

Приложение 5  
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 при проведении 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 3 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 № 869н от 26.10.2017. Учет незаконченных (незавершенных) и неоплачиваемых случаев также ведется в соответствии с приказом Минздрава РФ № 869н от 26.10.2017.

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/или вне рамок диспансеризации и учитываемые в соответствии приказом Минздрава РФ № 869н от 26.10.2017) 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 (проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года) 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) или признаков выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации 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 мероприятий I этапа, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года, вместе с итоговой записью по случаю диспансеризации передается перечень осмотров/исследований в объеме, предусмотренном положениями приказа Минздрава РФ № 869н от 26.10.2017 для данного возраста и пола застрахованного, с указанием при необходимости признаков отказов от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований) или признаков выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации 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 (проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года или 1 раз в 2 года) вместе с итоговой записью по случаю диспансеризации передается полный перечень осмотров/исследований из числа возможных, необходимость проведения которых определена по результатам первого этапа диспансеризации (проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года или 1 раз в 2 года соответственно), с указанием при необходимости признаков отказов от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований) или признаков выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации 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, проводимый с периодичностью 1 раз в 3 года, 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, проводимый с периодичностью 1 раз в 3 года, оплачивается по тарифам по законченному случаю диспансеризации, если число осмотров и исследований, выполненных ранее и/или вне рамок диспансеризации и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного. При этом, процент проведенных ранее и/или вне рамок диспансеризации осмотров/исследований определяется отношением количества осмотров/исследований, выполненных ранее и/или вне рамок диспансеризации, к общему количеству осмотров/исследований, установленных для данного возраста и пола застрахованного.

2.1.2. Если число осмотров и исследований, выполненных ранее и/или вне рамок диспансеризации 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, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, 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}, {DISP\_PERIOD=3} и нет элемента DETAIL).

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

2.2. Случай первого этапа диспансеризации, проводимого с периодичностью 1 раз в 2 года, оплачивается по выполненным в рамках диспансеризации осмотрам специалистами и исследованиям, установленным для данного пола и возраста застрахованного, 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 первого этапа диспансеризации взрослого населения, проводимого с периодичностью 1 раз в 2 года, (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1}, {DISP\_LEVEL=2}, {DISP\_PERIOD=2} и нет элемента DETAIL):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.взр.нас. (I эт) (1 раз в 2 года) (ж)	2262
2	Случай дисп.взр.нас. (I эт) (1 раз в 2 года) (м)	2263

2.3. Случай второго этапа диспансеризации, проводимый с периодичностью 1 раз в 3 года или 1 раз в 2 года, оплачивается по выполненным в рамках диспансеризации осмотрам специалистами и исследованиям, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа (проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года или 1 раз в 2 года соответственно), при условии выполнения минимального объема обследований (не менее двух различных осмотров/исследований, кроме углубленного профилактического консультирования) и обязательного заключительного осмотра терапевтом. Исключения составляют случаи проведения на втором этапе только углубленного профилактического консультирования, когда осмотр врачом-терапевтом не проводится.

В настоящее время определены:

- коды специальностей, соответствующие случаю второго этапа диспансеризации взрослого населения, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1}, {DISP\_LEVEL=2}, {DISP\_PERIOD=3} и нет элемента DETAIL):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.взр.нас. (II эт) (ж)	2264
2	Случай дисп.взр.нас. (II эт) (м)	2265

- коды специальностей, соответствующие случаю второго этапа диспансеризации взрослого населения, проводимого с периодичностью 1 раз в 2 года, (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1}, {DISP\_LEVEL=2}, {DISP\_PERIOD=2} и нет элемента DETAIL):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.взр.нас. (II эт) (1 раз в 2 года) (ж)	2266
2	Случай дисп.взр.нас. (II эт) (1 раз в 2 года) (м)	2267

2.4. Случай диспансеризации первого этапа, проводимый с периодичностью 1 раз в 3 года, 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.

2.5. Случай диспансеризации первого этапа, проводимый с периодичностью 1 раз в 2 года, 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. При этом при включении в файл персонифицированного учета медицинских услуг используются коды специальностей, определенные для случаев диспансеризации первого этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 2 года.

