на госпитализацию, 6 – направлен в реабилитационное отделение.</p> <p>Заполняется при назначениях в результате проведенного профилактического медицинского осмотра при присвоении группы здоровья, кроме I или II.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов.</p> <p>Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.</p>
NAZ_SP	<p>Специальность врача.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V015 (значение поля Code), если в NAZR проставлены коды 1 или 2.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов.</p> <p>Дубли значений не допускаются.</p>
NAZ_V	<p>Вид обследования:</p> <p>1 – лабораторная диагностика, 2 – инструментальная диагностика, 3 – методы лучевой диагностики.</p> <p>Заполняется, если в NAZR проставлен код 3.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов.</p> <p>Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.</p>
NAZ_PMP	<p>Профиль медицинской помощи.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V002, если в NAZR есть коды 4 или 5.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов.</p> <p>Дубли значений не допускаются.</p>
NAZ_PK	<p>Профиль койки.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V020 (из перечня «реабилитационных» профилей), если в NAZR проставлен код 6.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов.</p> <p>Дубли значений не допускаются.</p>

9. Случай профилактического медицинского осмотра включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания (дата осмотра терапевтом или дата отказа от него, либо дата отказа от профилактического медицинского осмотра в целом).

9.1. При оплате законченного случая профилактического медицинского осмотра подаются отдельными записями: посещение к терапевту без указания тарифа, и одна тарифицированная запись по законченному случаю профилактического медицинского осмотра. В обеих записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая профилактического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код тарифа по оплате случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения (всегда 100%)
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 43-45 из справочника V009.DBF (Код 1-3 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
MEDUS_ID	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что профилактический медицинский осмотр прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая проф. медосмотра взрослого населения (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1807}.	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что профилактический медицинский осмотр прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю профилактического медицинского осмотра (GUID1 записи по случаю профилактического медицинского осмотра)	= GUID1 записи
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. Для законченных случаев должно быть равно «0» (отказы не допускаются).	Признак отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра в целом. Для законченных случаев равно «0».
NAZR	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате профилактического медицинского осмотра. В файле формата DBF:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения
		<p>- каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D_n~F=1, где D_n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D_n – код диагноза;</p> <p>- если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X».</p> <p>В файле формата XML:</p> <p>- код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»;</p> <p>- если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.</p>

9.2. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев профилактического медицинского осмотра при отказе застрахованного лица от прохождения профилактического медицинского осмотра в целом в файле персонифицированного учета медицинских услуг подается только одна итоговая запись по случаю профилактического медицинского осмотра. При этом:

- в поле COD_SPEC указывается код специальности случая профилактического медицинского осмотра,
- в поле DATE_BEG, DATE_END, VISIT_DATE – дата отказа,
- в полях RSLT (RSLT_D), ISHOD – значение «0»,
- в поле VIDPOM – значение «12»,
- в поле MEDUS_ID – значение «{sg=1}», если от прохождения профилактического медицинского осмотра отказался студент очной формы обучения,
- в поле GUID1 – уникальный идентификатор записи, поле GUID2=GUID1,
- поля IDDOCT, KVAL, COD_MKB, DS1_PR, COD_MKB1 (DS2_N), PR_D_N, NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK не заполняются,
- поля TARIF, DATE_TAR, SUM_K, SUMV не заполняются,
- в поле P_OTK указывается значение «1».

9.3. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев профилактического медицинского осмотра по причине отказа застрахованного лица от осмотра терапевтом, входящего в объем профилактического медицинского осмотра и являющегося обязательным, подаются отдельными записями: посещение к терапевту, и одна итоговая запись по случаю профилактического медицинского осмотра без указания тарифа. В обеих записях файла персонифицированного учета медицинских услуг случаю профилактического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения
COD_SPEC	Код специалиста, от осмотра которого был отказ	Код специальности случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения
TARIF	Не заполняется	Не заполняется
DATE_TAR	Не заполняется	Не заполняется
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 43-45 из справочника V009.DBF (Код 1-3 из справочника V017) При невозможности присвоения группы здоровья следует указывать значение «0».
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения
		При значении поля RSLT=0 (RSLT_D=0) следует указывать значение «0».
MEDUS_ID	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что профилактический медицинский осмотр прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код специальности случая проф. медосмотра взрослого населения (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1807}.	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что профилактический медицинский осмотр прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
IDDOCT	Код медработника, от осмотра которого был отказ. Может не заполняться.	Код медработника (терапевта), от заключительного осмотра которого был отказ. Может не заполняться.
KVAL	Квалификация медработника, от осмотра которого был отказ. Может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация медработника (терапевта), от заключительного осмотра которого был отказ. Может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю профилактического медицинского осмотра (GUID1 записи по случаю профилактического медицинского осмотра)	= GUID1 записи
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. Должно быть равно «1».	Признак отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра в целом. Должно быть равно «0».
NAZR	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате профилактического медицинского осмотра. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения
		указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

В поле MEDUS_ID элементы должны следовать друг за другом без пробелов.

