

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

## Порядок входного контроля файлов персонифицированного учета медицинской помощи

Входной контроль файлов персонифицированного учета медицинской помощи проводится в целях:

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

### 1. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи

#### 1.1 Информация о передаваемом файле (элемент ZGLV)

1.1.1 Поле VERSION обязательно для заполнения. Указывается версия информационного взаимодействия между ТФОМС Челябинской области, МО и СМО при осуществлении

персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML, в настоящее время – «2.1.2».

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

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

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

«Н» – основной файл,

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

«D» – диспансеризация и медицинские осмотры.

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

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

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

«О» - профилактические медицинские осмотры взрослого населения,

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

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

«F» - медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические),

«D» - медицинские осмотры несовершеннолетних (предварительные),

«R» - медицинские осмотры несовершеннолетних (периодические).

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

01 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике;

02 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по стационару;

03 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по параклинике;

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

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

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

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

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

Возможные виды оказанной медицинской помощи для каждого типа передаваемых данных:

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

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

Примечание:

Следует учесть, что:

1) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам передаются как тарифицируемые / итоговые записи по диспансеризации или по медицинским осмотрам, так и записи, отражающие осмотры специалистами/исследования в рамках диспансеризации или медицинского осмотра.

2) В файле по оказанной ВМП передаются все случаи лечения в круглосуточном стационаре, оплата которых производится по тарифу для ВМП. При этом, в случае лечения по ВМП может быть только одна профильная койка, оплачиваемая по ВМП, количество реанимационных койко-дней передается в соответствующем поле. Следует учесть, что ВМП подается к оплате только тогда, когда она оказана в полном объеме. Если в движении, содержащем случай лечения по ВМП, есть койки, не относящиеся к лечению по ВМП, то они передаются в основном файле об оказанной медицинской помощи.

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

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

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

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

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

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

4.2) случай оказания медицинской помощи по профилю «Кардиологические» по методу диагностики «коронароангиография» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX содержится элемент {OVER\_BASE=3}) или по профилю «Кардиохирургические» по методу лечения коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни сердца с проведением коронарошунтографии. (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX содержится элемент {OVER\_BASE=5}) должен состоять только из одной профильной койки, количество реанимационных койко-дней передается, при необходимости, в соответствующем поле. При этом в движении пациента (госпитализации) допускается наличие коек, не относящихся к указанным случаям оказания медицинской помощи.

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

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

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

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

обращению (поле OBR\_VIS=1) и записи по посещениям в рамках этого обращения (поле OBR\_VIS=2). Следует учесть, что оплата при этом производится по посещениям (запись по обращению не тарифицируется). Обращение и посещения в рамках данного обращения учитываются и подаются к оплате в отчетном периоде его завершения. Не допускается повторно подавать в рамках обращения посещения, учтенные и оплаченные ранее.

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

- для дневного стационара:

«ДатаОкончания – ДатаНачала + 1»;

- для круглосуточного стационара:

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

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

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

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

## 1.2 Информация о счете (элемент SCHET)

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

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

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

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

1.2.5 Поле NSCHET обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Указывается номер счета (реестра). В целях корректного учета сведений в качестве номера счета допускается использовать целое число не более 2-х знаков.

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

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

В федеральный реестр СМО F002 передаются коды только головных СМО.

В настоящее время поле не заполняется.

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

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

Поля, кодируемые в COMENTS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.14 Поле DISP заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам в соответствии со справочником V016. Допускается указывать константу из имени файла, обозначающую передаваемые данные: DP, DV, DO, DS, DU, DF, DD, DR. В основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

### 1.3 Записи о случаях оказания медицинской помощи (элемент ZAP)

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

1.3.2 Поле PR\_NOV обязательно для заполнения. Служит для указания признака исправленной записи:

0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;

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

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

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

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

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

- год окончания оказания медицинской помощи, содержащей ошибочной записи, равен году отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE\_2 записи, соответствующей выписной койке в движении (RSLT≠0, ISHOD≠0).

SCHET.YEAR=YEAR(ZAP.SLUCH.DATE\_2);

- допускается подавать к исправлению только оплаченные ранее госпитализации (поле DELETED=0 в файле формата DBF);

- допускается подавать к исправлению только нескорректированные ранее записи;

- допускается изменять сведения в файлах об оказанной медицинской помощи (файлы «Н», «Т») в элементах SLUCH, USL за исключением: условий оказания медицинской помощи (поле USL\_OK); кода МО лечения (поле LPU); признака “особый случай” (поле OS\_SLUCH); веса и роста новорожденного (поля WEIGHT и HEIGHT в элементе COMENTU); кода МО прикрепления (поле ATTACH в элементе COMENTU); даты окончания госпитализации – поля DATE\_2 и DATE\_OUT записи, соответствующей выписной койке в движении (RSLT≠0, ISHOD≠0). Не допускается изменять персональные сведения (в файле об оказанной медицинской помощи («Н», «Т») элемент PACIENT и связанные с ним по ID\_PAC сведения из файла персональных данных «L»);

- значение поля GUID1 корректирующей записи (PR\_NOV=1) должно быть отлично от значения поля GUID1 корректируемой записи (PR\_NOV=-1);

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

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

- год окончания оказания медицинской помощи, содержащей снятые с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи записи, равен году отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE\_2 «итоговой» записи случая оказания медицинской помощи (RSLT≠0, ISHOD≠0) (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра).

SCHET.YEAR=YEAR(ZAP.SLUCH.DATE\_2);

- допускается подавать на оплату только ранее снятые с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи записи (поле DELETED=3 в файле формата DBF);

- не допускается изменять сведения в файлах об оказанной медицинской помощи (файлы «Н», «Т», «Д») и в файле персональных данных «L», кроме элементов OPLATA и SANK в файлах об оказанной медицинской помощи;

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

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

- записи содержат сведения об оказанной медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Челябинской области, в файлах по поликлинике, стационару, скорой помощи (FILE\_TYPE = «01», «02», «04»);
- записи содержат сведения об оказанной медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической или скорой медицинской помощи;
- аннулирование (отмена) и удержание оплаченных средств осуществляется полностью за весь случай оказания медицинской помощи (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра);
- год окончания оказания медицинской помощи, подлежащей аннулированию (отмене) и удержанию оплаченных средств, равен году отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE\_2 «итоговой» записи случая оказания медицинской помощи (RSLT≠0, ISHOD≠0) (посещение / обращение / случай лечения с проведением диализа амбулаторно / вызов / госпитализация / случай диспансеризации или медицинского осмотра).

SCHET.YEAR=YEAR(ZAP.SLUCH.DATE\_2);

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

### 1.3.3 Сведения о пациенте (элемент PACIENT)

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

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

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

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

- а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области для полиса ОМС старого образца и полиса ОМС единого образца поле не заполняется. Для временного свидетельства поле обязательно для заполнения. Серия временного

свидетельства в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области должна соответствовать файлу SNPOLIC.DBF.

б) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ заполняется в соответствии со справочником форматов серии и номера документа ОМС POLTMPL.DBF. Допускается использовать русские или латинские буквы, цифры, дефис, пробел.

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

а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области в поле NPOLIS должно указываться «-1»;

б) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ такие записи не передаются.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Допускается указывать в файлах по поликлинике на записях по посещениям, по обращениям и посещениям в рамках обращений в поликлинике (PLACE=1) и на дому (PLACE=2) с лечебно-диагностической целью (PURPOSE=«Л»), кроме «неотложной



медицинской помощи» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}). Для записей по обращению и посещениям в рамках данного обращения принимает одинаковое значение.

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

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

**1.3.3.11** Поле MSE заполняется в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Обязательно указывается значение «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.

Допускается указывать в файлах:

- по поликлинике на записях по посещениям, по обращениям и посещениям в рамках обращений в поликлинике (PLACE=1) и на дому (PLACE=2) с лечебно-диагностической целью (PURPOSE=«Л»), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}); на записях госпитализации стационара (дневной, на дому) при поликлинике.

- по стационару: на записях госпитализации круглосуточного и дневного стационара.

Принимает одинаковое значение на всех записях по случаю оказания медицинской помощи (посещение / обращение / госпитализация).

Одновременное заполнение полей INV (признак «впервые установлена или снята инвалидность») и MSE (признак «направление на МСЭ») допускается только для обращений по заболеванию с количеством посещений 2 и более.

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

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

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

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

Н – порядковый номер ребёнка (один знак).

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

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

**1.3.3.13** Поле VNOV\_D (вес при рождении) заполняется при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.

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

- профили коек, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр WEIGHT;

- койки с кодами тарифов ВМП (поле HMP\_ID), для которых в справочнике HMP.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр WEIGHT;

- койки со значением поля WEIGHT менее 1500 г.

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

### 1.3.4 Сведения о случае

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0 – для записей, отражающих исследования, либо для записей с признаком отказа Р\_ОТК=1 и (или) при незаполненном поле CODE\_MD (в файле формата DBF – поле IDDOCT);

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

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

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

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

В файлах по оказанной ВМП необходимо использовать только значение 32.

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

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

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

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи следует указывать значения:

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

21 – если помощь оказана специализированной бригадой (для кода профиля бригады SP\_SPEC в справочнике SP\_SPEC.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует элемент {TERAP=1}).

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

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

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

3 – во всех остальных случаях.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.4.7 В поле NPR\_MO в соответствии со справочником F003 указывается:

- в файлах персонифицированного учета по параклинике – код действующей на дату окончания проведения обследования медицинской организации, направившей на обследование,
- в файлах персонифицированного учета по скорой помощи для вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {EVAC=1}) - код медицинской организации, из которой поступил вызов выездной бригады «для проведения медицинской эвакуации (консультации)»,
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике для АПП - код действующей на дату направления медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для консультации у врача-специалиста,
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару при оказании плановой (FOR\_POM=3) медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (USL\_OK=1) или дневных стационаров (USL\_OK=2) всех типов – код действующей на дату направления медицинской организации, направившей на госпитализацию.