2.6. Случай диспансеризации второго этапа, проводимый с периодичностью 1 раз в 2 года или 1 раз в 3 года, 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)	Возможность учитывать проведенные ранее и/или вне рамок диспансеризации
1	I эт.дисп. Антропометрический расчет индекса массы тела	1984	+
2	I эт.дисп. Измерение артериального давления	1985	+
3	I эт.дисп. Измерение внутриглазного давления	1986	+
4	I эт.дисп. Исследование кала на скрыт.кровь иммунохим.мет.	1987	+
5	I эт.дисп. Определение уровня глюкозы в крови (доп.эксп.-мет.)	2236	+
6	I эт.дисп. Маммография обеих молочных желез	1991	+
7	I эт.дисп. Определение уровня общ.холест.в крови(доп.эксп.-мет.)	2237	+
8	I эт.дисп. Осмотр фельдшером(акушеркой)(цитолог.исслед.)	1994	+
9	I эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта (1р.в 3 года)	2238	—
10	I эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта (1р.в 2 года)	2239	—
11	I эт.дисп. Флюорография легких	1997	+
12	I эт.дисп. Электрокардиография (в покое)	1998	+
13	I эт.дисп. Опрос (анкетирование)	1999	—
14	I эт.дисп. Определение абс. сумм. сердечно-сосудистого риска	2056	+
15	I эт.дисп. Определение отн. сумм. сердечно-сосудистого риска	2055	+
16	I эт.дисп. Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови	2240	+
17	I эт.дисп. Индивидуальное профилактическое консультирование	2280	+

Объемы диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 3 года, установлены по половозрастным группам I этапа следующим образом:

Пол	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
ж	21,24,27	13, 1, 2, 5, 7, 15, 11, 9, 17
ж	30,33,36	13, 1, 2, 5, 7, 15, 11, 8, 9, 17
ж	39	13, 1, 2, 5, 7, 15, 11, 6, 8, 9, 17
ж	42	13, 1, 2, 5, 7, 14, 11, 6, 8, 9, 17
ж	45,48,54	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 6, 8, 9, 17

Пол	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
ж	51,57	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 4, 8, 9, 17
ж	60	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 6, 8, 3, 9, 17
ж	63	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 4, 3, 9, 17
ж	66	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 6, 3, 9, 17
ж	69	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 4, 3, 9, 17
ж	72	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 3, 9, 17
ж	75,78,81,84	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 3, 9
ж	87,90,93,96,99	13, 1, 2, 5, 12, 11, 3, 9
м	21,24,27,30,33	13, 1, 2, 5, 7, 15, 11, 9, 17
м	36,39	13, 1, 2, 5, 7, 15, 12, 11, 9, 17
м	42,48,54	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 9, 17
м	45	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 16, 9, 17
м	51	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 4, 16, 9, 17
м	57	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 4, 9, 17
м	60	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 3, 9, 17
м	63	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 4, 3, 9, 17
м	66,72	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 3, 9, 17
м	69	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 4, 3, 9, 17
м	75,78,81,84	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 3, 9
м	87,90,93,96,99	13, 1, 2, 5, 12, 11, 3, 9

При этом возможно только однократное указание исследования / осмотра у специалиста. Обязательным является проведение анкетирования и осмотр у терапевта.

Объемы диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года, установлены по половозрастным группам I этапа следующим образом:

Пол	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
ж	49,53,55,59,61,65,67,71,73	4, 10
ж	50,52,56,58,62,64,68,70	6, 10
м	49,53,55,59,61,65,67,71,73	4, 10

На II этапе диспансеризации проводится не менее двух различных осмотров специалистами/исследований (осмотры/исследования, отмеченные < >, являются взаимозаменяемыми и не считаются различными), при этом обязательным является заключительный осмотр терапевтом, но не более того количества специалистов/исследований, которое определено для конкретной половозрастной группы. Исключения составляют случаи проведения на втором этапе только углубленного профилактического консультирования, когда осмотр врачом-терапевтом не проводится.

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)	Возможность учитывать проведенные ранее и/или вне рамок диспансеризации
1	II эт.дисп. Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	2002	+

в ред. приказов Министерства здравоохранения Челябинской области и ТФОМС 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 03.04.2017г. № 600/238, от 17.05.2017г. №902/375, от 02.06.2017г. №1006/424, от 31.07.2017г. №1428/593/1, от 03.10.2017г. №1805/804, от 03.11.2017г. №2031/937, от 13.12.2017г. №2311/1113, от 07.02.2018г. №255/59, от 01.03.2018г. №396/168, от 05.04.2018г. №644/285