Отдельно обращаем внимание на то, что во всех записях по случаю медицинского осмотра поле DELETED принимает одинаковое значение:

- DELETED=0 – для оплачиваемых случаев медицинского осмотра;
- DELETED=3 – для случаев медицинского осмотра, снятых с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=5 – для случаев медицинского осмотра, снятых с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=7 – для незаконченных (незавершенных) и неоплачиваемых случаев медицинского осмотра по причине отказа застрахованного лица от прохождения медицинского осмотра в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований).

Раздел 2. Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних.

1. Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнего может быть проведен только в той медицинской организации, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи. В файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области, и для лиц, застрахованных на территории других субъектов РФ, профилактические медицинские осмотры могут подавать только те медицинские организации, которые являются фондодержателями. При этом в файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области COD_LPU=ATTACH_VIS (кроме новорожденных до государственной регистрации рождения, медицинская помощь которых оплачивается по полису представителя).

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего.

Также подлежат учету и включению в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченные (незавершенные) неоплачиваемые случаи по причине отказа от прохождения застрахованным лицом профилактического медицинского осмотра как в целом, так и от отдельных осмотров специалистами с отметкой об отказе. При этом осмотры, от которых был отказ, считаются невыполненными. Под отказом несовершеннолетнего застрахованного лица от медицинских вмешательств (отдельных осмотров или профилактического медицинского осмотра в целом) понимается отказ как самого лица, так и его законных представителей.

В файл персонифицированного учета медицинских услуг включаются только выполненные осмотры специалистами и невыполненные осмотры по причине отказа застрахованного лица от их прохождения. Невыполненные осмотры специалистами по иным причинам, кроме отказа застрахованного лица, в файл персонифицированного учета медицинских услуг не включаются.

2.1. Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнего («I этапа» или «I и II этапа») является завершенным (законченным) и подлежит оплате в случае:

- для «I этапа»: проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, входящих в объем профилактического медицинского осмотра первого этапа для данного возраста и пола застрахованного;

- для «I и II этапа»: проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, входящих в объем профилактического медицинского осмотра первого этапа для данного возраста и пола застрахованного, и проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, назначенных по результатам первого этапа.

Тарифы (коды специальностей) на оплату медицинской помощи по законченному случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=4} и {DISP_LEVEL=1}), или I и II этапов (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=4} и {DISP_LEVEL=2}).

Действующие на момент оказания медицинской помощи тарифы определяются по справочнику TARIF.DBF.

2.2. Случай профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего считается незаконченным (незавершенным) и не подлежит оплате, но при этом включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг, при условии:

- отказа от прохождения застрахованным лицом профилактического медицинского осмотра в целом;
- отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами), входящих в объем профилактического медицинского осмотра первого этапа;
- отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами) второго этапа профилактического медицинского осмотра, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа.

При включении в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченных случаев профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних используются коды специальностей, определенные для законченных случаев профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних.

3.В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной половозрастной группы:

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (age_disp)	Возрастные группы, в которых несовершеннолетний может пройти профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для конкретного возрастного периода	Пол	Список специалистов
Новорожденный (age_disp=0.00)	0 мес., 1 мес.	м	1
		ж	1
1 месяц (age_disp=0.01)	0 мес., 1 мес., 2 мес.	м	1,2,3,4
		ж	1,2,3,4
2 месяца (age_disp=0.02)	1 мес., 2 мес., 3 мес.	м	1
		ж	1
3 месяца (age_disp=0.03)	2 мес., 3 мес., 4 мес.	м	1,2,6
		ж	1,2,6
4 месяца (age_disp=0.04)	3 мес., 4 мес., 5 мес.	м	1
		ж	1
5 месяцев (age_disp=0.05)	4 мес., 5 мес., 6 мес.	м	1
		ж	1
6 месяцев (age_disp=0.06)	5 мес., 6 мес., 7 мес.	м	1,2,4
		ж	1,2,4
7 месяцев (age_disp=0.07)	6 мес., 7 мес., 8 мес.	м	1
		ж	1
8 месяцев (age_disp=0.08)	7 мес., 8 мес., 9 мес.	м	1
		ж	1
9 месяцев (age_disp=0.09)	8 мес., 9 мес., 10 мес.	м	1
		ж	1