Значение параметра «Код направившей МО по LPU.DBF», используемого при проверке корректности заполнения, можно получить из поля NPR\_MO по алгоритму: если NPR\_MO пусто или указанный код не определен в F003, то «Код направившей МО по LPU.DBF»=0; иначе, если указанный код МО относится к коду ТФОМС Челябинской области (NPR\_MO начинается с «74»), то «Код направившей МО по LPU.DBF»=NPR\_MO–740000, иначе, «Код направившей МО по LPU.DBF»= -1.

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

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

- не допускается подавать на оплату исследования по направлениям из медицинской организации, которая их проводит (LPU≠NPR\_MO).

Поле обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по параклинике; для консультаций специалистами КДЦ в поликлинике (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {KDC=1}) в файлах по поликлинике; для плановых госпитализаций круглосуточного и дневных стационаров всех типов в файлах по поликлинике и стационару. Для обращений в КДЦ в файлах персонифицированного учета по поликлинике: среди посещений в рамках обращения должно быть хотя бы одно посещение к специалисту КДЦ, у которого значение поля NPR\_MO равно значению поля NPR\_MO записи обращения.

Для файлов персонифицированного учета застрахованных на территории Челябинской области консультативную помощь и диагностические медицинские услуги КДЦ может получать пациент, направленный из АПП медицинской организации - Фондодержателя, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи

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, от 27.04.2018г. №871/339, от 16.05.2018г. №967/358

(ATTACH\_VIS=«Код направившей МО по LPU.DBF»). Для студентов очной формы обучения и в случае, когда направляющая МО является КДЦ, застрахованный может быть не прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи к направившей МО. При этом, медицинская организация, на базе которой организован КДЦ, не может оказывать услуги КДЦ застрахованному населению, прикрепленному к ней для оказания первичной медико-санитарной помощи (ATTACH\_VIS≠COD\_LPU). Перечень МО, на базе которых организованы КДЦ, определяется по справочнику LPU\_FROM.DBF (поле COD\_LPU) при значении поля TYP=2.

На всех записях в движении пациента круглосуточного (USL\_OK=1) или дневного (USL\_OK=2) стационара при оказании плановой (FOR\_POM=3) медицинской помощи поле NPR\_MO заполняется одинаковым значением.

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

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

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

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

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

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

**1.3.4.10** Поле LPU\_1 является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода подразделения МО. В настоящее время не заполняется.

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

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

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

**1.3.4.12** Поле PODR является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода отделения. В настоящее время заполняется только на записях круглосуточного стационара в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается при наличии сведений код отделения из регионального справочника (утв. приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 11.04.2018 №701). При этом код отделения на записях услуг диализа должен быть равен коду отделения, указанному на койке, на которой они применены (ссылка по полю GUID2).

Соответствует аналогичному полю элемента USL.

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

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

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

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

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

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

Дата выдачи талона на ВМП должна быть не позднее даты начала лечения по ВМП ( $TAL\_D \leq DATE\_1$ ).

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

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

Дата планируемой госпитализации должна быть не ранее даты выдачи талона на ВМП ( $TAL\_P \geq TAL\_D$ ).

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.4.20 Поле DATE\_1 обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике:

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

Для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно:

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

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

Для случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения:

- для диспансеризации взрослого населения (DISP\_TYP = 1) и участников ВОВ/инвалидов войн (DISP\_TYP=8) во всех записях по случаям диспансеризации в поле DATE\_1 должна быть дата первого осмотра специалистом / исследования, выполненных при диспансеризации, или дата отказа от осмотра/исследования, либо дата отказа от диспансеризации в целом (дата начала диспансеризации);

- для других типов диспансеризации и медицинских осмотров во всех записях по случаям диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_1 должна быть дата первого осмотра специалистом или дата отказа от осмотра специалистом, либо дата отказа от диспансеризации/медицинского осмотра в целом.

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

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается:

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

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

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

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

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

Соответствует полю DATE\_IN в элементе USL.

1.3.4.21 Поле DATE\_2 обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике:

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

Для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно:

- на записях по случаю – дата окончания случая лечения;

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

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

Для случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаю диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_2 должна быть дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом или педиатром, либо дата отказа от диспансеризации / медицинского осмотра в целом.

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

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается:

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

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

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

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

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

Соответствует полю DATE\_OUT в элементе USL.

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

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

1.3.4.23 Поле DS1 обязательно для заполнения. Соответствует полю DS в элементе USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код диагноза основного заболевания, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код диагноза, установленный бригадой скорой помощи. Код диагноза, действующий на дату окончания оказания медицинской помощи, указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (в справочнике MKB.DBF поле ITEMS=0). Исключения составляют несколько диагнозов-рубрик (в справочнике MKB.DBF поле ITEMS>0), разрешенных для использования (в справочнике MKB.DBF в поле PARAM\_EX есть параметр {MAIN=1}). В



файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR\_USE=1 в справочнике MKB.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE\_USE=1 в справочнике MKB.DBF). В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=1}) в каждой записи движения указывается одинаковый код диагноза из числа диагнозов, отмеченных соответствующим признаком «сверх базовой программы ОМС» по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (OVER\_BASE=1 в справочнике MKB.DBF).

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

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

а) при оказании помощи в условиях круглосуточного стационара (USL\_OK=1):

- если услуга диализа применена на койке (ссылка по полю GUID2), на которой оказана медицинская помощь по КСГ 114 «Почечная недостаточность» или 115 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа», код диагноза должен быть равен коду диагноза указанной койки;

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

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

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

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

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

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

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, кроме диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно, код диагноза должен соответствовать цели посещения

(обращения): по заболеванию – код начинается не на «Z», с профилактической целью – код начинается на «Z».

1.3.4.24 Поле DS1\_PR является условно-обязательным для заполнения в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Служит для указания признака впервые установленного диагноза (основного). Обязательно указывается значение «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведенной диспансеризации / медицинского осмотра.

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

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

1.3.4.25 *Сопутствующие заболевания (элемент DS2\_N)*. Является условно-обязательным для заполнения в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указываются сведения обо всех установленных сопутствующих заболеваниях. Для каждого сопутствующего заболевания формируется отдельный элемент.

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

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

1.3.4.25.1 Поле DS2 обязательно для заполнения. Указывается код установленного диагноза сопутствующего заболевания, действующий на дату окончания оказания медицинской помощи, из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики в соответствии с медицинской документацией.

1.3.4.25.2 Поле DS2\_PR является условно-обязательным для заполнения. Обязательно указывается значение «1», если сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведенной диспансеризации / медицинского осмотра.

1.3.4.26 В поле DS2 для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются коды всех установленных диагнозов сопутствующего заболевания. Для каждого диагноза формируется отдельный элемент. Код диагноза, действующий на дату окончания оказания медицинской помощи, указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (в справочнике МКБ.DBF поле ITEMS=0). Исключения составляют несколько диагнозов-рубрик (в справочнике МКБ.DBF поле ITEMS>0), разрешенных для использования (в справочнике МКБ.DBF в поле PARAM\_EX есть параметр {MAIN=1}). В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять.

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

1.3.4.27 В поле DS3 для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются коды всех установленных диагнозов осложнения заболевания. Для каждого диагноза формируется отдельный элемент. Код диагноза, действующий на дату окончания оказания медицинской помощи, указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (в справочнике МКБ.DBF поле ITEMS=0). Исключения составляют несколько диагнозов-рубрик (в справочнике МКБ.DBF поле ITEMS>0), разрешенных для использования (в справочнике МКБ.DBF в поле PARAM\_EX есть параметр {MAIN=1}). В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять.

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

1.3.4.28 Поле VNOV\_M (вес при рождении) для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП заполняется при оказании медицинской

помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать, на следующих профилях коек:

- «Для беременных и рожениц» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {BEREM=1});
- «Реанимация (взр.)» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REANIM=1} и поле TYPED=0).

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

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

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

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

1.3.4.29 Поле CODE\_MES1 является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается код МЭС при наличии утверждённого стандарта. В настоящее время не заполняется.

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

1.3.4.30 Поле CODE\_MES2 является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается код МЭС сопутствующего заболевания при наличии утверждённого стандарта. В настоящее время не заполняется.

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

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

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

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

Обязательно для заполнения:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- признака «сверх базовой программы ОМС» (значение параметра OVER\_BASE в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF при наличии, 0 – при его отсутствии),
- вида стационара (1– круглосуточный, 2–дневной при круглосуточном, 3 – дневной при поликлинике, 4 – стационар на дому при поликлинике),
- кода КСГ (0 – не влияет на выбор).

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

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи:

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

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

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

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

Назначения:

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

6 – направлен в реабилитационное отделение.

Для каждого кода назначения формируется отдельный элемент.

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

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

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

**1.3.4.34** В поле NAZ\_SP для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам указываются в соответствии с классификатором V021 коды врачебных специальностей, консультации которых были назначены в результате проведенной диспансеризации/медицинского осмотра. Заполняется, если в поле NAZR проставлены коды 1 или 2. Для каждого кода врачебной специальности формируется отдельный элемент.

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

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

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

Виды обследований:

- 1 – лабораторная диагностика,
- 2 – инструментальная диагностика,
- 3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих,
- 4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография).

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

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

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

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

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

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

**1.3.4.37** В поле NAZ\_PK для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам указываются в соответствии с классификатором V020 коды «реабилитационных» профилей коек, по которым была назначена реабилитация в результате проведенной диспансеризации/медицинского осмотра. Заполняется, если в поле NAZR проставлен код 6. Для каждого кода профиля койки формируется отдельный элемент.

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

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

**1.3.4.38** Поле PR\_D\_N является условно-обязательным для заполнения в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Служит для указания признака диспансерного

наблюдения по поводу основного заболевания (в отношении диагноза DS1): 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению.