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)	Возможность учитывать проведенные ранее и/или вне рамок диспансеризации
2	II эт.дисп. Колоноскопия/ректороманоскопия	2003	+
3	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-оториноларинголога	2006	+
4	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-акушера-гинеколога	2007	+
5	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-невролога	2008	+
6	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-офтальмолога	2009	+
7	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-колопроктолога(хирурга)	2010	+
8	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-уролога (хирурга)	2011	+
<9>	II эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта	2012	—
10	II эт.дисп. Спирометрия	2013	+
11*	II эт.дисп. Индив. или групповое углуб.проф.консультирование	2270	—
<12*>	II эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта (вкл.инд.или групп.углублен.проф.консультирование)	2261	—

Осмотры специалистами/исследования распределены по половозрастным группам II этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, следующим образом:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов/исследований	
		Объем, предусмотренный для половозрастной группы	В случае проведения на втором этапе только углубленного профилактического консультирования
21,24,27	м	10, <9,12>	11
	ж	10, <9,12>	11
30,33,36,39,42	м	10, <9,12>	11
	ж	10, 4, <9,12>	11
45	м	1, 8, 10, <9,12>	11
	ж	4, 10, <9,12>	11
48	м	1, 10, <9,12>	11
	ж	10, 4, <9,12>	11
51	м	1, 8, 7, 2, 10, <9,12>	11
	ж	7, 2, 10, <9,12>	11
54	м	1, 10, <9,12>	11
	ж	1, 10, 4, <9,12>	11
57	м	1, 7, 2, 10, <9,12>	11
	ж	1, 7, 2, 10, <9,12>	11
60,66	м	1, 10, 6, <9,12>	11
	ж	1, 10, 4, 6, <9,12>	11
63,69	м	1, 7, 2, 10, 6, <9,12>	11
	ж	1, 7, 2, 10, 6, <9,12>	11
72	м	1, 10, 6, <9,12>	11
	ж	1, 10, 6, <9,12>	11
75,78,81,84,87	м	5, 1, 7, 10, 3, 6, <9,12>	11
	ж	5, 1, 7, 10, 3, 6, <9,12>	11
90	м	5, 1, 10, 3, 6, <9,12>	11
	ж	5, 1, 10, 3, 6, <9,12>	11
93,96,99	м	5, 10, 3, 6, <9,12>	11
	ж	5, 10, 3, 6, <9,12>	11

Осмотры специалистами/исследования распределены по половозрастным группам II этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 2 года, следующим образом:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов/исследований
49,53,55,59,61,65,67,71,73	м	7, 2, 9
	ж	7, 2, 9
50, 52,56,58,62,64,68,70	ж	4, 9

Кратность осмотров специалистами/ исследований на II этапе может быть любой (кроме отмеченных \*, для них допускается кратность не более 1).

Мероприятия (осмотры/исследования), указанные в < >, являются взаимозаменяемыми в объеме диспансеризации.

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 при проведении на втором этапе только углубленного профилактического консультирования по дате его проведения, 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 при проведении на втором этапе только углубленного профилактического консультирования дата его проведения) либо дата отказа от диспансеризации в целом. При этом, для первого этапа диспансеризации, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, 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. Мероприятия (осмотры/исследования) по диспансеризации, проводимые 1 раз в 2 года, определены для некоторых возрастных категорий в промежутках между указанными возрастными периодами проведения диспансеризации 1 раз в 3 года.

4. Признаки отказов и признаки выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований).

4.1. 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.

4.2. В поле DISP\_OUT указывается признак выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований): 0 – нет, 1 – да.

На записях по осмотрам/исследованиям указывается значение «1», если осмотр/исследование, учитываемое при проведении диспансеризации, выполнено ранее и/или вне рамок диспансеризации. Осмотры/исследования, проведение которых обязательно при диспансеризации не могут быть выполнены ранее и/или вне рамок диспансеризации.

4.3. Одновременное установление признаков Р\_ОТК=1 и DISP\_OUT=1 не допускается.

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	Назначения. 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,



Поле	Пояснения
	<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"> <li>- в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X»,</li> <li>- в файле формата XML формируется несколько элементов.</li> </ul> <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"> <li>- в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X»,</li> <li>- в файле формата XML формируется несколько элементов.</li> </ul> <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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X»,</li> <li>- в файле формата XML формируется несколько элементов.</li> </ul> <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"> <li>- в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X»,</li> <li>- в файле формата XML формируется несколько элементов.</li> </ul> <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"> <li>- в файле формата DBF заполняется по шаблону «X_X_X»,</li> <li>- в файле формата XML формируется несколько элементов.</li> </ul> <p>Дубли значений не допускаются.</p>

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 при проведении на втором этапе только углубленного профилактического консультирования дата его проведения) либо дата отказа от диспансеризации в целом.

