

Приложение 7
к Правилам информационного взаимодействия при
ведении персонифицированного учета медицинской
помощи, оказанной застрахованным лицам в системе
обязательного медицинского страхования
Челябинской области, утвержденным приказом
Министерства здравоохранения Челябинской области
и территориального фонда обязательного
медицинского страхования Челябинской области
от 10.07.2018 № 1385 / 505

**Порядок учета медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях,
кроме диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения
и случаев лечения с проведением диализа амбулаторно**

1. Для медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (кроме случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением процедур диализа амбулаторно) ведется учет:

- посещений с профилактической целью;
- посещений в неотложной форме;
- разовых посещений по заболеванию;
- обращений в связи с заболеваниями (далее - обращений) и посещений в рамках данных обращений.

1.1. Посещения с профилактической целью:

- В поликлинике и на дому (PLACE=1,2) с профилактической целью (PURPOSE='П');
- По стоматологии (PLACE=7) с профилактической целью (COD_MKB начинается с 'Z').

1.2. Посещения в неотложной форме:

- В поликлинике и на дому (PLACE=1,2) с лечебно-диагностической целью (PURPOSE='Л') и признаком «неотложной помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {NEOTLOG=1});
- По стоматологии (PLACE=7) с лечебной целью (COD_MKB не начинается с 'Z') и признаком «неотложной помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {NEOTLOG=1}).

1.3. Разовые посещения по заболеваниям. К разовым посещениям по заболеванию относятся посещения с лечебно-диагностической целью, которые не предполагают дальнейшие посещения в данной МО по этому же поводу:

- В поликлинике и на дому (PLACE=1,2) 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});
- По стоматологии (PLACE=7) с лечебной целью (COD_MKB не начинается с 'Z'), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}).

1.4. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

В обращение относятся многократные посещения в рамках одной МО до выписки больного. В обращение включаются посещения с лечебно-диагностической целью, кроме посещений в неотложной форме:

- В поликлинике и на дому (PLACE=1,2) с лечебной целью (PURPOSE='Л'), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1});
- По стоматологии (PLACE=7) с лечебной целью (COD_MKB не начинается с 'Z'), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}).

Отдельно обращаем внимание на то, что в файл персонифицированного учета оказанной медицинской помощи включаются только посещения (как в рамках обращения, так и вне обращений), финансируемые из средств ОМС. Учет и анализ обращений в ТФОМС производится по количеству и составу посещений только в рамках ОМС.

1.4.1. Для поликлиники (PLACE=1,2):

Посещения в обращении, кроме последнего, предполагают дальнейшие посещения пациента по этому же поводу. Для каждого посещения в рамках обращения, кроме последнего, указывается назначенная дата следующего посещения (поле VISIT_NXT). Дата следующего посещения в обращении (VISIT_DATE) равна дате назначенного посещения на предыдущем посещении (VISIT_NXT). На последнем посещении поле VISIT_NXT не заполняется, за исключением ситуации «прерванного лечения», когда пациент на последнее назначенное посещение не явился. В том случае, если пациент на последнее назначенное посещение не явился (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF), то обращение считается «прерванным» и на последнем посещении будет заполнено поле VISIT_NXT.

Количество посещений в рамках обращения должно быть не менее двух. Наличие одного посещения в рамках обращения допускается только при наличии разрешенных результатов, определенных по справочнику RsltVld.dbf в соответствии с алгоритмом (пункт 2 Приложения 7 настоящих Правил).

1.4.2. Для стоматологии (PLACE=7):

Если посещение в обращении предполагает дальнейшие посещения пациента в рамках данного обращения, то для него указывается назначенная дата следующего посещения (поле VISIT_NXT). Дата следующего посещения в обращении (VISIT_DATE) равна дате назначенного посещения на предыдущем посещении (VISIT_NXT). На последнем посещении поле VISIT_NXT не заполняется, за исключением ситуации «прерванного лечения», когда пациент на последнее назначенное посещение не явился. В том случае, если пациент на последнее назначенное посещение не явился (результат обращения 2 – «Лечение прервано по инициативе пациента» в соответствии с V009.DBF), то обращение считается «прерванным» и на последнем посещении будет заполнено поле VISIT_NXT.