Допустимо указывать на записях, отражающих выполненные (P\_OTK=0) осмотры специалистами (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DETAIL=1}), и на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра. При установленном признаке отказа (P\_OTK=1) и для исследований не заполняется или указывается значение «0».

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

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

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

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

Обязательно для заполнения:

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

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

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

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

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

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

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

**1.3.4.42** Поле IDDOKT обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Следует указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с префиксом 's' (в нижнем регистре): sXXXXXXXXXXXX. Соответствует полю CODE\_MD в

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

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

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

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

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

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

Для каждого значения создается отдельный элемент OS\_SLUCH.

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

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

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

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

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

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

1.3.4.47 В поле SUMV указывается итоговая сумма, выставленная к оплате, по случаю оказания медицинской помощи. Равна сумме значений полей SUMV\_USL (элемент USL) по всем финансовым потокам услуги в случае оказания медицинской помощи с учетом стоимости диализных услуг (значение поля SUMD1\_V для SUMD1\_T=1) и доставки диализных больных (значение поля SUMD2\_V для SUMD2\_T=2).

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

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

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

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

2 – полный отказ (DELETED=7 в файле формата DBF, если заполнено поле DELETED=7 в ComentSl; DELETED=6 в файле формата DBF, если заполнено поле DELETED=6 в ComentSl; DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 –

Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС» по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK; или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК или ФЛК в сведениях о санкциях SANK);

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

Решение об оплате принимается СМО.

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

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

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

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

1.3.4.50 Поле SANK\_IT является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма санкций по случаю.

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

1.3.4.51.1 Поле S\_CODE обязательно для заполнения. Указывается идентификатор санкции. Уникален в пределах случая.

1.3.4.51.2 Поле S\_SUM обязательно для заполнения. Указывается сумма финансовой санкции.

1.3.4.51.3 Поле S\_TIP обязательно для заполнения. Указывается тип санкции: 0 – ФЛК, 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.

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

1.3.4.51.4 Поле S\_OSN обязательно для заполнения. Указывается код причины отказа в соответствии с региональным классификатором причин отказа в оплате медицинской помощи F014R (для S\_TIP=1) или в соответствии с классификатором причин отказа в оплате медицинской помощи F014 (для S\_TIP=0).

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

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

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

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



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

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

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

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

1.3.4.52.3 Поле LPU\_1 является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода подразделения МО. В настоящее время не заполняется.

1.3.4.52.4 Поле PODR является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Служит для передачи кода отделения. В настоящее время заполняется только на записях круглосуточного стационара в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается при наличии сведений код отделения из регионального справочника (утв. приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 11.04.2018 №701). При этом код отделения на записях услуг диализа должен быть равен коду отделения, указанному на койке, на которой они применены (ссылка по полю GUID2).

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

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

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

1.3.4.52.7 Поле DET обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается признак детского профиля

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

1.3.4.52.8 Поле DATE\_IN обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике:

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

Для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно:

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

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

Для случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения:

- для диспансеризации взрослого населения (DISP\_TYP = 1) и участников ВОВ/инвалидов войн (DISP\_TYP=8) во всех записях по случаям диспансеризации в поле DATE\_1 должна быть дата первого осмотра специалистом / исследования, выполненных при диспансеризации, или дата отказа от осмотра/исследования, либо дата отказа от диспансеризации в целом (дата начала диспансеризации);

- для других типов диспансеризации и медицинских осмотров во всех записях по случаям диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_1 должна быть дата первого осмотра специалистом или дата отказа от осмотра специалистом, либо дата отказа от диспансеризации/медицинского осмотра в целом.

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

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается:

- на койках: дата начала лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни;
- на записях по услугам диализа: дата начала проведения процедур диализа.

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

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

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

1.3.4.52.9 Поле DATE\_OUT обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике:

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

Для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно:

- на записях по случаю – дата окончания лечения;

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

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

Для случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаю диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_OUT должна быть дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом или педиатром, либо при проведении на втором этапе диспансеризации определенных групп взрослого населения только углубленного профилактического консультирования дата его проведения, либо дата отказа от диспансеризации / медицинского осмотра в целом.

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

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается:

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

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

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

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

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

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

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

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

При отсутствии отказа заполняется значением «0».

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

1.3.4.52.11 Поле DS обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код диагноза основного заболевания, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код диагноза, установленный бригадой скорой помощи. Код диагноза, действующий на дату окончания оказания медицинской помощи, указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (в справочнике МКБ.DBF поле ITEMS=0). Исключения составляют несколько диагнозов-рубрик (в справочнике МКБ.DBF поле ITEMS>0), разрешенных для использования (в справочнике

МКВ.DBF в поле PARAM\_EX есть параметр {MAIN=1}). В файлах персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR\_USE=1 в справочнике МКВ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE\_USE=1 в справочнике МКВ.DBF). В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=1}) в каждой записи движения указывается одинаковый код диагноза из числа диагнозов, отмеченных соответствующим признаком «сверх базовой программы ОМС» по профилю «Инфекционные (ВИЧ)» (OVER\_BASE=1 в справочнике МКВ.DBF).

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

а) при оказании помощи в условиях круглосуточного стационара (USL\_OK=1):

- если услуга диализа применена на койке (ссылка по полю GUID2), на которой оказана медицинская помощь по КСГ 114 «Почечная недостаточность» или 115 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа», код диагноза должен быть равен коду диагноза указанной койки;

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

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

Для обращений в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стоматологии: среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы один код диагноза, равный коду диагноза обращения.

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

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

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, кроме диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно, код диагноза должен соответствовать цели посещения (обращения): по заболеванию – код начинается не на «Z», с профилактической целью – код начинается на «Z».

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

1.3.4.52.12 Поле CODE\_USL обязательно для заполнения. Указывается код услуги UF\_ID из территориального классификатора услуг по финансовым потокам USL\_FIN.DBF. UF\_ID определяется в соответствии с кодом финансового потока FIN\_ID и кодом услуги USL\_ID из территориального классификатора услуг USL\_UNION.DBF.

В настоящее время в финансировании медицинской помощи по ОМС действуют финансовые потоки (FIN\_ID):

1 – финансирование по основному тарифу (TARIF, справочники TARIF.DBF, PTARIF.DBF, KSG\_BS.DBF, HMP\_TAR.DBF).

6 – финансирование по дополнительному тарифу (TARIF\_DOP, справочник DTARIF.DBF);

8 – финансирование по дополнительному тарифу №1 (TAR1\_V, справочник TAREX.DBF);

9 – финансирование по дополнительному тарифу №2 (TAR2\_V, справочник TAREX.DBF).

Код услуги USL\_ID в территориальном классификаторе услуг USL\_UNION.DBF, в свою очередь, определяется в соответствии:

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

В файлах персонифицированного учета PLACE может принимать следующие значения:

- по поликлинике: 1 «Посещения в поликлинике», 2 «Посещения на дому», 6 «Стационар в поликлинике», 7 «Стоматология по УЕТ»;
- по стационару: 5 «Стационар по законченному случаю»; 14 «Реанимация по законченному случаю». 14 - только для тех профилей коек (COD\_SPEC), для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REANIM=1};
- по параклинике: 10;
- по скорой помощи: 20.

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

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

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

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

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

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

- для записей по обращениям (поле OBR\_VIS=1) и по посещениям в рамках обращений (поле OBR\_VIS=2) к специалистам КДЦ возраст определяется на дату начала обращения;
- для записей по посещениям к специалистам КДЦ вне обращений (поле OBR\_VIS=0) возраст определяется на дату посещения.

При наличии возрастных ограничений (параметр AGE поля PARAM\_EX в справочнике SPECIAL.DBF) на профилях коек круглосуточного и дневных стационаров всех типов (поликлиника, стационар) возраст застрахованного, определенный на дату начала

лечения на койке указанного профиля, должен соответствовать указанным ограничениям.

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

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

Вид тарифа (вызова) скорой помощи должен соответствовать возрасту пациента (поле TYPED в SPECIAL.DBF: 0 -  $\geq 18$  лет; 1 -  $< 18$  лет), кроме вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TLT=1}). Возраст определяется на дату окончания вызова (поле DATE\_2).

Если для COD\_SPEC в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр AGE, то возраст пациента должен соответствовать его значениям. При этом возраст определяется в годах на дату окончания вызова (поле DATE\_2).

Если для COD\_SPEC в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DAY, то возраст пациента должен соответствовать его значениям. При этом возраст определяется в днях на дату начала вызова (поле DATE\_1).

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

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

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

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

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

HMP\_ID должно соответствовать коду профиля койки (COD\_SPEC) по справочнику HMP\_SPC.dbf, код основного диагноза (DS) должен соответствовать HMP\_ID по справочникам HMP\_MKB.dbf и HMP.dbf.

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

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

А) FIN\_ID=1:

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

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

- 1 (посещение/обращение/случай);
- кроме того, для записи по случаю лечения с проведением перитонеального диализа амбулаторно (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1), нужно передать фактическое количество дней обмена диализа и обменов диализа в ComentU (поля BED\_DAY и AMOUNT соответственно);

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

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

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

2.1) Для записей по посещениям:

Равно сумме значений УЕТ всех указанных в поле MEDUS\_ID стоматологических услуг (значение параметра УЕТ (UET0, UET1) в поле PARAM\_EX справочника USLUGI.DBF) с учетом кратности. При наличии различий в УЕТ стоматологической услуги для детского и взрослого приема (параметры UET0, UET1 в поле PARAM\_EX справочника USLUGI.DBF соответственно) количество применяемых УЕТ выбирается в зависимости от возраста пациента: значение UET0 для возраста  $\geq 18$  лет; UET1 для возраста  $< 18$  лет. Возраст определяется на дату посещения (поле VISIT\_DATE);

2.2) Для записей по обращениям:

Равно сумме значений УЕТ всех посещений в рамках данного обращения;

3) Стационар в поликлинике (PLACE=6):

3.1) Для записей по койкам КСГ:

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

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

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

4) Круглосуточный стационар (PURPOSE= K):

4.1) Для записей по ВМП: 1 (случай);

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

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

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

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

5.1) Для записей по койкам КСГ:

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

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

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

6) Параклиника (PLACE=10):

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

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

Б) FIN\_ID=6

Для услуг гемодиализа (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр {DIAL=1} и содержится элемент {DETAIL=3}) фактическое количество услуг гемодиализа (поле BED\_DAY в файле формата DBF).