8.1. При оплате первого этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, по тарифам по законченному случаю диспансеризации (если число осмотров и исследований, выполненных ранее и/или вне рамок диспансеризации 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.	Код исследования. При признаке отказа	Код тарифа по оплате случая диспансеризации

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
	При признаке отказа P_OTK=1 – код специалиста, от осмотра которого был отказ.	P_OTK=1 – код исследования, от которого был отказ.	
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. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. 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)
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 по 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=2194}.	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=2194}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи:	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
	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.		
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, 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 для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
			<p>впервые, то для него указывается только D<sub>n</sub> – 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 значение «1»,</p> <p>- если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.</p>
DISP_OUT	Признак выполнения осмотра специалистом ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Признак выполнения исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Не заполняется

8.2. Если на первом этапе диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 3 года, число осмотров и исследований, выполненных ранее и/или вне рамок диспансеризации 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 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	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%). При признаке выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации DISP_OUT=1 – не заполняется. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Тариф на исследование (всегда 100%). При признаке выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации DISP_OUT=1 – не заполняется. При признаке отказа P_OTK=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. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим	Код диагноза при проведении исследования.	Заключительный диагноз по диспансеризации

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	специалистом. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	
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 по 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 случая диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=2194}.	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=2194}.	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

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
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 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 для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D <sub>n</sub> – 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.
DISP_OUT	Признак выполнения осмотра специалистом ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Признак выполнения исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Не заполняется

8.3. При оплате случая диспансеризации первого этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 2 года:

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями с указанием тарифа для выполненных в рамках диспансеризации 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 исследования, от которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%). При признаке выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации DISP_OUT=1 – не заполняется. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Тариф на исследование (всегда 100%). При признаке выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации DISP_OUT=1 – не заполняется. 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.	Дата проведения исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом.
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осматрившим 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)
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	Код медицинской	Не заполняется

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	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.	организации, в которой проводилось исследование. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для оказания услуг по проведению указанного исследования по 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: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код специальности по случаю диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=2262}.	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=2262}.	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 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
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».



Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю 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.
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 для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D <sub>n</sub> – 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.
DISP_OUT	Признак выполнения осмотра специалистом ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Признак выполнения исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Не заполняется

8.4. При оплате случая диспансеризации второго этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 2 года или 1 раз в 3 года:

в ред. приказов Министерства здравоохранения Челябинской области и ТФОМС 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 03.04.2017г. № 600/238, от 17.05.2017г. №902/375, от 02.06.2017г. №1006/424, от 31.07.2017г. №1428/593/1, от 03.10.2017г. №1805/804, от 03.11.2017г. №2031/937, от 13.12.2017г. №2311/1113, от 07.02.2018г. №255/59, от 01.03.2018г. №396/168, от 05.04.2018г. №644/285

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями с указанием тарифа для выполненных в рамках диспансеризации 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 исследования, от которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%). При признаке выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации DISP_OUT=1 – не заполняется. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Тариф на исследование (всегда 100%). При признаке выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации DISP_OUT=1 – не заполняется. 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.	Дата проведения исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом или при проведении только углубленного профилактического консультирования дата его проведения.
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осматрившим 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, или при проведении только углубленного профилактического консультирования код специалиста, проводившего его.
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 по диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста,	Квалификация	Квалификация терапевта,

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не заполнено IDDOCT.	медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	проводившего заключительный осмотр, или при проведении только углубленного профилактического консультирования квалификация специалиста, проводившего его
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=2264}.	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=2264}.	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 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
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».
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.
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

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
			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 для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D <sub>n</sub> – 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.
DISP_OUT	Признак выполнения осмотра специалистом ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Признак выполнения исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Не заполняется

8.5. Для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года или 1 раз в 3 года, 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) соответствующей периодичности (1 раз в 2 года или 1 раз в 3 года),
- 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,

в ред. приказов Министерства здравоохранения Челябинской области и ТФОМС 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 03.04.2017г. № 600/238, от 17.05.2017г. №902/375, от 02.06.2017г. №1006/424, от 31.07.2017г. №1428/593/1, от 03.10.2017г. №1805/804, от 03.11.2017г. №2031/937, от 13.12.2017г. №2311/1113, от 07.02.2018г. №255/59, от 01.03.2018г. №396/168, от 05.04.2018г. №644/285

- 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,
- поле DISP\_OUT не заполняется,
- в поле P\_OTK указывается значение «1».