Количество посещений в рамках обращения должно быть не менее двух. Наличие одного посещения в рамках обращения допускается только при наличии разрешенных результатов, определенных по справочнику RsltVld.dbf в соответствии с алгоритмом (пункт 2 Приложения 7 настоящих Правил).

2. Допустимые результаты (из справочника V009.DBF) оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (кроме случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением диализа амбулаторно).

Допустимые результаты определяются по справочнику RsltVld.dbf.

Поиск по справочнику RsltVld.dbf разрешенных в периоде результатов для посещений/обращений в АПП ведется по следующему алгоритму:

Шаг 1. Применяется фильтр по полю ТУР – тип записи посещения/обращения:

- 1 – посещение с профилактической целью,
- 2 – посещение в неотложной форме,
- 3 – разовое посещение по заболеванию,
- 4 – обращение в связи с заболеванием.

Шаг 2. Применяется фильтр по периоду действия – поля DATE_BEG, DATE_END.

Шаг 3. Для всех оставшихся записей последовательно в порядке возрастания n ($n=1,2,\dots,N$, где N – максимальное количество уровней условий фильтров в справочнике RsltVld.dbf) применяется фильтр по полям условий фильтров COND n по алгоритму:

Шаг 3.1. Если поле COND n пусто, то поиск завершен, искомая строка найдена – допустимые результаты перечислены в поле RSLT. Иначе, в поле COND n задано условие фильтра в формате «Имя_критерия=Значение_критерия» или «Имя_критерия=Перечень_значений_критерия», переходим к Шагу 3.2. Отдельно обращаем внимание на то, что после применения всех фильтров на предыдущих шагах в поле COND n остается только одно «Имя_критерия».

Шаг 3.2. К существующему фильтру добавляется фильтр по полю COND n вида

а) «Имя_критерия=Вычисленное_Значение_критерия»

или

б) «Имя_критерия=Перечень_значений_критерия», для которого «Вычисленное_Значение_критерия» содержится в «Перечень_значений_критерия».

При этом «Вычисленное_Значение_критерия» берется на основании данных файла персонифицированного учета в соответствии со смыслом указанного «Имя_критерия» (указано в описании структуры справочника RsltVld.dbf в Приложении 2 настоящих Правил).

Если записей не остается после применения фильтра по полю COND n , то фильтр по полю COND n заменяется на «Имя_критерия=».

Переходим к Шагу 3.3.

Шаг 3.3. Если $n < N$ (т.е. есть поле со следующим COND n), то устанавливаем $n=n+1$ и переходим к Шагу 3.1. Иначе, поиск завершен, искомая строка найдена – допустимые результаты перечислены в поле RSLT.

Отдельно обращаем внимание на то, что использование результата «14–Динамическое наблюдения» для разовых посещений по заболеванию и обращений с одним посещением предусмотрено в рамках диспансерного наблюдения (PR_D_N=1,2) для диспансерных групп, периодичность осмотров которых превышает интервал 3 месяца.

3. Особенности учета обращений и посещений в рамках обращений.

3.1. Обращение вместе со всеми посещениями в рамках данного обращения учитывается и подается к оплате в отчетном периоде его завершения: дата последнего посещения или назначенная дата следующего посещения на последнем посещении, если обращение завершилось с результатом 2 – «Прервано по инициативе пациента» (в соответствии с V009.DBF). При этом в файл персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, включается как итоговая запись по обращению, так и все записи по посещениям в рамках данного обращения.

3.2. Временной интервал между двумя соседними посещениями и/или между датой посещения и назначенной датой следующего посещения в обращении не превышает 3 месяцев. Временной интервал между первым и последним посещением в обращении или первым посещением и назначенной датой следующего посещения на последнем посещении для «прерванного обращения» не превышает 1 года.

3.3. Перечень и порядок заполнения некоторых полей для итоговой записи обращения и записей посещений в рамках данного обращения. Остальные поля заполняются одинаковыми значениями по общим правилам.