В) FIN\_ID=8

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

1.3.4.52.14 В поле TARIF указывается тариф в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID.

А) FIN\_ID=1

В поле TARIF указывается действующий на момент окончания оказания медицинской помощи тариф (базовая ставка финансирования законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ) в соответствии:

- со справочником TARIF.DBF – в файлах персонифицированного учета по поликлинике (кроме записей по обращению, записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно, коек дневных стационаров и стационаров на дому, оплачиваемых по КСГ), в файлах персонифицированного учета по стационару (кроме коек, оплачиваемых по ВМП и КСГ), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи, в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по скорой помощи для вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TLT=1}) и вызовов выездных



бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {EVAC=1}),

- со справочником HMP\_TAR.DBF – в файлах по оказанной ВМП,
- со справочником PTARIF.DBF – в файлах персонифицированного учета по параклинике,
- со справочником KSG\_BS.DBF – в файлах персонифицированного учета по поликлинике (дневные стационары и стационары на дому на койках, оплачиваемых по КСГ), в файлах персонифицированного учета по стационару (оплата по КСГ).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи фельдшером (KVAL= «Ф») в поликлинике и на дому в поле TARIF должно быть указано 80% от тарифа, за исключением оплаты случаев диспансеризации и медицинских осмотров, и посещений, оплачиваемых по тарифу "Фельдшер ФАП" (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {FAP=1}). Оплата внешних медицинских услуг (медицинских услуг, оказанных в поликлинике и на дому не прикрепленным лицам) МО, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь которых оплачивается по подушевому финансированию (за исключением Центров здоровья (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {CZ=1}), случаев и осмотров/исследований в рамках диспансеризации и медицинских осмотров (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр DISP\_TYP), консультаций врачей-специалистов КДЦ (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {KDC=1}), посещений «с проведением пренатальной диагностики» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {UZI=1})), осуществляется по тарифу для взаиморасчетов (в справочнике TARIF.DBF: MUT\_FD=1 – для застрахованных лиц Челябинской области, MUT\_FD=2 – для застрахованных на территории других субъектов РФ).

Тариф может принимать нулевое значение в следующих случаях.

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

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

К случаю лечения по КСГ не относятся койки по профилям «сверх базовой программы ОМС» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр OVER\_BASE) и случаи оказания медицинской помощи по ВМП (заполнены поля METHOD\_HMP и VID\_HMP).

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

1. Определяем КСГ для каждой записи койки, относящейся к лечению по КСГ, в движении. Алгоритм определения КСГ для каждой записи в движении в рамках одной госпитализации приведен в пункте 1.3.4.52.19.25 Приложения 4 настоящих Правил.

2. Если во всем движении одна КСГ, то оплате подлежит последняя (выписная) койка в движении.

3. Если в движении разные КСГ, но один профиль коек, то оплате подлежит последняя в хронологическом порядке койка в движении с наибольшим коэффициентом относительной затратоемкости (КЗ).

4. Если в движении разные КСГ и разные профили коек, но один класс МКБ основного диагноза, то оплате подлежит последняя в хронологическом порядке койка в движении с наибольшим КЗ.

5. Если в движении разные КСГ, разные профили и несколько классов МКБ, то:

5.1. Койки, не имеющие ссылок на другие койки (поле GUID2 пустое), условно делим на группы по классу МКБ основного диагноза.

5.2. Койки, имеющие ссылки на другие койки (поле GUID2 непустое), добавляем к группе, к которой относится койка, на которую ссылается поле GUID2.

6. В каждой группе по классу МКБ определяем последнюю в хронологическом порядке койку с наибольшим КЗ.

7. Перечень с наиболее затратными КСГ, определенными в п.6, группируем по КСГ.

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

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

- случаи реабилитации на койках профиля «Медицинская реабилитация» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}) после лечения на койках других профилей по тому же заболеванию (основной диагноз до уровня рубрики без учета подрубрик). Оплате подлежит и случай лечения по заболеванию, и случай проведения реабилитации по этому заболеванию. Оплата случая лечения по заболеванию производится по общему алгоритму. Оплата медицинской помощи по профилю коек «Медицинская реабилитация» всегда производится по соответствующим КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}). При этом койки «реабилитационного» профиля оплачиваются как один случай проведения реабилитации. При этом оплачивается последняя в хронологическом порядке «реабилитационная» койка с наиболее затратной «реабилитационной» КСГ;

- в круглосуточном стационаре в случае лечения по КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью» на профиле коек «Патологии беременности» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PATHOLOGY=2}) продолжительностью:

а) или 2 дня и более при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2;

б) или 6 дней и более при оказании медицинской помощи по МКБ-10, не указанным в пп. а); с последующим родоразрешением (КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» на профиле коек «Для беременных и рожениц» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {BEREM=1})) оплате подлежит и случай патологии беременности, и случай родоразрешения, при этом в каждом случае оплачивается последняя в хронологическом порядке койка с наиболее затратной КСГ;

- в дневном стационаре случай оказания медицинской помощи по КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DIAL=3});

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

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

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике и стоматологии:

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

- на записях по обращению (поле OBR\_VIS=1);

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

3) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по скорой помощи, кроме вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TLT=1}) и вызовов

выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {EVAC=1}).

4) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам:

- если оплата по тарифу за законченный случай диспансеризации или медицинского осмотра: в записях, отражающих осмотры специалистами / исследования (или отказы от их прохождения) по данному случаю;

- если оплата по тарифам за выполненные осмотры специалистами / исследования: в итоговых записях по случаю диспансеризации или медицинского осмотра и в записях, отражающих осмотры специалистами/исследования, выполненные ранее и/или вне рамок диспансеризации и учтенные в диспансеризации, либо невыполненные по причине отказа застрахованным лицом от их прохождения (признак P\_ОТК=1), либо осмотры специалистами на втором этапе профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (кроме оплачиваемого заключительного осмотра врачом-педиатром);

- если случай диспансеризации или медицинского осмотра является незаконченным и неоплачиваемым по причине отказа застрахованным лицом от прохождения диспансеризации/медицинского осмотра в целом и (или) невыполнения необходимого объема обследований (осмотров/исследований): как на итоговой записи по случаю, так и на записях, отражающих осмотры/исследования или отказы от их прохождения.

5) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц по параклинике.

Б) FIN\_ID=6

В поле TARIF указывается действующий на момент окончания оказания медицинской помощи дополнительный тариф на доставку гемодиализных больных.

В) FIN\_ID=8

В поле TARIF указывается действующий на момент окончания оказания медицинской помощи дополнительный тариф №1 в соответствии со справочником TAREX.DBF: действующий тариф в соответствии со значением поля TAR1\_T и POS=1).

Г) FIN\_ID=9

В поле TARIF указывается действующий на момент окончания оказания медицинской помощи дополнительный тариф №2 в соответствии со справочником TAREX.DBF: действующий тариф в соответствии со значением поля TAR2\_T и POS=2).

1.3.4.52.15 В поле SUMV\_USL указывается стоимость, выставленная к оплате, в соответствии с финансовым потоком.

Заполняется на тарифицированных записях (TARIF≠0).

А) FIN\_ID=1

В поле SUMV\_USL указывается:

1) При оплате медицинской помощи по КСГ:

1.1) На койках, оплачиваемых по КСГ – сумма оплаты по КСГ с учетом размера (процента – PR) тарифа (базовой ставки – БС), коэффициента относительной затратоемкости КСГ (КЗ), поправочного коэффициента (ПК), коэффициента территориальной дифференциации медицинской организации (КДсуб):

$$\text{SUMV\_USL} = \text{БС} * \text{КЗ} * \text{ПК} * \text{КДсуб} * \text{KOL\_USL} * \text{PR} / 100$$

где,

PR – размер (процент) тарифа, определяется по справочнику SIZETAR.DBF в соответствии со значением поля SIZETAR\_ID.

КДсуб – коэффициент территориальной дифференциации медицинской организации (TYP=3 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF).

$$\text{ПК} = \text{Окр2}(\text{КУС}_{\text{МО}} / \text{КПУС}_{\text{МО}} * \text{КСЛП}),$$

где:

Окр2 – функция округления значения до двух знаков после запятой;

$KYC_{MO} \backslash KPYC_{MO} = KYC_{MO} * KPYC_{MO}$  – коэффициент уровня/подуровня,

$KYC_{MO}$  – коэффициент уровня (TYP=1 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF1). Для КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) (в поле PARAM\_EX справочника KSG.DBF имеется параметр SKIP\_KLVL), значение  $KYC_{MO} = 1$ :

- при SKIP\_KLVL=1 – для всех МО,

- при SKIP\_KLVL=2 – кроме МО, расположенных на территории ЗАТО (поле ZATO=1 в справочнике LPU.DBF);

$KPYC_{MO}$  – коэффициент подуровня (TYP=1 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF2). Для КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) (в поле PARAM\_EX справочника KSG.DBF имеется параметр SKIP\_KLVL) значение  $KPYC_{MO} = 1$ :

- при SKIP\_KLVL=1 – для всех МО,

- при SKIP\_KLVL=2 – кроме МО, расположенных на территории ЗАТО (поле ZATO=1 в справочнике LPU.DBF);

КСЛП – коэффициент сложности лечения (TYP=2 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF). Если для коэффициента в поле PARAM\_EX в справочнике KOEF.DBF содержится элемент «-KPG» или «-KSG», то этот коэффициент не применяется к указанным КПП или КСГ соответственно. Если для коэффициента в поле PARAM\_EX в справочнике KOEF.DBF содержится элемент KSG, то этот коэффициент применяется только к указанным КСГ. Если для коэффициента в поле PARAM\_EX в справочнике KOEF.DBF имеется параметр {CARE=1}, то для его применения обязательно наличие коек по уходу (BED\_CARE>0). При наличии возрастных ограничений (значение параметра AGE в поле PARAM\_EX справочника KOEF.DBF), возраст пациента должен им удовлетворять для применения коэффициента. Если для коэффициента в поле PARAM\_EX в справочнике KOEF.DBF содержится элемент COD\_SPEC, то этот коэффициент применяется только к указанным кодам профилей коек.