8.6. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев диспансеризации первого этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, 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. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. 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».
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	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование.	Не заполняется

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	проведения диспансеризации. При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для привлечения специалиста указанной специальности с целью проведения диспансеризации.	При признаке отказа P_OTK=1 – код МО, с которой заключен договор для оказания услуг по проведению указанного исследования по 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. 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=2194}.	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=2194}.	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 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.	Признак отказа от исследования: 0 – нет, 1 – да. В случае отказа от	Признак отказа от прохождения диспансеризации в целом. Должно быть равно «0».

Имя поля	Для записей, отражающих осмотра специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	В случае отказа от осмотра специалистом указывается значение «1».	исследования указывается значение «1».	
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 для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D <sub>n</sub> – 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.
DISP_OUT	Признак выполнения осмотра специалистом ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Признак выполнения исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Не заполняется

**Примечание:**

В поле MEDUS\_ID элементы должны следовать друг за другом без пробелов.

9. 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

заключительного осмотра терапевтом, либо при проведении на втором этапе только углубленного профилактического консультирования дата его проведения) либо дата отказа от диспансеризации в целом. При этом, для первого этапа диспансеризации, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, 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; 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 пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - детей-сирот в трудной ситуации), определен справочником DISPLPU.DBF (для TYP=2).

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 в трудной ситуации, 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 в трудной ситуации, детей-сирот и детей без попечения родителей 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 детей-сирот в трудной ситуации 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}).

Тарифы (коды специальностей) на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации детей-сирот и детей без попечения родителей 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.

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. Врач-стоматолог детский (код 2154), или врач-стоматолог-терапевт (взр) (код 2155)
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 в трудной ситуации, детей-сирот и детей без попечения родителей может проводить только врач.

В структуре тарифов на оплату медицинской помощи законченного случая диспансеризации детей-сирот в трудной ситуации, детей-сирот и детей 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 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 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):

- 5.1. Для диспансеризации детей-сирот в трудной ситуации:

- 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».

- 5.2. Для диспансеризации детей-сирот и детей без попечения родителей:

- 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 для диспансеризации детей-сирот в трудной ситуации, детей-сирот и детей без попечения родителей 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	Назначения. 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. Заполняется при назначениях в результате проведенной диспансеризации при присвоении группы здоровья, кроме I или II. 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_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.

Поле	Пояснения
	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 детей-сирот в трудной ситуации, детей-сирот и детей без попечения родителей 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 из справочника V009.DBF: 21-25 (для диспансеризации детей-сирот в трудной ситуации); 47-51 (для диспансеризации детей-сирот и детей без попечения родителей). (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} , {cs=1742}.	
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)	= GUID1 записи

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
	запись по случаю диспансеризации (GUID1 записи по случаю диспансеризации)	
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осматрившим 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 для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D <sub>n</sub> – 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 и III 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 из справочника V009.DBF: 21-25 (для диспансеризации детей-сирот в трудной ситуации); 47-51 (для диспансеризации детей-сирот и детей без попечения родителей). (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: - Код специальности по случаю диспансеризации (COD_SPEC итоговой	

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	записи). Например, {cs=1762}, {cs=1742}.	
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 для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D <sub>n</sub> – 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 3. 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 № 869н от 26.10.2017. Учет незаконченных (незавершенных) неоплачиваемых случаев также ведется в соответствии с приказом Минздрава РФ № 869н от 26.10.2017.

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/или вне рамок диспансеризации и учитываемые в соответствии приказом Минздрава РФ № 869н от 26.10.2017) 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 (проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года) 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) или признаков выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации 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 (проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года) 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) или признаков выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации 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, проводимый с периодичностью 1 раз в 3 года, 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/или вне рамок диспансеризации и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного. При этом, процент проведенных ранее и/или вне рамок диспансеризации осмотров/исследований определяется отношением количества осмотров/исследований, выполненных ранее и/или вне рамок диспансеризации, к общему количеству осмотров/исследований, установленных для данного возраста и пола застрахованного.