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (age_disp)	Возрастные группы, в которых несовершеннолетний может пройти профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для конкретного возрастного периода	Пол	Список специалистов
10 месяцев (age_disp=0.10)	9 мес., 10 мес., 11 мес.	м	1
		ж	1
11 месяцев (age_disp=0.11)	10 мес., 11 мес., 12 мес.	м	1
		ж	1
12 месяцев (1 год) (age_disp=1.00)	11 мес., 12 мес., 1 год и 1 мес., 1 год и 2 мес., 1 год и 3 мес., 1 год и 4 мес., 1 год и 5 мес.	м	1,2,3,4,5,9
		ж	1,2,3,4,5,9
1 год 3 месяца (age_disp=1.03)	1 год и 2 мес., 1 год и 3 мес., 1 год и 4 мес.	м	1
		ж	1
1 год 6 месяцев (age_disp=1.06)	1 год и 5 мес., 1 год и 6 мес., 1 год и 7 мес.	м	1
		ж	1
1 год 9 месяцев (age_disp=1.09)	1 год и 8 мес., 1 год и 9 мес., 1 год и 10 мес.	м	1
		ж	1
2 года (age_disp=2.00)	1 год и 11 мес., 2 года, 2 года и 1 мес.	м	1,9
		ж	1,9
2 года 6 месяцев (age_disp=2.06)	2 года и 5 мес., 2 года и 6 мес., 2 года и 7 мес.	м	1
		ж	1
3 года (age_disp=3.00)	3 года	м	1,2,3,4,5,8,9
		ж	1,2,3,4,5,7,9
4 года (age_disp=4.00)	4 года	м	1,4
		ж	1,4
5 лет (age_disp=5.00)	5 лет	м	1,4
		ж	1,4
6 лет (age_disp=6.00)	6 лет	м	1,2,3,9
		ж	1,2,3,9
7 лет (age_disp=7.00)	7 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9
8 лет (age_disp=8.00)	8 лет	м	1
		ж	1
9 лет (age_disp=9.00)	9 лет	м	1
		ж	1
10 лет (age_disp=10.00)	10 лет	м	1,2,3,4,5,6,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,9,10
11 лет (age_disp=11.00)	11 лет	м	1,3,4
		ж	1,3,4
12 лет (age_disp=12.00)	12 лет	м	1,8
		ж	1,7
13 лет (age_disp=13.00)	13 лет	м	1
		ж	1
14 лет (age_disp=14.00)	14 лет	м	1,2,3,5,8,9,10
		ж	1,2,3,5,7,9,10
15 лет (age_disp=15.00)	15 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10
16 лет (age_disp=16.00)	16 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10
17 лет (age_disp=17.00)	17 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (дет) (код 1417), или педиатр участковый (дет) (код 117), или врач общей практики (взр) (код 70), или врач общей практики (дет) (код 2125) (далее – педиатр).
2. Невролог (дет) (код 127).
3. Офтальмолог (дет) (код 123).
4. Детский хирург (код 133).
5. Оториноларинголог (дет) (код 125).
6. Травматолог-ортопед (дет) (код 134).

7. Акушер-гинеколог (дет) (код 1372).
8. Детский уролог-андролог (код 1235), или уролог (взр) (код 82).
9. Детский стоматолог (код 160), или стоматолог (взр) (код 159).
10. Детский эндокринолог (код 219), или эндокринолог (взр) (код 218).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром. Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнего может проводить только врач.

В структуре тарифов на оплату медицинской помощи законченного случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних не предусмотрены расходы на проведение осмотра врачом - психиатром за счет средств ОМС. Недопустимо включать в файл персонифицированного учета медицинских услуг осмотра (или отказы от их прохождения) врачей «психиатрической» специальности (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {PSYCH=1}).

Для детей до 2 лет 6 месяцев (или до 2 лет и 7 месяцев при условии указания в MEDUS_ID элемента {age_disp=2.06}) включительно принадлежность к возрастной группе определяется месяцем окончания профилактического медицинского осмотра, в который он достигает определенного возраста. Для детей старше 2 лет 6 месяцев (или 2 лет и 7 месяцев) – годом окончания профилактического медицинского осмотра, в который он достигает определенного возраста.

В случае невозможности проведения профилактического медицинского осмотра ребенка в месяц достижения им возрастного периода, можно провести профилактический медицинский осмотр ранее или позднее в рамках возрастных групп, определенных для конкретного профилактического медицинского осмотра, при условии осмотра всеми специалистами, утвержденными перечнем исследований при проведении профилактических медицинских осмотров в этот возрастной период.

Датой начала этапа профилактического медицинского осмотра является дата первого осмотра специалистом (или дата отказа от осмотра специалистом) либо дата отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра в целом, датой окончания - дата заключительного осмотра педиатром (или дата отказа от заключительного осмотра педиатром) либо дата отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра в целом.

4. В поле P_ОТК указывается признак отказа: 0 – нет, 1 – да.

На записях по осмотрам указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от их прохождения. При этом дата отказа должна быть в рамках периода проведения профилактического медицинского осмотра.

На итоговой записи по случаю профилактического медицинского осмотра указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от прохождения профилактического медицинского осмотра в целом.

5. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 32 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена I группа здоровья».

б) 33 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена II группа здоровья».

в) 34 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена III группа здоровья».

г) 35 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена IV группа здоровья».

д) 36 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена V группа здоровья».

В поле RSLT_D для формата XML следует указывать следующие коды из справочника V017:

- а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

- б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».
- в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».
- г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».
- д) 5 – «Присвоена V группа здоровья».

Для незаконченных неоплачиваемых случаев профилактического медицинского осмотра при невозможности присвоения группы здоровья в поле RSLT (RSLT_D) следует указывать значение «0».

6. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

Для незаконченных неоплачиваемых случаев профилактического медицинского осмотра со значением «0» в поле RSLT (RSLT_D) в поле ISHOD следует указывать значение «0».