Значение коэффициента сложности лечения пациента по критерию сверхдлительности срока госпитализации определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней.

$КСЛП_{сверхдлит} = \text{Окр}2(1 + K_{дл} * (ФКД - НКД) / НКД),$

где

Окр2 – функция округления значения до двух знаков после запятой;

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

$K_{дл}$  – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов ( $K_{дл} = 0,25$ );

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (значение параметра NKD в поле PARAM\_EX справочника KSG.DBF).

При этом вычисленное значение КСЛП по критерию сверхдлительности срока госпитализации должно соответствовать справочнику KOEF.DBF (TYP=2, TYP2=9 в справочнике KOEF.DBF, значение KOEF).

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

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

При этом если  $КСЛП_{сумм} > 1,8$  то  $КСЛП_{сумм} = 1,8$ . Исключение составляют случаи сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

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

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

- Диагноз сопутствующего заболевания (COD\_MKB1). При указанной рубрике кода МКБ-10 распространяется, в том числе, и на все его подрубрики;
- Диагноз осложнения (COD\_MKB2). При указанной рубрике кода МКБ-10 распространяется, в том числе, и на все его подрубрики;
- Перечень номенклатуры выполненных медицинских услуг (MEDUS\_ID).

При этом:

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

Отдельно обращаем внимание на то, что если по описанным выше правилам какой-либо коэффициент (КДсуб, КУСМО\КПУСМО, КСЛП) не определился, то он принимается равным 1 (для корректного применения формулы вычисления SUMV\_USL).

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

$$\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF} * \text{KOL\_USL}.$$

2) При оплате медицинской помощи не по КСГ (кроме услуг диализа в рамках случая лечения с проведением процедур диализа в поликлинике) – сумма оплаты с учетом размера тарифа.

3) На записях по услугам диализа в рамках случая лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) – сумма оплаты услуг диализа по основному тарифу:

$$\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF} * \text{KOL\_USL}.$$

Б) FIN\_ID=6

В поле SUMV\_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу на доставку диализных больных.

$$\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF} * \text{KOL\_USL}$$

В) FIN\_ID=8

В поле SUMV\_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу №1.

Г) FIN\_ID=9

В поле SUMV\_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу №2.

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

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

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

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

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

В поликлинике для записи по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1): среди записей по услугам диализа в рамках этого случая (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) должна быть хотя бы одна запись, у которой значение поля CODE\_MD равно значению поля CODE\_MD записи случая.

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

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

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

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

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

- если результат госпитализации «Умер» (RSLT=105,205), «Перевод в другое ЛПУ» (RSLT=102,202), «Перевод из КС в ДС, или из ДС в КС» (RSLT=103,203), или указан код прерывания «нарушение режима» (COD\_PRER=3), «карантин в мед.учреждении» (COD\_PRER=5), то в поле NPL должно быть указано значение «3».

В файлах по параклинике должно принимать значение «0».

В файлах по поликлинике и стационару на записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1), по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1,2,4) должно принимать значение «0».

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

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

Поля, кодируемые в COMENTU:

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

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

При наличии ограничения на квалификацию (в справочнике SPECIAL.DBF или SP\_SPEC.DBF (для скорой помощи) в поле PARAM\_EX содержится элемент KVAL) значение поля KVAL должно ему соответствовать.

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

- в записях, отражающих исследования;
- на записях с признаком отказа P\_OTK=1 и (или) при незаполненном поле CODE\_MD (в файле формата DBF – поле IDDOCT).

1.3.4.52.19.2 Поле BED\_DAY заполняется:

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

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

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

б) КСГ ЭКО (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {ЕКО=1}). Указывается количество пациенто-дней, подлежащих учету, из общего периода оказания медицинской помощи. Так, учету подлежат только те дни, в которые застрахованный непосредственно обращался за помощью по ЭКО. Это количество пациенто-дней может не совпадать с периодом лечения. При указании количества пациенто-дней следует учитывать сведения по объемам предоставления медицинской помощи, установленным решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике для записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1). Указывается количество дней диализа. Равно сумме значений по полю KOL\_USL (поле BED\_DAY в файле формата DBF) в записях по услугам диализа, оказанным в рамках данного случая (GUID1 случая = GUID2 услуг диализа). Для случаев лечения с проведением процедур перитонеального диализа (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=2} и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) значение должно быть равно общему количеству дней по записи случая, подсчитанного аналогично правилам статистики определения количества койко-дней пребывания на койке дневного стационара.

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

1.3.4.52.19.4 Поле MED\_KIND заполняется только в файлах персонифицированного учета по параклинике. Указывается вид основной медицинской помощи, при которой оказана данная параклиническая услуга: 0 – поликлиника, 1 – круглосуточный стационар, 2 – дневной

стационар при КС, 3 – стационар при поликлинике. Для вида параклинических услуг «Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ» (PURPOSE=21) основная медицинская помощь может быть оказана только в поликлинике (MED\_KIND=0). Для всех видов параклинических услуг в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ с марта по апрель 2015 года основная медицинская помощь может быть оказана только в поликлинике (MED\_KIND=0).

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

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

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

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

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

- признака «сверх базовой программы ОМС» (значение параметра OVER\_BASE в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF при наличии, 0 – при его отсутствии),
- вида стационара (1– круглосуточный, 2–дневной при круглосуточном, 3 – дневной при поликлинике, 4 – стационар на дому при поликлинике),
- кода КСГ (0 – для всех).

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

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

В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код МО прикрепления по оказанию амбулаторно-поликлинической медицинской помощи: до апреля 2014 года – на начало отчетного периода (первое число месяца), начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месяца).

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

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

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

1.3.4.52.19.11 Поле MEDUS\_ID в файлах персонифицированного учета по стационару и дневных стационарах при поликлинике служит для указания перечня медицинских услуг. Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги (территориальный справочник USLUGI.DBF) для каждой записи в движении пациента. Если у пациента было несколько медицинских услуг,



то все они перечисляются через разделитель «\_» (символ подчеркивания), при этом первой должна быть указана основная медицинская услуга.

Если для кода профиля койки (COD\_SPEC) в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {A16=0}, то на этом профиле не должно быть операций. Если для кода профиля койки (COD\_SPEC) в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {A16=1}, то на этом профиле обязательно должна быть операция.

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

- код услуги с признаком «замена речевого процессора» (в USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {VOICE=1}) указывается тогда и только тогда, когда койка имеет признак «замена речевого процессора» (в SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {VOICE=1});

- код услуги с признаком «ЭКО» (в USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {EKO=1}) указывается тогда и только тогда, когда койка имеет признак «ЭКО» (в SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {EKO=1});

- код «реабилитационной» услуги (в USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}) указывается тогда и только тогда, когда койка является «реабилитационной» (в SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1});

- код услуги с признаком «диализ» (в USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр DIAL) указывается тогда и только тогда, когда запись является записью по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4). При этом указанный на записи код медицинской услуги должен быть из перечня разрешенных (значение параметра MEDUS в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF).

В файлах персонифицированного учета по стационару:

- при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилю «Кардиологические» по методу диагностики «коронароангиография» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствуют элементы {OVER\_BASE=3} и {KAG=1}) обязательно указывается код номенклатуры услуги «коронароангиография» (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {KAG=1}).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (для случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно):

- код услуги с признаком «диализ» (в USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр DIAL) указывается тогда и только тогда, когда запись является записью по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1). При этом указанный на записи код медицинской услуги должен быть из перечня разрешенных (значение параметра MEDUS в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (стоматология) в поле MEDUS\_ID указывается перечень номенклатуры оказанных стоматологических медицинских услуг. Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги только на записях по посещениям (поле OBR\_VIS=0,2). Если у пациента было несколько медицинских услуг, то все они перечисляются через разделитель «\_» (символ подчеркивания).

Для «стоматологических» услуг при наличии ограничения на использование по возрастному критерию (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент TYPED) возраст пациента должен ему соответствовать (в USLUGI.DBF: {TYPED=0} - >=18 лет; {TYPED=1} - <18 лет). Возраст определяется на дату посещения (поле VISIT\_DATE).

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи:

- для вызовов «с применением тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TLT=1}) обязательно указывается код номенклатуры услуги «тромболитической терапии (ТЛТ)» (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TLT=1});

- для вызовов выездных бригад «при проведении медицинской эвакуации (консультации)» указываются коды номенклатур оказанных медицинских услуг. Если было несколько услуг, то все они перечисляются через разделитель «\_».

Допускается после номенклатуры медицинской услуги через разделитель «~» (символ «тильда») указывать ее кратность в формате: Номенклатура~Кратность, где Кратность – целое число от 1 до 99. Кратность указания номенклатуры медицинской услуги в поле MEDUS\_ID не должна превышать максимально возможного значения при условии наличия такого ограничения (значение параметра MAX\_CNT в поле PARAM\_EX справочника USLUGI.DBF).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (за исключением записей дневного стационара при поликлинике, стоматологии, случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услуг диализа в рамках этих случаев) поле MEDUS\_ID используют для передачи перечня элементов, характеризующих случаи диспансеризации или медицинских осмотров определенных групп населения, а также консультаций врачей-специалистов КДЦ:

sg - признак того, что диспансеризацию, профилактический медицинский осмотр или консультацию врача-специалиста КДЦ прошел либо отказался от прохождения диспансеризации/профилактического медицинского осмотра студент очной формы обучения;

cs - код специальности случая диспансеризации или медицинского осмотра (указывается только в записях, отражающих осмотры специалистами);

age\_dispr - признак проведения (либо отказа от прохождения) профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, предусмотренного для детей в данном возрастном периоде.