2.1.2. Если число осмотров и исследований, выполненных ранее и/или вне рамок диспансеризации 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, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, 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}, {DISP\_PERIOD=3} и нет элемента DETAIL).

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

2.2. Случай второго этапа диспансеризации, проводимый с периодичностью 1 раз в 3 года, оплачивается по выполненным в рамках диспансеризации осмотрам специалистами и исследованиям, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа, при условии выполнения минимального объема обследований (не менее двух различных осмотров/исследований, кроме углубленного профилактического консультирования) и обязательного заключительного осмотра терапевтом. Исключения составляют случаи проведения на втором этапе только углубленного профилактического консультирования, когда осмотр врачом-терапевтом не проводится.

В настоящее время определены коды специальностей, соответствующие случаю второго этапа диспансеризации, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=8}, {DISP\_LEVEL=2}, {DISP\_PERIOD=3} и нет элемента DETAIL):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.инвал.войн (II эт) (ж)	2268
2	Случай дисп.инвал.войн (II эт) (м)	2269

2.3. Случай диспансеризации первого этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, 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, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, 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)	Возможность учитывать проведенные ранее и/или вне рамков диспансеризации
1	I эт.дисп. Антропометрический расчет индекса массы тела	1984	+
2	I эт.дисп. Измерение артериального давления	1985	+
3	I эт.дисп. Измерение внутриглазного давления	1986	+
4	I эт.дисп. Исследование кала на скрыт. кровь иммунохим.мет.	1987	+
5	I эт.дисп. Определение уровня глюкозы в крови (доп.эксп.-мет.)	2236	+
6	I эт.дисп. Маммография обеих молочных желез	1991	+
7	I эт.дисп. Определение уровня общ.холест.в крови(доп.эксп.-мет.)	2237	+
8	I эт.дисп. Осмотр фельдшером(акушеркой)(цитолог.исслед.)	1994	+
9	I эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта (1р.в 3 года)	2238	—
10	I эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта (1р.в 2 года)	2239	—
11	I эт.дисп. Флюорография легких	1997	+
12	I эт.дисп. Электрокардиография (в покое)	1998	+
13	I эт.дисп. Опрос (анкетирование)	1999	—
14	I эт.дисп. Определение абс. сумм. сердечно-сосудистого риска	2056	+
15	I эт.дисп. Определение отн. сумм. сердечно-сосудистого риска	2055	+
16	I эт.дисп. Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови	2240	+
17	I эт.дисп. Индивидуальное профилактическое консультирование	2280	+

Первый этап диспансеризации инвалидов войн, проводимый с периодичностью 1 раз в 3 года, проводится в объеме, соответствующем объему диспансеризации, предусмотренному приказом Минздрава РФ № 869н от 26.10.2017 для взрослого населения ближайшей возрастной категории диспансеризации, проводимый с периодичностью 1 раз в 3 года.

Объемы диспансеризации установлены по половозрастным группам I этапа следующим образом:

Пол	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
ж	21-28	13, 1, 2, 5, 7, 15, 11, 9, 17
ж	29-37	13, 1, 2, 5, 7, 15, 11, 8, 9, 17
ж	38-40	13, 1, 2, 5, 7, 15, 11, 6, 8, 9, 17
ж	41-43	13, 1, 2, 5, 7, 14, 11, 6, 8, 9, 17
ж	44-49, 53-55	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 6, 8, 9, 17
ж	50-52, 56-58	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 4, 8, 9, 17
ж	59-61	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 6, 8, 3, 9, 17
ж	62-64	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 4, 3, 9, 17
ж	65-67	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 6, 3, 9, 17
ж	68-70	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 4, 3, 9, 17
ж	71-73	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 3, 9, 17
ж	74-85	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 3, 9
ж	86-99	13, 1, 2, 5, 12, 11, 3, 9
м	21-34	13, 1, 2, 5, 7, 15, 11, 9, 17
м	35-40	13, 1, 2, 5, 7, 15, 12, 11, 9, 17
м	41-43, 47-49, 53-55	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 9, 17
м	44-46	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 16, 9, 17
м	50-52	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 4, 16, 9, 17
м	56-58	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 4, 9, 17
м	59-61	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 3, 9, 17

Пол	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
м	62-64	13, 1, 2, 5, 7, 14, 12, 11, 4, 3, 9, 17
м	65-67,71-73	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 3, 9, 17
м	68-70	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 4, 3, 9, 17
м	74-85	13, 1, 2, 5, 7, 12, 11, 3, 9
м	86-99	13, 1, 2, 5, 12, 11, 3, 9

При этом возможно только однократное указание исследования / осмотра у специалиста. Обязательным является проведение анкетирования и осмотр у терапевта.