7. Поля NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK, характеризующие назначения в результате проведенного профилактического медицинского осмотра, на итоговой/тарифицируемой записи по случаю профилактического медицинского осмотра следует заполнять следующим образом:

Поле	Пояснения
NAZR	<p>Назначения.</p> <p>1 – направлен на консультацию в МО по месту прикрепления, 2 – направлен на консультацию в иную МО, 3 – направлен на обследование, 4 – направлен в дневной стационар, 5 – направлен на госпитализацию, 6 – направлен в реабилитационное отделение.</p> <p>Заполняется при назначениях в результате проведенного профилактического медицинского осмотра при присвоении группы здоровья, кроме I или II.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.</p>
NAZ_SP	<p>Специальность врача.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V015 (значение поля Code), если в NAZR проставлены коды 1 или 2.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Дубли значений не допускаются.</p>
NAZ_V	<p>Вид обследования:</p> <p>1 – лабораторная диагностика, 2 – инструментальная диагностика, 3 – методы лучевой диагностики.</p> <p>Заполняется, если в NAZR проставлен код 3.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.</p>
NAZ_PMP	<p>Профиль медицинской помощи.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V002, если в NAZR есть коды 4 или 5.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Дубли значений не допускаются.</p>
NAZ_PK	<p>Профиль койки.</p> <p>Заполняется в соответствии с классификатором V020 (из перечня «реабилитационных» профилей), если в NAZR проставлен код 6.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. <p>Дубли значений не допускаются.</p>

8.Профилактический медицинский осмотр включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания (дата заключительного осмотра педиатром или дата отказа от него) либо дата отказа от профилактического медицинского осмотра в целом.

8.1. При оплате законченного случая профилактического медицинского осмотра подаются отдельными записями все посещения к специалистам без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю профилактического медицинского осмотра. Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате профилактического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код тарифа по оплате случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 32-36 из справочника V009.DBF (Код 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра.	Не заполняется
MEDUS_ID	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в возрастном периоде G.MM {age_disp=G.MM}. - Код тарифа по оплате случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1812}.	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в возрастном периоде G.MM {age_disp=G.MM}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю профилактического медицинского осмотра (GUID1 записи по случаю медицинского осмотра)	= GUID1 записи
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом.	Заключительный диагноз по профилактическому медицинскому осмотру
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основным диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по профилактическому медицинскому осмотру основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. Для законченных случаев должно быть равно «0»	Признак отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра в целом. Для законченных случаев равно «0».

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
	(отказы не допускаются).	
NAZR	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да.	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая медицинского осмотра.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате профилактического медицинского осмотра. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

8.2. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев профилактического медицинского осмотра при отказе от профилактического медицинского осмотра в целом в файле персонифицированного учета медицинских услуг подается только одна итоговая запись по случаю профилактического медицинского осмотра. При этом:

- в поле COD_SPEC указывается код специальности случая профилактического медицинского осмотра («I этапа» или «I и II этапа»),
- в поле DATE_BEG, DATE_END, VISIT_DATE – дата отказа,
- в полях RSLT (RSLT_D), ISHOD – значение «0»,
- в поле VIDPOM – значение «12»,
- в поле MEDUS_ID – признак того, что отказ от профилактического медицинского осмотра, предусмотренного для детей в возрастном периоде G.MM {age_disp=G.MM},
- в поле GUID1 – уникальный идентификатор записи, поле GUID2=GUID1,
- поля IDDOCT, KVAL, LPU_FROM, COD_MKB, DS1_PR, COD_MKB1 (DS2_N), PR_D_N, NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK не заполняются,
- поля TARIF, DATE_TAR, SUM_K, SUMV не заполняются,
- в поле P_OTK указывается значение «1».

8.3. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев профилактического медицинского осмотра по причинам отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами), входящих в объем профилактического медицинского осмотра первого этапа, и (или) отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами) второго этапа, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа:

- все посещения к специалистам, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров специалистами), подаются отдельными записями и одна итоговая запись по случаю профилактического медицинского осмотра;

- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по случаю профилактического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код специальности случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
TARIF	Не заполняется	Не заполняется
DATE TAR	Не заполняется	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра педиатром или отказа от него
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 32-36 из справочника V009.DBF (Код 1-5 из справочника V017) При невозможности присвоения группы здоровья следует указывать значение «0».
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF). При значении поля RSLT=0 (RSLT_D=0) следует указывать значение «0».
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться.	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра педиатром может не заполняться.
KVAL	Квалификация специалиста, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено поле IDDOCT.	Квалификация педиатра, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра педиатром может не заполняться если не заполнено поле IDDOCT.
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения профилактического медицинского осмотра.	Не заполняется
MEDUS_ID	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в возрастном периоде G.MM {age_disp=G.MM}. - Код специальности случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1812}.	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в возрастном периоде G.MM {age_disp=G.MM}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
	При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю профилактического медицинского осмотра (GUID1 записи по случаю медицинского осмотра)	= GUID1 записи
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Заключительный диагноз по профилактическому медицинскому осмотру
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по профилактическому медицинскому осмотру основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	Признак отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра в целом. Должно быть равно «0».
NAZR	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При установленном признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая медицинского осмотра.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате профилактического медицинского осмотра. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

Во всех записях по профилактическому медицинскому осмотру в поле DATE_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом или дата отказа от него, либо дата отказа от профилактического медицинского осмотра в целом, в поле DATE_END – дата заключительного

осмотра педиатром или дата отказа от него, либо дата отказа от профилактического медицинского осмотра в целом. Поле УЕТ не заполняется, даже если осмотр был произведен стоматологом.