Для обращений в КДЦ в файлах персонифицированного учета по поликлинике: при необходимости признак {sg=1} следует указывать на всех записях обращения (как на итоговой записи по обращению, так и на записях по посещениям в рамках данного обращения).

В файлах персонифицированного учета по параклинике поле MEDUS\_ID используют для передачи перечня элементов, характеризующих параклинические услуги вида «Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ» (PURPOSE=21):

sg - признак того, что обследование КДЦ прошел студент очной формы обучения.

Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.

1.3.4.52.19.12 В поле DATE\_TAR указывается дата тариф в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID.

А) FIN\_ID=1

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

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

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

- в файлах по оказанной ВМП – в соответствии со справочником HMP\_TAR.DBF,

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

Б) FIN\_ID=6

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

В) FIN\_ID=8

В поле DATE\_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи дополнительного тарифа №1 в соответствии со справочником TAREX.DBF: дата действующего тарифа в соответствии со значением поля TAR\_TYP=TAR1\_T и POS=1.

Г) FIN\_ID=9

В поле DATE\_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи дополнительного тарифа №2 в соответствии со справочником TAREX.DBF: дата действующего тарифа в соответствии со значением поля TAR\_TYP=TAR2\_T и POS=2.

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

Список допустимых в периоде размеров тарифа определяется по справочнику SIZECMB.DBF в зависимости от:

- признака «сверх базовой программы ОМС» (значение параметра OVER\_BASE в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF при наличии, 0 – при его отсутствии),
- вида стационара (1– круглосуточный, 2–дневной при круглосуточном, 3 – дневной при поликлинике, 4 – стационар на дому при поликлинике),
- кода результата обращения в соответствии со справочником V009.DBF(значение поля RSLT выписной койки в движении для тарифицированной койки того случая оплаты, к которому относится выписная койка; 0 – в остальных случаях),
- кода КСГ (0 – для всех).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- для записей по посещениям (поле OBR\_VIS=0,2): дата посещения в поликлинике, на дому, в стоматологии;
- для записей по обращению (поле OBR\_VIS=1): дата последнего посещения в рамках данного обращения (поликлиника, стоматология);
- для записей по случаям лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа в рамках данных случаев: не заполняется.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам:

- в записях по случаю диспансеризации или медицинского осмотра в поле VISIT\_DATE должна быть указана дата заключительного осмотра терапевтом (педиатром) или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом (педиатром), либо при проведении на втором этапе диспансеризации определенных групп взрослого населения только углубленного профилактического консультирования дата его проведения, либо дата отказа от прохождения диспансеризации/медицинского осмотра в целом;

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

В файлах персонифицированного учета по параклинике в поле VISIT\_DATE указывается дата проведения обследования.

1.3.4.52.19.24 Поле ATTACH\_VIS в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области служит для указания:

- кода МО прикрепления на дату окончания профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (файлы по медицинским осмотрам);
- кода МО прикрепления на дату окончания профилактического медицинского осмотра взрослого населения (файлы по медицинским осмотрам);
- кода МО прикрепления на дату окончания диспансеризации взрослого населения (файлы по диспансеризации);
- кода МО прикрепления на дату направления на консультацию специалиста КДЦ (файлы по поликлинике, кроме диспансеризации и медицинских осмотров);
- кода МО прикрепления на дату направления на параклиническое обследование в КДЦ (файлы по параклинике).

Заполняется в соответствии с региональным справочником LPU.DBF.

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

А) На записях коек в движении пациента:

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

Возможность применять КСГ на профиле койки (COD\_SPEC) определена в справочнике KSG\_SPC.DBF.

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

Шаг 1. Определение в круглосуточном стационаре КСГ 233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {TRAUMA=1}).

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

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

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

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

а) или: область T0 и область T7,

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

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

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

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

Шаг 3. Определение в дневном стационаре КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DIAL=3}).

Если профиль койки предполагает применение диализа (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4), в полях MEDUS\_ID и код МКБ основного диагноза указаны значения, допустимые по справочнику KSG\_MAP.DBF для КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ», то для записи определяется КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ». Иначе, переходим к Шагу 4.

Шаг 4. Определение в дневном стационаре КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {ЕКО=1}).

Если профиль койки предполагает применение вспомогательных репродуктивных технологий (COD\_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {ЕКО=1}) с указанием этапов проведения процедуры ЭКО (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр ЕКО\_STEP) и признака «криоконсервация эмбрионов» (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр ЕКО\_CRYO), в поле MEDUS\_ID указан соответствующий код номенклатуры (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {ЕКО=1}), то для записи определяется КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение». Иначе, переходим к шагу 5.

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

Если профиль койки «Медицинская реабилитация» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}) и в поле MEDUS\_ID указан хотя бы один код номенклатуры «реабилитационной» услуги (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}), который по справочнику KSG\_MAP.DBF допустим для «реабилитационной» КСГ в указанных условиях оказания медицинской помощи (поле USL\_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар) с учетом остальных классификационных критериев, в том числе дополнительного критерия «rb - реабилитационная маршрутизация» (в справочнике KSG\_CRID.BF поле TYP=3) в поле CRIT\_EX, при наличии, то для записи определяется найденная «реабилитационная» КСГ. При наличии нескольких кодов различных «реабилитационных» услуг выбирается КСГ, которая имеет наибольший коэффициент относительной затратоемкости (KZ). Иначе, переходим к шагу 6.

Шаг 6. Определение в круглосуточном стационаре КСГ профиля «гериатрия» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {GERIATR=1}).

Если профиль койки «гериатрия» (COD\_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {GERIATR=1}), и код МКБ основного диагноза по справочнику KSG\_MAP.DBF допустим для КСГ профиля «гериатрия», то для записи определяется КСГ профиля «гериатрия». Иначе, переходим к шагу 7.

Шаг 7. Общий алгоритм определения КСГ:

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

2) По коду МКБ диагноза (основного, вторичного) по справочнику KSG\_MAP.DBF определяем действующую в периоде КСГ<sub>МКБ</sub> с учетом условий оказания медицинской помощи (поле USL\_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар) и дополнительных критериев:

- код номенклатуры (услуги),
- код МКБ вторичного диагноза (при поиске по коду основного диагноза),
- возрастная категория на начало госпитализации,
- пол,
- длительность пребывания (на рассматриваемой записи в движении),
- дополнительные классификационные критерии, указанные в поле CRIT\_EX,
- иных параметров в соответствии с полем PARAM\_EX справочника KSG\_MAP.

При этом если применялось несколько кодов номенклатуры и/или указано несколько кодов МКБ вторичного диагноза и/или указано несколько кодов дополнительных классификационных критериев в поле CRIT\_EX, то определяем несколько КСГ с учетом каждого из них, выбрав в качестве КСГ<sub>МКБ</sub> среди них ту, которая имеет наибольший коэффициент относительной затратоемкости (KZ).

Поиск по коду МКБ диагноза (основного, вторичного) проводится либо по полному совпадению с полем (COD\_MKB, COD\_MKB1 соответственно) справочника KSG\_MAP.DBF; либо по первой букве кода, если в группировщике КСГ (справочник KSG\_MAP.DBF) в поле (COD\_MKB, COD\_MKB1 соответственно) указан код вида «Б.», где «Б» - буква латинского алфавита; либо по вхождению в указанный диапазон диагнозов, если в поле (COD\_MKB, COD\_MKB1 соответственно) указан диапазон диагнозов вида «Д1-Д2», где Д1, Д2 – нижняя и верхняя граница диапазона соответственно (коды по МКБ-10).

Поиск в группировщике КСГ (KSG\_MAP.DBF) по коду МКБ диагноза допускает различные сочетания по совпадению кодов основного и вторичного диагнозов: по одному из указанных, либо одновременное совпадение.

3) По коду номенклатуры по справочнику KSG\_MAP.DBF определяем действующую в периоде КСГ<sub>MEDUS</sub> с учетом условий оказания медицинской помощи (поле USL\_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар) и дополнительных критериев:

- код МКБ основного диагноза,
- код МКБ вторичного диагноза,
- возрастная категория на начало госпитализации,
- пол,
- длительность пребывания (на рассматриваемой записи в движении),
- дополнительные классификационные критерии, указанные в поле CRIT\_EX,
- иных параметров в соответствии с полем PARAM\_EX справочника KSG\_MAP.

При этом если применялось несколько кодов номенклатуры и/или указано несколько кодов МКБ вторичного диагноза и/или указано несколько кодов дополнительных классификационных критериев в поле CRIT\_EX, то определяем несколько КСГ с учетом каждого из них, выбрав в качестве КСГ<sub>MEDUS</sub> среди них ту, которая имеет наибольший коэффициент относительной затратоемкости (KZ).

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

4) Проверяем найденные КСГ<sub>MKB</sub> и КСГ<sub>MEDUS</sub> по справочнику KSG\_SEL.DBF с учетом условий оказания медицинской помощи (поле USL\_OK в справочнике KSG.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар). Если в периоде найдено сочетание (КСГ<sub>MKB</sub>, КСГ<sub>MEDUS</sub>), то выбираем КСГ, указанную в поле KSG\_ID. Иначе, из КСГ<sub>MKB</sub> и КСГ<sub>MEDUS</sub> выбираем ту КСГ, которая имеет наибольшее значение коэффициент относительной затратоемкости.