На II этапе диспансеризации проводится не менее двух различных осмотров специалистами/исследований (осмотры/исследования, отмеченные < >, являются взаимозаменяемыми и не считаются различными), при этом обязательным является заключительный осмотр терапевтом, но не более того количества специалистов/исследований, которое определено для конкретной половозрастной группы. Исключения составляют случаи проведения на втором этапе только углубленного профилактического консультирования, когда осмотр врачом-терапевтом не проводится.

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)	Возможность учитывать проведенные ранее и/или вне рамок диспансеризации
1	II эт.дисп. Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	2002	+
2	II эт.дисп. Колоноскопия/ректороманоскопия	2003	+
3	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-оториноларинголога	2006	+
4	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-акушера-гинеколога	2007	+
5	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-невролога	2008	+
6	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-офтальмолога	2009	+
7	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-колопроктолога(хирурга)	2010	+
8	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-уролога (хирурга)	2011	+
<9>	II эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта	2012	—
10	II эт.дисп. Спирометрия	2013	+
11*	II эт.дисп. Индив. или групповое углуб.проф.консультирование	2270	—
<12*>	II эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта (вкл.инд.или групп. углублен.проф.консультирование)	2261	—

Осмотры специалистами/исследования распределены по половозрастным группам II этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, следующим образом:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов/исследований	
		Объем, предусмотренный для половозрастной группы	В случае проведения на втором этапе только углубленного профилактического консультирования
21-28	м	10, <9,12>	11

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов/исследований	
		Объем, предусмотренный для половозрастной группы	В случае проведения на втором этапе только углубленного профилактического консультирования
	ж	10, <9,12>	11
29-43	м	10, <9,12>	11
	ж	10, 4, <9,12>	11
44-46	м	1, 8, 10, <9,12>	11
	ж	4, 10, <9,12>	11
47-49	м	1, 10, <9,12>	11
	ж	10, 4, <9,12>	11
50-52	м	1, 8, 7, 2, 10, <9,12>	11
	ж	7, 2, 10, <9,12>	11
53-55	м	1, 10, <9,12>	11
	ж	1, 10, 4, <9,12>	11
56-58	м	1, 7, 2, 10, <9,12>	11
	ж	1, 7, 2, 10, <9,12>	11
59-61, 65-67	м	1, 10, 6, <9,12>	11
	ж	1, 10, 4, 6, <9,12>	11
62-64, 68-70	м	1, 7, 2, 10, 6, <9,12>	11
	ж	1, 7, 2, 10, 6, <9,12>	11
71-73	м	1, 10, 6, <9,12>	11
	ж	1, 10, 6, <9,12>	11
74-88	м	5, 1, 7, 10, 3, 6, <9,12>	11
	ж	5, 1, 7, 10, 3, 6, <9,12>	11
89-91	м	5, 1, 10, 3, 6, <9,12>	11
	ж	5, 1, 10, 3, 6, <9,12>	11
92-99	м	5, 10, 3, 6, <9,12>	11
	ж	5, 10, 3, 6, <9,12>	11

Кратность осмотров специалистами/ исследований на II этапе может быть любой (кроме отмеченных \*, для них допускается кратность не более 1).

Мероприятия (осмотры/исследования), указанные в < >, являются взаимозаменяемыми в объеме диспансеризации.

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 при проведении на втором этапе только углубленного профилактического консультирования по дате его проведения, 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 при проведении на втором этапе только углубленного профилактического консультирования дата его проведения) либо дата отказа от диспансеризации в целом. При этом, для первого этапа диспансеризации, проводимого с

периодичностью 1 раз в 3 года, 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. Признаки отказов и признаки выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований).

4.1. В поле P\_OTK 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.

4.2. В поле DISP\_OUT указывается признак выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований): 0 – нет, 1 – да.

На записях по осмотрам/исследованиям указывается значение «1», если осмотр/исследование, учитываемое при проведении диспансеризации, выполнено ранее и/или вне рамок диспансеризации. Осмотры/исследования, проведение которых обязательно при диспансеризации не могут быть выполнены ранее и/или вне рамок диспансеризации.

4.3. Одновременное установление признаков P\_OTK=1 и DISP\_OUT=1 не допускается.