Отдельно обращаем внимание на то, что во всех записях по случаю медицинского осмотра поле DELETED принимает одинаковое значение:

- DELETED=0 – для оплачиваемых случаев медицинского осмотра;
- DELETED=3 – для случаев медицинского осмотра, снятых с оплаты по причине превышения объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=5 – для случаев медицинского осмотра, снятых с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=7 – для незаконченных (незавершенных) и неоплачиваемых случаев медицинского осмотра по причине отказа застрахованного лица от прохождения медицинского осмотра в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований).

Раздел 3. Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних.

1. Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего может быть проведен медицинской организацией любой организационно-правовой формы собственности, оказывающей первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетним, по заявлению несовершеннолетнего или его законного представителя.

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего.

Также подлежат учету и включению в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченные (незавершенные) неоплачиваемые случаи по причине отказа от прохождения застрахованным лицом предварительного медицинского осмотра как в целом, так и от отдельных осмотров специалистами с отметкой об отказе. При этом осмотры, от которых был отказ, считаются невыполненными. Под отказом несовершеннолетнего застрахованного лица от медицинских вмешательств (отдельных осмотров или предварительного медицинского осмотра в целом) понимается отказ как самого лица, так и его законных представителей.

В файл персонифицированного учета медицинских услуг включаются только выполненные осмотры специалистами и невыполненные осмотры по причине отказа застрахованного лица от их прохождения. Невыполненные осмотры специалистами по иным причинам, кроме отказа застрахованного лица, в файл персонифицированного учета медицинских услуг не включаются.

2.1. Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего является завершенным (законченным) и подлежит оплате в случае:

- для «I этапа»: проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, входящих в объем предварительного медицинского осмотра первого этапа для данного возраста и пола застрахованного;
- для «I и II этапа»: проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, входящих в объем предварительного медицинского осмотра первого этапа для данного возраста и пола застрахованного, и проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, назначенных по результатам первого этапа.

Тарифы (коды специальностей) на оплату медицинской помощи по законченному случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего установлены в зависимости от пола и типа образовательного учреждения, при поступлении в которое проводится предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего, для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=5} и {DISP_LEVEL=1}), или I и II этапов (коды специальностей в справочнике

SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=5} и {DISP_LEVEL=2}).

Действующие на момент оказания медицинской помощи тарифы определяются по справочнику TARIF.DBF.

2.2. Случай предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего считается незаконченным (незавершенным) и не подлежит оплате, но при этом включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг, при условии:

- отказа от прохождения застрахованным лицом предварительного медицинского осмотра в целом;
- отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами), входящих в объем предварительного медицинского осмотра первого этапа;
- отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами) второго этапа предварительного медицинского осмотра, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа.

При включении в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченных случаев предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних используются коды специальностей, определенные для законченных случаев предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних.

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной группы в зависимости от пола и типа образовательного учреждения, при поступлении в которое проводится предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего:

Типы образовательных учреждений	Пол	Список специалистов
Дошкольные образовательные учреждения	м	1,2,3,4,5,8,9
	ж	1,2,3,4,5,7,9
Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	м	1,2,3,4,5,6,8,9
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9
Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (код 1417) или педиатр участковый (код 117), или врач общей практики (взр) (код 70), или врач общей практики (дет) (код 2125) (далее – педиатр).
2. Невролог (дет) (код 127).
3. Офтальмолог (дет) (код 123).
4. Детский хирург (код 133).
5. Оториноларинголог (дет) (код 125).
6. Травматолог-ортопед (дет) (код 134).
7. Акушер-гинеколог (дет) (код 1372).
8. Детский уролог-андролог (код 1235) , или уролог (взр) (код 82).
9. Детский стоматолог (код 160) , или стоматолог (взр) (код 159).
10. Детский эндокринолог (код 219) , или эндокринолог (взр) (код 218).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром. Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего может проводить только врач.

В структуре тарифов на оплату медицинской помощи законченного случая предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних не предусмотрены расходы на проведение осмотра врачом - психиатром за счет средств ОМС. Недопустимо включать в файл персонифицированного учета медицинских услуг осмотры (или отказы от их прохождения)

врачей «психиатрической» специальности (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {PSYCH=1}).

Датой начала этапа предварительного медицинского осмотра является дата первого осмотра специалистом (или дата отказа от осмотра) либо дата отказа от предварительного медицинского осмотра в целом, датой окончания - дата заключительного осмотра педиатром (или дата отказа от заключительного осмотра педиатром) либо дата отказа от предварительного медицинского осмотра в целом.

4. В поле P_OTK указывается признак отказа: 0 – нет, 1 – да.

На записях по осмотрам указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от их прохождения. При этом дата отказа должна быть в рамках периода проведения предварительного медицинского осмотра.

На итоговой записи по случаю предварительного медицинского осмотра указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от прохождения предварительного медицинского осмотра в целом.

5. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 37 – «Проведен предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена I группа здоровья».

б) 38 – «Проведен предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена II группа здоровья».