5) Если определилась одна из перечисленных КСГ, то ошибка:

- «Замена речевого процессора» (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {VOICE=1}),
- «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DIAL=3}),
- «Экстракорпоральное оплодотворение» (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {EKO=1}),
- «реабилитационная» КСГ (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}),
- КСГ профиля «гериатрия» (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {GERIATR=1}).

При определении критерия (диагноз или код номенклатуры), являющегося основным (определяющим отнесение случая к КСГ), следует руководствоваться следующим правилом.

КСГ, найденная по коду диагноза (основного, вторичного) без учета кода номенклатуры услуги, является определенной по коду диагноза (КСГ<sub>MKB</sub>).

КСГ, найденная по коду номенклатуры услуги без учета диагноза (основного, вторичного), является определенной по коду номенклатуры услуги (КСГ<sub>MEDUS</sub>).

В ситуации, когда код диагноза (основной и/или вторичный) и код номенклатуры услуги находятся в одной строке Группировщика KSG\_MAP.DBF, код номенклатуры услуги рассматривается как дополнительный критерий. Основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-10. Найденная КСГ является КСГ, определенной по коду диагноза (КСГ<sub>MKB</sub>).

Следует учесть, что:

- соседние записи в движении пациента в рамках одной госпитализации должны отличаться либо по профилю коек, либо по коду основного диагноза,
- в круглосуточном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ 198 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» с другими КСГ;
- в круглосуточном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ «Замена речевого процессора» с другими КСГ;
- в дневном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ 80 «Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения» с другими КСГ.

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

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

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

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

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

1.3.4.52.19.29 Поле AMOUNT заполняется:

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

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

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

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике для:

- записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1). Равно сумме значений по полю AMOUNT в записях по услугам



диализа, оказанным в рамках данного случая (GUID1 случая=GUID2 услуг диализа). Указывается количество обменов перитонеального диализа. Для перитонеального диализа – не превышает четырехкратного значения поля BED\_DAY

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

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

А) FIN\_ID=1:

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

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

Б) FIN\_ID=8:

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

1.3.4.52.19.31 В поле TAR1\_T указывается тип дополнительного тарифа №1 (справочник TAR\_TYP.DBF). На дату оказания медицинской помощи должен существовать действующий дополнительный тариф №1 по справочнику TAREX.DBF (в соответствии со значением поля TAR\_TYP=TAR1\_T и POS=1).

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

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

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

1.3.4.52.19.34 Поля SP\_DT1, SP\_DT2, SP\_DT3, SP\_DT4 заполняются только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи.

В поле SP\_DT1 указывается дата и время передачи вызова бригаде скорой помощи.

В поле SP\_DT2 указывается дата и время выезда на вызов бригады скорой помощи.

В поле SP\_DT3 указывается дата и время прибытия на место вызова бригады скорой помощи.

В поле SP\_DT4 указывается дата и время начала транспортировки больного бригадой скорой помощи.

Формат кодирования для указанных полей: YYYY-MM-DDTHH<sub>24</sub>:mm, где

YYYY – год (четыре цифры),

MM – месяц (01-12),

DD – день (01-31),

T – символ-разделитель даты и времени,

HH<sub>24</sub> – час (00-23),

mm – минуты (00-59).

1.3.4.52.19.35 В поле TAR2\_T указывается тип дополнительного тарифа №2 (справочник TAR\_TYP.DBF). На дату оказания медицинской помощи должен существовать действующий

дополнительный тариф №2 по справочнику TAREX.DBF (в соответствии со значением поля TAR\_TYP=TAR2\_T и POS=2).

1.3.4.52.19.36 В поле CRIT\_EX указывается перечень кодов дополнительных критериев, применяемых при определении КСГ, на записях коек круглосуточного и дневных стационаров всех типов в файлах по стационару и поликлинике. При наличии нескольких дополнительных критериев все они перечисляются через разделитель «\_» (символ подчеркивания). Заполняется в соответствии со справочником KSG\_CRI.DBF (поле CODE) для указанных условий оказания медицинской помощи (поля USL\_OK в файле персонифицированного учета и справочнике KSG\_CRI.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар).

Дополнительный классификационный критерий «it-интенсивная терапия» (TYP=1 в справочнике KSG\_CRI.DBF) может быть указан только при наличии реанимационных койко-дней (поле BED\_REAN>0).

Дополнительный классификационный критерий «rb-реабилитационная маршрутизация» (TYP=3 в справочнике KSG\_CRI.DBF) может быть указан только на профиле коек «Медицинская реабилитация» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}).

Дополнительный классификационный критерий «rbs-реабилитация при нарушениях слуха» (TYP=4 в справочнике KSG\_CRI.DBF) может быть указан только на профиле коек «Медицинская реабилитация» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}). При этом в поле MEDUS\_ID должны быть указаны все услуги из перечня обязательных при использовании данного критерия (в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {RBS=1}).

1.3.4.52.19.37 В поле CONTR\_N указывается номер контракта (договора), в рамках которого осуществлена закупка лекарственных средств, использованных при лечении. Может быть заполнено на записях коек круглосуточного и дневных стационаров всех типов в файлах по стационару и поликлинике. Обязательно заполняется тогда, когда на койке определяется КСГ «лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях» (в поле PARAM\_EX справочника KSG.DBF имеется параметр ONCO\_DRUG) номером контракта (договора), в рамках которого осуществлена закупка лекарственных препаратов, использованных при лекарственной терапии злокачественных новообразований.

1.3.4.52.19.38 Поле DS1\_PR заполняется во всех файлах об оказанной медицинской помощи, кроме случаев диспансеризации и медицинских осмотров. Для файлов по диспансеризации и медицинских осмотров заполняется непосредственно в элементе SLUCH. Служит для указания признака впервые установленного диагноза (основного): 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается значение «1», если указанный основной диагноз выявлен впервые.

1.3.4.52.19.39 Поле DISP\_OUT заполняется только на записях по осмотрам/исследованиям случая диспансеризации взрослого населения (DISP\_TYP = 1) и инвалидов войн (DISP\_TYP=8). Служит для указания признака выполнения осмотра/исследования ранее и/или вне рамок диспансеризации: 0 – нет, 1 – да. Обязательно указывается «1», если осмотр/исследование, учитываемое при проведении диспансеризации, выполнено ранее и/или вне рамок диспансеризации.

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

Поля, кодируемые в COMENTSL:

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

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

ДД – день рождения;  
 ММ – месяц рождения;  
 ГГ – последние две цифры года рождения;  
 Н – порядковый номер ребёнка (один знак).

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

1.3.4.53.2 В поле NPR\_MO указывается в соответствии с региональным справочником LPU.DBF код медицинской организации из федерального справочника F003, направившей на второй этап диспансеризации.

Код МО из F003 по коду МО из LPU.DBF:  $MCOD_{F003} = 740000 + NPR_{LPU.DBF}$

Заполняется на итоговых записях по случаю второго этапа (DISP\_LEVEL=2) диспансеризации взрослого населения (DISP\_TYP=1) и инвалидов войн (DISP\_TYP=8).

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

1.3.4.53.4 В поле DELETED указывается:

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

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

1.3.4.53.6 В поле FIN\_SRC указывается источник финансирования. Заполняется:

- значением «1» в случае финансирования за счет средств нормированного страхового запаса ФФОМС дополнительных объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС;
- значением «2» в случае финансирования из средств межбюджетного трансферта ФФОМС на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству;
- значением «3» в случае финансирования из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи.

1.3.4.53.7 В поле REV\_ID указывается номер корректировки данных госпитализации предыдущего периода. Уникально в пределах одного типа файла (FILE\_TYPE= «01», «02») одного отчетного периода. Заполняется на записях по корректировке (корректируемая запись PR\_NOV=-1, корректирующая запись PR\_NOV=1).

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

где

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

UUID – шестнадцатеричное представление универсально уникального идентификатора.

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

При формировании GUID1 следует учесть, что:

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

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

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

При этом:

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

- если медицинская организация, в которую переведен пациент, находится на территории Челябинской области, но отсутствует в справочнике или является недействующей на момент окончания оказания медицинской помощи, то в поле LPU\_TO следует указывать значение «-2».

Код медицинской организации, в которую переведен пациент, должен быть отличен от кода медицинской организации лечения (COD\_LPU≠LPU\_TO).

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

При этом:

- для вызовов выездных бригад «при проведении медицинской эвакуации (консультации)» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {EVAC=1}) код медицинской организации, в которую доставили пациента, должен соответствовать справочнику TARIF.DBF (по полю LPU\_TO);

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

- если медицинская организация, в которую доставили пациента, находится на территории Челябинской области, но отсутствует в справочнике или является недействующей на момент окончания оказания медицинской помощи, то в поле LPU\_TO следует указывать значение «-2».

1.3.4.53.10 Поле GUID2 заполняется:

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

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

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

- относится к случаю оплаты по КСГ,

- хронологически предшествует койке, которая на нее ссылается,

- не содержит ссылку (не заполнено поле GUID2).

Следует также учесть, что койки, которые не участвуют в общем алгоритме определения оплаты по КСГ (пункт 1.3.4.52.19.25 Приложения 4 настоящих Правил), не могут содержать ссылку или являться ссылкой для других коек.

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

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

При этом койка должна удовлетворять критериям:

- не является реанимационной (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует параметр {REANIM=1});
- относится к случаю оплаты по КСГ;
- для дневных стационаров предполагает применение гемодиализа или перитонеального диализа (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) и оплачивается по КСГ 43 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DIAL=3}).

2) в поликлинике:

а) на записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа, оказанным в рамках данного случая. На записях по услугам диализа, оказанным в рамках случая лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) указывается ссылка на случай лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (уникальный идентификатор GUID1 записи), в рамках которого проводились процедуры диализа. На записи по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно: уникальный идентификатор GUID1 записи случая;

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

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

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

1.3.4.53.11 В полях SUMD1\_T, SUMD1\_V, SUMD1\_P указывается при наличии информация о дополнительной сумме оплаты №1 в зависимости от типа SUMD1\_T.