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	Назначения. 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. Заполняется при назначениях в результате проведенной диспансеризации при присвоении группы здоровья, кроме I или II. Если по результатам I этапа диспансеризации группа здоровья присвоена предварительно и направлен на II этап диспансеризации, то поле не заполняется. 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_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

терапевтом или дата отказа от него, либо при проведении на втором этапе только углубленного профилактического консультирования дата его проведения, либо дата отказа от диспансеризации в целом).

8.1. При оплате первого этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, 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. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осматрившим 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)
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 по диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр. При признаке отказа P_OTK=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 тарифицированной 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 тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=2215}.	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=2215}.	Не заполняется
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
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	Не заполняется	Признак диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
	отказа Р_ОТК=1 – не заполняется.		«1», если PR_D_N=1 хотя бы на одной записи по осмотру для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D <sub>n</sub> – 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.
DISP_OUT	Признак выполнения осмотра специалистом ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Признак выполнения исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Не заполняется

8.2. Если на первом этапе диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 3 года, число осмотров и исследований, выполненных ранее и/или вне рамок диспансеризации 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%). При признаке выполнения ранее и/или вне рамок	Тариф на исследование (всегда 100%). При признаке выполнения ранее и/или вне рамок	Не заполняется

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	диспансеризации DISP_OUT=1 – не заполняется. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	диспансеризации DISP_OUT=1 – не заполняется. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	
DATE_TAR	Дата тарифа. Заполняется при наличии тарифа.	Дата тарифа. Заполняется при наличии тарифа.	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. 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)
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 по 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 тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=2215}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=2215}.	Не заполняется
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	врач терапевтической специальности. При признаке отказа P_OTK=1 – может не заполняться, если не 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. 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 для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ - символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
			<p>выявлено не впервые, то для него указывается только D<sub>n</sub> – 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 значение «1»;</p> <p>- если имеется одновременно несколько диагнозов, то формируется несколько элементов.</p>
DISP_OUT	Признак выполнения осмотра специалистом ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Признак выполнения исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Не заполняется

8.3. При оплате случая диспансеризации второго этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года:

- все посещения к специалистам / исследования, а также отказы от отдельных видов вмешательств (осмотров/исследований), подаются отдельными записями с указанием тарифа для выполненных в рамках диспансеризации 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 исследования, от которого был отказ.	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%) При признаке выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации DISP_OUT=1 – не заполняется. При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	Тариф на исследование (всегда 100%) При признаке выполнения ранее и/или вне рамок диспансеризации DISP_OUT=1 – не заполняется. 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.	Дата проведения исследования. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата заключительного осмотра терапевтом или при проведении только углубленного профилактического консультирования дата его проведения.
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом.	Код диагноза при проведении исследования.	Заключительный диагноз по диспансеризации

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	При признаке отказа P_OTK=1 – не заполняется.	При признаке отказа 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 б «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, или при проведении только углубленного профилактического консультирования код специалиста, проводившего его.
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 по 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, или при проведении только углубленного профилактического консультирования квалификация специалиста, проводившего его
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код специальности по случаю диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=2268}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код специальности по случаю диспансеризации (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=2268}.	Не заполняется
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 идентификатор	Уникальный идентификатор

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
	записи	записи	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 для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D <sub>n</sub> – 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.

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
DISP_OUT	Признак выполнения осмотра специалистом ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Признак выполнения исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Не заполняется

8.4. Для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 3 года, 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 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,
- поле DISP\_OUT не заполняется,
- в поле P\_OTK указывается значение «1».

8.5. Для незаконченных (неоплачиваемых) случаев диспансеризации первого этапа, проводимого с периодичностью 1 раз в 3 года, 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. При признаке отказа P_OTK=1 – дата отказа.	Дата проведения исследования. 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)



Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю 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 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 по 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=2215}.	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=2215}.	Не заполняется
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

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
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 для 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 <sub>n</sub> ~F=1, где D <sub>n</sub> – код диагноза, ~ – символ-разделитель, F=1 – признак «впервые выявлен». Если заболевание выявлено не впервые, то для него указывается только D <sub>n</sub> – 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.
DISP_OUT	Признак выполнения осмотра специалистом ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Признак выполнения исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да.	Не заполняется

Примечание:

В поле MEDUS\_ID элементы должны следовать друг за другом без пробелов.

9. 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 при проведении на втором этапе только углубленного профилактического консультирования дата его проведения) 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).