в) 39 – «Проведен предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена III группа здоровья».

г) 40 – «Проведен предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена IV группа здоровья».

д) 41 – «Проведен предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена V группа здоровья».

В поле RSLT_D для формата XML следует указывать следующие коды из справочника V017:

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».

д) 5 – «Присвоена V группа здоровья».

Для незаконченных неоплачиваемых случаев предварительного медицинского осмотра при невозможности присвоения группы здоровья в поле RSLT (RSLT_D) следует указывать значение «0».

6. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

Для незаконченных неоплачиваемых случаев предварительного медицинского осмотра со значением «0» в поле RSLT (RSLT_D) в поле ISHOD следует указывать значение «0».

7. Поля NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK, характеризующие назначения в результате проведенного предварительного медицинского осмотра, на итоговой/тарифицируемой записи по случаю предварительного медицинского осмотра следует заполнять следующим образом:

Поле	Пояснения
NAZR	<p>Назначения.</p> <p>1 – направлен на консультацию в МО по месту прикрепления,</p> <p>2 – направлен на консультацию в иную МО,</p> <p>3 – направлен на обследование,</p> <p>4 – направлен в дневной стационар,</p> <p>5 – направлен на госпитализацию,</p> <p>6 – направлен в реабилитационное отделение.</p> <p>Заполняется при назначениях в результате проведенного предварительного медицинского осмотра при присвоении группы здоровья, кроме I или II.</p> <p>Если имеется одновременно несколько значений:</p>

Поле	Пояснения
	- в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.
NAZ_SP	Специальность врача. Заполняется в соответствии с классификатором V015 (значение поля Code), если в NAZR проставлены коды 1 или 2. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.
NAZ_V	Вид обследования: 1 – лабораторная диагностика, 2 – инструментальная диагностика, 3 – методы лучевой диагностики. Заполняется, если в NAZR проставлен код 3. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Значения проставляются в порядке возрастания, дубли не допускаются.
NAZ_PMP	Профиль медицинской помощи. Заполняется в соответствии с классификатором V002, если в NAZR есть коды 4 или 5. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.
NAZ_PK	Профиль койки. Заполняется в соответствии с классификатором V020 (из перечня «реабилитационных» профилей), если в NAZR проставлен код 6. Если имеется одновременно несколько значений: - в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X», - в файле формата XML формируется несколько элементов. Дубли значений не допускаются.

8. Предварительный медицинский осмотр включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания (дата заключительного осмотра педиатром или дата отказа от него) либо дата отказа от предварительного медицинского осмотра в целом.

8.1. При оплате законченного случая предварительного медицинского осмотра отдельными записями подаются все посещения к специалистам без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю предварительного медицинского осмотра.

Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате предварительного медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр.	Код тарифа по оплате случая предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 37-41 из справочника V009.DBF (Код 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр»

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
		(справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра.	Не заполняется
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1795}.	Не заполняется
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю медицинского осмотра (GUID1 итоговой записи по случаю медицинского осмотра)	= GUID1 записи
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом.	Заключительный диагноз по предварительному медицинскому осмотру
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по предварительному медицинскому осмотру основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. Для законченных случаев должно быть равно «0» (отказы не допускаются).	Признак отказа от прохождения предварительного медицинского осмотра в целом. Для законченных случаев равно «0».
NAZR	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да.	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая медицинского осмотра.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате предварительного медицинского осмотра. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
		«X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

8.2. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев предварительного медицинского осмотра при отказе от предварительного медицинского осмотра в целом в файле персонифицированного учета медицинских услуг подается только одна итоговая запись по случаю предварительного медицинского осмотра. При этом:

- в поле COD_SPEC указывается код специальности случая предварительного медицинского осмотра («I этапа» или «I и II этапа»),
- в поле DATE_BEG, DATE_END, VISIT_DATE – дата отказа,
- в полях RSLT (RSLT_D), ISHOD – значение «0»,
- в поле VIDPOM – значение «12»,
- в поле GUID1 – уникальный идентификатор записи, поле GUID2=GUID1,
- поля IDDOCT, KVAL, LPU_FROM, COD_MKB, DS1_PR, COD_MKB1 (DS2_N), PR_D_N, NAZR, NAZ_SP, NAZ_V, NAZ_PMP, NAZ_PK не заполняются,
- поля TARIF, DATE_TAR, SUM_K, SUMV не заполняются,
- в поле P_OTK указывается значение «1».

8.3. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев предварительного медицинского осмотра по причинам отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами), входящих в объем предварительного медицинского осмотра первого этапа, и (или) отказа застрахованного лица от отдельных видов медицинских вмешательств (осмотров специалистами) второго этапа, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа:

- все посещения к специалистам, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров специалистами), подаются отдельными записями и одна итоговая запись по случаю предварительного медицинского осмотра;
- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по случаю предварительного медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код специальности случая предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
TARIF	Не заполняется	Не заполняется
DATE_TAR	Не заполняется	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра педиатром или отказа от него
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 37-41 из справочника V009.DBF (Код 1-5 из справочника V017) При невозможности присвоения группы здоровья следует указывать значение «0».
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF). При значении поля RSLT=0 (RSLT_D=0) следует указывать значение «0».