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
Персональные данные, данные полиса и страховая принадлежность [VPOLIC, SPOLIC, NUMBER, FAMILY, NAME, FATHER, DATE, SEX, STATUS, FAM_P, IM_P, OT_P, SEX_P, DATE_P, MR, DOCTYPE, DOCSE, DOCNUM, SNILS, NOVOR, CITYSTREET, HOUSE, IND_HOUSE, ROOM, IND_ROOM, COD_SMO, OS_SLUCH, OKATO_OMS, SMO_NAM, DOST, DOST_P]	=	=	Определяются на дату VISIT_DATE обращения (дату последнего посещения в рамках обращения)
[INV, MSE]	=	=	INV - признак «впервые установлена (1-4) или снята (0) инвалидность»), MSE - признак «направление на МСЭ». В обращениях стоматологии (PLACE=7) не заполняются. Одновременное заполнение полей INV и MSE непустыми значениями допускается только для обращений с количеством посещений 2 и более (CNT_VISIT>=2 на записи по обращению).
NHISTORY	=	=	Номер амбулаторной карты пациента
PLACE	1 или 2 (поликлиника) 7 (стоматология)	1 или 2 (поликлиника) 7 (стоматология)	Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы один PLACE=PLACE обращения. В обращении могут быть или только PLACE поликлиники (1,2), или только PLACE стоматологии (7). Комбинация [COD_SPEC, PLACE, PURPOSE] обращения должна быть допустимой по Тарифному соглашению ТФОМС (существует тариф в TARIF.DBF). Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы одно посещение, у которого одновременно выполняется:
PURPOSE	Л (поликлиника) У (стоматология)	Л (поликлиника) У (стоматология)	
COD_SPEC	Специальность врача обращения	Специальность врача посещения	
IDDOCT	Код врача обращения	Код врача посещения	
KVAL	Квалификация врача обращения	Квалификация врача посещения	

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
			COD_SPEC=COD_SPEСобращения, PLACE=PLACEобращения, PURPOSE= PURPOSEобращения, IDDOCT=IDDOCTобращения, KVAL=KVALобращения.
NPR_MO	Код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для обращения в целом	Код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для посещения у врача-специалиста	Для всех посещений в рамках обращения: NPR_MO=NPR_MOобращения, NPR_DATE= NPR_DATEобращения
NPR_DATE	Дата направления в КДЦ для обращения в целом	Дата направления для посещения у врача-специалиста КДЦ	
VIDPOM	Вид медицинской помощи обращения	Вид медицинской помощи посещения	Определяется по данным записи обращения/посещения соответственно по алгоритму: Если KVAL='Ф' => 11 ИначеЕсли {TERAP=1} => 12 Иначе => 13.
TARIF	Не заполняется	По правилам оплаты (Tarif.dbf)	Тариф и правила оплаты, действующие на дату DATE_END
DATE_TAR	Не заполняется	По правилам оплаты (Tarif.dbf)	Тариф и правила оплаты, действующие на дату DATE_END
DATE_BEG	=	=	Дата начала обращения (=VISIT_DATE первого посещения)
DATE_END	=	=	Дата окончания обращения: =VISIT_DATE последнего посещения или =VISIT_NXT последнего посещения для RSLTобращения=2 (из справочника V009.DBF)
UET	Σ UET посещений (стоматология)	UET посещения (стоматология)	
COD_MKB0	Первичный диагноз обращения	Первичный диагноз посещения	
COD_MKB	Основной диагноз обращения	Основной диагноз посещения	Среди посещений в рамках обращения должен быть хотя бы одно, у которого COD_MKB=COD_MKBобращения и при этом DS1_PR=DS1_PRобращения, PR_D_N= PR_D_Nобращения
DS1_PR	Признак «установлен впервые» для основного диагноза обращения в целом	Признак «установлен впервые» для посещения	
PR_D_N (DN)	Признак «диспансерного наблюдения» для обращения в целом	Признак «диспансерного наблюдения» для посещения	
COD_MKB1	Сопутствующий диагноз обращения	Сопутствующий диагноз посещения	
COD_MKB2	Диагнозы осложнений для обращения	Диагнозы осложнений для посещения	
P_CEL	Цель по V025 для обращения	Цель по V025 для посещения	Определяется для каждой записи соответственно правилу по PCELVLD.DBF при наличии
RSLT	В соответствии с V009	Не заполняется	
ISHOD	В соответствии с V012	Не заполняется	
MEDUS_ID	Признак {sg=1} – консультацию	- Признак {sg=1} – консультацию	При указании признака {sg=1} заполняется одинаковыми