1) SUMD1\_T=1 – за услуги диализа.

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

В поле SUMD1\_T указывается значение 1.

В поле SUMD1\_V указывается сумма по услугам диализа ( $S_{DIAL}$ ), выставленная к оплате.

В поле SUMD1\_P указывается сумма по услугам диализа ( $S_{DIAL}$ ), принятая к оплате. Включает в себя сумму, выставленную к оплате (SUMD1\_V), с учетом типа оплаты OPLATA (OPLATA=2 – полный отказ в финансировании).

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

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

$$S_{DIALdetail} = \text{TARIF}_{FIN\_ID=1} * \text{KOL\_USL},$$

где

$\text{TARIF}_{FIN\_ID=1}$  – основной тариф по услуге диализа.

1.1.2) Для тарифицированных коек, оплачиваемых по КСГ ( $\text{TARIF}_{FIN\_ID=1} \neq 0$ ):

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

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

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

В поле SUMD1\_T указывается значение 1.

В поле SUMD1\_V указывается сумма по услугам диализа ( $S_{DIAL}$ ), выставленная к оплате.

В поле SUMD1\_P указывается сумма по услугам диализа ( $S_{DIAL}$ ), принятая к оплате. Включает в себя сумму, выставленную к оплате ( $SUMD1_V$ ), с учетом типа оплаты OPLATA ( $OPLATA=2$  – полный отказ в финансировании).

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

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

$$S_{DIALdetail} = TARIF_{FIN\_ID=1} * KOL\_USL,$$

где

$TARIF_{FIN\_ID=1}$  – основной тариф по услуге диализа.

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

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

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

1.3.4.53.12 В полях SUMD2\_T, SUMD2\_V, SUMD2\_P указывается при наличии информация о дополнительной сумме оплаты №2 в зависимости от типа SUMD2\_T.

1) SUMD2\_T=2 – за доставку диализных больных.

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

В поле SUMD2\_T указывается значение 2.

В поле SUMD2\_V указывается сумма по доставке диализных больных ( $S_{DOST}$ ), выставленная к оплате.

В поле SUMD2\_P указывается сумма по доставке диализных больных ( $S_{DOST}$ ), принятая к оплате. Включает в себя сумму, выставленную к оплате ( $SUMD2_V$ ), с учетом типа оплаты OPLATA ( $OPLATA=2$  – полный отказ в финансировании).

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

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

$$S_{DOSTdetail} = TARIF_{FIN\_ID=6} * KOL\_USL,$$

где

$TARIF_{FIN\_ID=6}$  – дополнительный тариф на доставку диализных больных.

1.2) Для тарифицированных коек, оплачиваемых по КСГ ( $TARIF_{FIN\_ID=1} \neq 0$ ):

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

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

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

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

Для записей в движении пациента круглосуточного и дневных стационаров всех типов равно значению поля DATE\_1 в элементе SLUCH и DATE\_IN в элементе USL на записи, соответствующей первой койке в движении пациента.

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

Для записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа, оказанным в рамках данного случая, равно значению поля DATE\_1 в элементе SLUCH и DATE\_IN в элементе USL на записи, соответствующей записи по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно.

Для записей по диспансеризации/медицинскому осмотру равно значению поля DATE\_1 в элементе SLUCH и DATE\_IN в элементе USL.

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

Для записей в движении пациента круглосуточного и дневных стационаров всех типов равно значению поля DATE\_2 в элементе SLUCH и DATE\_OUT в элементе USL на записи, соответствующей выписной койке в движении пациента (RSLT≠0, ISHOD≠0).

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

Для записей по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно и услугам диализа, оказанным в рамках данного случая, равно значению поля DATE\_2 в элементе SLUCH и DATE\_OUT в элементе USL на записи, соответствующей записи по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно.

Для записей по диспансеризации/медицинскому осмотру равно значению поля DATE\_2 в элементе SLUCH и DATE\_OUT в элементе USL.

1.3.4.53.16 Поле OBR\_VIS в поликлинике и стоматологии заполняется на записях по обращению и по посещениям в рамках обращений.

Указывается признак обращения/посещения в рамках обращения:

1 – на записи обращения;

2 – на записи посещения в рамках обращения.

1.3.4.53.17 Поле CNT\_VISIT в поликлинике и стоматологии заполняется на записях по обращению (поле OBR\_VIS=1). Указывается количество посещений в рамках данного обращения. Равно количеству записей посещений по данному обращению.

1.3.4.53.18 Поле VISIT\_NXT в поликлинике и стоматологии заполняется на записях по обращению и по посещениям в рамках обращений.

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

На записи по обращению (поле OBR\_VIS=1) равно значению поля VISIT\_NXT последнего посещения в рамках данного обращения.

1.3.4.53.19 Поле PR\_D\_N заполняется в файлах по поликлинике, кроме случаев диспансеризации и медицинских осмотров. Для файлов по диспансеризации и медицинских осмотров заполняется непосредственно в элементе SLUCH. Служит для указания признака диспансерного наблюдения: 0 – нет, 1 – состоит, 2 – взят, 4 – снят по причине выздоровления, 6 – снят по другим причинам.

Допустимо указывать на записях по посещениям, по обращениям и посещениям в рамках обращений с лечебно-диагностической целью (PURPOSE=«Л» для PLACE=1,2 или код

основного диагноза не начинается с «Z» для PLACE=7), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}).

Следует учесть, что признак PR\_D\_N не заполняется:

- для специалистов КДЦ (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {KDC=1}),
- для посещений в «приемных отделениях» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PRIEMP=1}),
- на записях по случаю лечения с проведением процедур диализа амбулаторно (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) и на записях по услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1), оказанным в рамках этого случая.

1.3.4.53.20 Поле NPR\_DATE заполняется при указании кода направившей МО:

- в основном файле по оказанной медицинской помощи (файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам) и файле по оказанной ВМП при заполнении поля NPR\_MO – код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию,
- в файле со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам при заполнении поля NPR\_MO – код МО, направившей на 2 этап диспансеризации. Служит для указания даты направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию):
- в файлах персонифицированного учета по параклинике – указывается дата направления на обследование,
- в файлах персонифицированного учета по скорой помощи для вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {EVAC=1}) – указывается дата вызова выездной бригады «для проведения медицинской эвакуации (консультации)» (совпадает со значением поля DATE\_1),
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике для АПП – указывается дата направления пациента в КДЦ для консультации у врача-специалиста,
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару при оказании плановой (FOR\_POM=3) медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (USL\_OK=1) или дневных стационаров (USL\_OK=2) всех типов – указывается дата направления на госпитализацию,
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике на итоговых записях по случаю второго этапа (DISP\_LEVEL=2) диспансеризации взрослого населения (DISP\_TYP = 1) и инвалидов войн (DISP\_TYP=8) – указывается дата направления на второй этап диспансеризации.

1.3.4.53.21 В поле LPU\_REF указывается в соответствии с региональным справочником LPU.DBF:

- в файле со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам – код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра / исследования в рамках случаев диспансеризации или медицинских осмотров. Если медицинская организация находится на территории Челябинской области, но отсутствует в справочнике или является недействующей на дату проведения осмотра/исследования, то в поле LPU\_REF следует указывать значение «-2»;
- в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару для КСГ «лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях», для которых требуется указывать сведения о



первичном планировании консилиумом врачей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 21.01.2016 №68 с изменениями (приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.01.2018 №103) (в KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {ONCO\_DRUG=1}) в круглосуточном и дневных стационарах всех типов – код медицинской организации, которая осуществила первичное планирование консилиумом врачей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 21.01.2016 №68 с изменениями (приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.01.2018 №103). Осуществлять первичное планирование консилиумом врачей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 21.01.2016 №68 с изменениями (приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.01.2018 №103) могут только МО из списка, определенного по справочнику LPUFROM.DBF (поле COD\_LPU) при значении поля TYP=3.

## 2. Файл персональных данных

### 2.1 Информация о передаваемом файле (элемент ZGLV)

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

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

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

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

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

LT – для передачи сведений по оказанной высокотехнологичной медицинской помощи;

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

Например, LM740456S74036\_170501, LTM740062S74057\_170501, LPM740079S74003\_170501.

2.1.4 Поле FILENAME1 обязательно для заполнения. Указывается имя файла со сведениями об оказанной медицинской помощи, с которым связан данный файл, без расширения. Например, HM740456S74036\_140401, TM740062S74057\_170501, DPM740079S74003\_170501.

### 2.2 Персональные данные пациента (элемент PERS)

2.2.1 Поле ID\_PAC обязательно для заполнения. Указывается код записи о пациенте. Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями об оказанной медицинской помощи (элемент SCHET, PACIENT). Поле уникально в пределах одного типа передаваемых данных в отчетном периоде (например, для типа «01 – поликлиника Челябинской области» передаются файлы с видами оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP – I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения»,

тогда в последовательности всех ID\_PAC из этих файлов значения не повторяются и соответствуют последовательности значений ID\_PAC файла персональных данных).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Возраст пациента в год окончания оказания медицинской помощи не должен превышать 130 лет. Дата рождения пациента не должна быть больше даты начала оказания медицинской помощи. Возраст работающего пациента должен быть от 14 до 100 лет. У новорожденного в круглосуточном стационаре дата начала оказания медицинской помощи (поля DATE\_1 в элементе SLUCH и DATE\_IN в элементе USL на первой койке в движении) не может быть меньше даты рождения или больше даты рождения более, чем на один день.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.14 В поле DOST\_P указываются все необходимые коды надежности идентификации представителя пациента:

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

Для каждого значения создается отдельный элемент DOST\_P.

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

2.2.16 Поле DOCTYPE обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. В полях DOCTYPE, DOCSER, DOCNUM указываются данные документа, удостоверяющего личность пациента или представителя пациента при оказании медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения.

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

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

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

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

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

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

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

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

Поля, кодируемые в COMENTP:

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

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

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

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

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

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

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