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться.	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра педиатром может не заполняться.
KVAL	Квалификация специалиста, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено поле IDDOCT.	Квалификация педиатра, проводившего заключительный осмотр. При отказе от заключительного осмотра педиатром может не, заполняться если не заполнено поле IDDOCT.
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения предварительного медицинского осмотра.	Не заполняется
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код специальности случая предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1795}.	Не заполняется
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю медицинского осмотра (GUID1 итоговой записи по случаю медицинского осмотра)	= GUID1 записи
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Заключительный диагноз по предварительному медицинскому осмотру
DS1_PR	Обязательно указывается «1», если основной диагноз, поставленный специалистом, установлен впервые.	Обязательно указывается «1», если указанный заключительный по предварительному медицинскому осмотру основной диагноз установлен впервые.
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	Признак отказа от прохождения предварительного медицинского осмотра в целом. Должно быть равно «0».
NAZR	Не заполняется	Назначения.
NAZ_SP	Не заполняется	Специальность врача. Если в NAZR проставлены коды 1 или 2.
NAZ_V	Не заполняется	Вид обследования. Если в NAZR проставлен код 3.
NAZ_PMP	Не заполняется	Профиль медицинской помощи. Если в NAZR проставлены коды 4 или 5.
NAZ_PK	Не заполняется	Профиль койки. Если в NAZR проставлен код 6.
PR_D_N	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. При установленном признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру в рамках данного случая медицинского осмотра.
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
		<p>необходимости признака «впервые выявленного» в результате предварительного медицинского осмотра.</p> <p>В файле формата DBF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: $D_n \sim F=1$, где D_n – код диагноза, \sim – символ-разделитель, $F=1$ – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D_n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». <p>В файле формата XML:</p> <ul style="list-style-type: none"> - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

Во всех записях по предварительному медицинскому осмотру в поле DATE_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом (или дата отказа от осмотра) либо дата отказа от предварительного медицинского осмотра в целом, в поле DATE_END – дата заключительного осмотра педиатром (или дата отказа от заключительного осмотра педиатром) либо дата отказа от предварительного медицинского осмотра в целом. Поле YET не заполняется, даже если осмотр был произведен стоматологом.

Отдельно обращаем внимание на то, что во всех записях по случаю медицинского осмотра поле DELETED принимает одинаковое значение:

- DELETED=0 – для оплачиваемых случаев медицинского осмотра;
- DELETED=3 – для случаев медицинского осмотра, снятых с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=5 – для случаев медицинского осмотра, снятых с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=7 – для незаконченных (незавершенных) и неоплачиваемых случаев медицинского осмотра по причине отказа застрахованного лица от прохождения медицинского осмотра в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований).

Раздел 4. Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних.

1. Периодический медицинский осмотр несовершеннолетнего может быть проведен медицинской организацией любой организационно-правовой формы собственности, оказывающей первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетним.

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего.

Также подлежат учету и включению в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченные (незавершенные) неоплачиваемые случаи по причине отказа от прохождения застрахованным лицом периодического медицинского осмотра как в целом, так и от отдельных осмотров специалистами с отметкой об отказе. При этом осмотры, от которых был отказ, считаются невыполненными. Под отказом несовершеннолетнего застрахованного

лица от медицинских вмешательств (отдельных осмотров или периодического медицинского осмотра в целом в целом) понимается отказ как самого лица, так и его законных представителей.

В файл персонифицированного учета медицинских услуг включаются только выполненные осмотры специалистами и невыполненные осмотры по причине отказа застрахованного лица от их прохождения. Невыполненные осмотры специалистами по иным причинам, кроме отказа застрахованного лица, в файл персонифицированного учета медицинских услуг не включаются.

2.1. Периодический медицинский осмотр несовершеннолетнего является завершенным (законченным) и подлежит оплате в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, входящих в объем периодического медицинского осмотра.

Тарифы (коды специальностей) на оплату медицинской помощи по законченному случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего установлены в зависимости от пола и типа образовательного учреждения, при обучении в котором он проводится, для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=6} и {DISP_LEVEL=1}).

Действующие на момент оказания медицинской помощи тарифы определяются по справочнику TARIF.DBF.

2.2. Случай периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего считается незаконченным (незавершенным) и не подлежит оплате, но при этом включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг, при условии:

- отказа от прохождения застрахованным лицом периодического медицинского осмотра в целом;
- отказа застрахованного лица от осмотра педиатром, входящего в объем периодического медицинского осмотра и являющегося обязательным.

При включении в файл персонифицированного учета медицинских услуг незаконченных случаев периодического медицинского осмотра несовершеннолетних используются коды специальностей, определенные для законченных случаев периодического медицинского осмотра несовершеннолетних.

3. Периодический медицинский осмотр несовершеннолетнего проводит педиатр (код 1417) или педиатр участковый (код 117), или врач общей практики (взр) (код 70), или врач общей практики (дет) (код 2125) (далее – педиатр) в должности врача. При этом возможен только один осмотр у специалиста.

4. В поле P_OTK указывается признак отказа: 0 – нет, 1 – да.