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
	специалиста при обращении в КДЦ получил студент очной формы обучения (КДЦ)	специалиста КДЦ получил студент очной формы обучения (КДЦ) или - Перечень номенклатур медицинских услуг по посещению (стоматология)	значениями на всех записях (по обращению и посещениям в рамках данного обращения)
MEDUS_ID1	Не заполняется		
MEDUS_ID2	Не заполняется		
MEDUS_ID3	Не заполняется		
VISIT_DATE	VISIT_DATE последнего посещения	Дата посещения	
ATTACH	=	=	Прикрепление на дату окончания отчетного периода
NREESTR	=	=	
SUM_K	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
SUMV	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
SUMP	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
FOR_POM	=	=	3 – Плановая
DELETED	=	=	При необходимости, снятию с оплаты по причине превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, подлежит полностью все обращение. На записях по обращению и по посещениям в рамках данного обращения соответствующие поля заполняются одинаковыми значениями: DELETED=3, SANK=62 – «Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС».
SANK	Код санкции МЭК или ФЛК по классификатору F014R или F014 соответственно для записи по обращению	Код санкции МЭК или ФЛК по классификатору F014R или F014 соответственно для записи по посещению	В случае снятия с оплаты по санкции МЭК, кроме причины превышения объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, снятию подлежит полностью все обращение. При этом на записях по обращению и по посещениям в рамках данного обращения: поле DELETED=5; поле SANK может принимать разные значения. Иначе: DELETED=0, SANK=0 для всех записей обращения (по обращению и по посещениям в рамках обращения).
TAR1_T	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
		(Tar_Typ.dbf)	дату DATE_END
TAR1_V	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR1_D	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR1_S	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
GUID1	Уникальный ID записи	Уникальный ID записи	
GUID2	GUID1	GUID1 записи обращения	Ссылка на итоговую запись обращения
VISIT_NXT	VISIT_NXT последнего посещения	VISIT_NXT посещения = VISIT_DATE следующего посещения Не заполняется на записи последнего посещения, кроме RSLTобращения=2 (из справочника V009.DBF)	Назначенная дата следующего посещения в рамках данного обращения. VISIT_NXT <= VISIT_DATE+3мес.
CNT_VISIT	Количество записей по посещениям в рамках обращения	Не заполняется	Количество посещений в обращении. Поликлиника (PLACE=1,2): а) в отчетах за январь и февраль 2017 года: CNT_VISIT>=1 б) с отчета за март 2017 года CNT_VISIT>=2 – если RSLT обращения≠2 (из справочника V009.DBF); CNT_VISIT>=1 – если RSLT обращения=2 (из справочника V009.DBF). Стоматология (PLACE=7): а) в отчетах с января по апрель 2017 года: CNT_VISIT>=1; б) с отчета за май 2017 года CNT_VISIT>=2 – если RSLT обращения≠2 (из справочника V009.DBF); CNT_VISIT>=1 – если RSLT обращения=2 (из справочника V009.DBF).
OBR_VIS	1	2	Признак обращения/посещения: 1 – обращение, 2 – посещение в рамках обращения, 0 – в остальных случаях.
NPL	Признак «неполный объем» для обращения в целом	Признак «неполный объем» для посещения	
DATE_POST	=	=	Дата первого посещения в рамках данного обращения (=VISIT_DATE первого посещения)
DATE_VIPIS	=	=	Дата последнего посещения в рамках данного обращения (=VISIT_DATE последнего посещения)
TAR2_T	Не заполняется	По правилам оплаты (Tar_Typ.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
TAR2_V	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR2_D	Не заполняется	По правилам оплаты (TarEx.dbf)	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
TAR2_S	Не заполняется	По правилам оплаты	Правила оплаты, действующие на дату DATE_END
RES_DOSM	Результат диспансерного осмотра для обращения в целом	Результат диспансерного осмотра для посещения	

3.4. В рамках одного обращения не допускается показывать посещения к специалистам КДЦ (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}) и посещения к другим специалистам.

3.5. Не допускается в рамках одного обращения показывать посещения, включенные в подушевой норматив финансирования, и посещения, не включенные в подушевой норматив финансирования.