На записи по осмотру педиатром указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от его прохождения. При этом дата отказа должна быть в рамках периода проведения периодического медицинского осмотра.

На итоговой записи по случаю периодического медицинского осмотра указывается значение «1» в случае отказа застрахованным лицом от прохождения периодического медицинского осмотра в целом.

5. В поле RSLT для формата DBF следует указывать код результата обращения (справочник V009.DBF) 42 «Проведен периодический медицинский осмотр несовершеннолетнему».

В поле RSLT_D для формата XML следует указывать код из справочника V017: 7 «Проведен периодический медицинский осмотр несовершеннолетнему».

Для незаконченных неоплачиваемых случаев периодического медицинского осмотра при невозможности присвоения группы здоровья в поле RSLT (RSLT_D) допустимо указывать значение «0».

6. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

Для незаконченных неоплачиваемых случаев периодического медицинского осмотра со значением «0» в поле RSLT (RSLT_D) в поле ISHOD следует указывать значение «0».

7. Периодический медицинский осмотр включается в файл персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает осмотр педиатром (или отказ от него) либо отказа от периодического медицинского осмотра в целом.

7.1. При оплате законченного случая периодического медицинского осмотра подаются отдельными записями: посещение к педиатру без указания тарифа, и одна тарифицированная запись по законченному случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего.

В обеих записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая периодического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код тарифа по оплате случая периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая периодического медицинского осмотра
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая периодического медицинского осмотра
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 42 из справочника V009.DBF (Код 7 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1789}.	Не заполняется
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю медицинского осмотра (GUID1 записи случая медицинского осмотра)	= GUID1 записи
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате периодического медицинского осмотра. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»;

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего
		- если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

7.2. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев периодического медицинского осмотра при отказе от периодического медицинского осмотра в целом в файле персонифицированного учета медицинских услуг подается только одна итоговая запись по случаю периодического медицинского осмотра. При этом:

- в поле COD_SPEC указывается код специальности случая периодического медицинского осмотра,
- в поле DATE_BEG, DATE_END, VISIT_DATE – дата отказа,
- в полях RSLT (RSLT_D), ISHOD – значение «0»,
- в поле VIDPOM – значение «12»,
- в поле GUID1 – уникальный идентификатор записи, поле GUID2=GUID1,
- поля IDDOCT, KVAL, LPU_FROM, COD_MKB, DS1_PR, COD_MKB1 (DS2_N), PR_D_N не заполняются,
- поля TARIF, DATE_TAR, SUM_K, SUMV не заполняются,
- в поле P_OTK указывается значение «1».

7.3. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев периодического медицинского осмотра по причине отказа застрахованного лица от осмотра педиатром, входящего в объем периодического медицинского осмотра и являющегося обязательным, подаются отдельными записями без указания тарифа: отказ от осмотра педиатром и одна итоговая запись по случаю предварительного медицинского осмотра. Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по случаю предварительного медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	Код специальности случая периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего
TARIF	Не заполняется	Не заполняется
DATE_TAR	Не заполняется	Не заполняется
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 42 из справочника V009.DBF (Код 7 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код специальности случая периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1789}.	Не заполняется
IDDOCT	Код медработника, от осмотра которого был отказ. Может не заполняться.	Код медработника (педиатра), от заключительного осмотра которого был отказ. Может не заполняться.
KVAL	Квалификация медработника, от осмотра которого был отказ. Может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	Квалификация медработника (педиатра), от заключительного осмотра которого был отказ. Может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности. При признаке отказа P_OTK=1 – может не	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего
	заполняться, если не заполнено IDDOCT.	
GUID1	Уникальный идентификатор записи	Уникальный идентификатор записи
GUID2	Ссылка на итоговую запись по случаю медицинского осмотра (GUID1 записи случая медицинского осмотра)	= GUID1 записи
P_OTK	Признак отказа от осмотра специалистом: 0 – нет, 1 – да. Должно быть равно «1».	Признак отказа от прохождения периодического медицинского осмотра в целом. Должно быть равно «0».
COD_MKB1 (DS2_N)	Не заполняется	Сопутствующие заболевания. Указываются коды диагнозов всех сопутствующих заболеваний с указанием при необходимости признака «впервые выявленного» в результате периодического медицинского осмотра. В файле формата DBF: - каждый из сопутствующих диагнозов указывается по шаблону: D _n ~F=1, где D _n – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D _n – код диагноза; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то заполняется по шаблону «X_X_X». В файле формата XML: - код каждого из сопутствующих диагнозов указывается в поле DS2, если он установлен впервые, то в поле DS2_PR указывается «1»; - если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.

Отдельно обращаем внимание на то, что во всех записях по случаю медицинского осмотра поле DELETED принимает одинаковое значение:

- DELETED=0 – для оплачиваемых случаев медицинского осмотра;
- DELETED=3 – для случаев медицинского осмотра, снятых с оплаты по причине превышения объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=5 – для случаев медицинского осмотра, снятых с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- DELETED=7 – для незаконченных (незавершенных) и неоплачиваемых случаев медицинского осмотра по причине отказа застрахованного лица от прохождения медицинского осмотра в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований).

