**Требования к заполнению файлов персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, кроме диспансеризации, углубленной 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.

Посещение допускается относить к одному из перечисленных типов в зависимости от признаков, приведенных в таблице ниже.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Посещения с профилактической целью** | **Посещения в неотложной форме** | **Разовые посещения по заболеванию** | **Обращения и посещения в рамках данных обращений** |
| Кратность посещений | 1 | 1 | 1 | ≥2 |
| DS1 (для PLACE=7) | начинается с ’Z’ | не начинается с ’Z’ | не начинается с ’Z’ | не начинается с ’Z’ |
| PURPOSE (для PLACE=1,2) | «П» | «Л» | «Л» | «Л» |
| P\_CEL | 2.3, 2.5, 2.6 | 1.1 | 1.0, 1.2, 1.3 | 1.0, 1.2, 3.0 |
| NEOTLOG=1 | - | + | - | - |

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 TYP – 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,…,N, где N – максимальное количество уровней условий фильтров в справочнике RsltVld.dbf разделе «Структура файлов НСИ» на http://foms74.ru/page/pravila\_informatsionnogo\_vzaimodeystviya) применяется фильтр по полям условий фильтров CONDn по алгоритму:

Шаг 3.1. Если поле CONDn пусто, то поиск завершен, искомая строка найдена – допустимые результаты перечислены в поле RSLT. Иначе, в поле CONDn задано условие фильтра в формате «Имя\_критерия=Значение\_критерия» или «Имя\_критерия=Перечень\_значений\_критерия», переходим к Шагу 3.2. После применения всех фильтров на предыдущих шагах в поле CONDn остается только одно «Имя\_критерия».

Шаг 3.2. К существующему фильтру добавляется фильтр по полю CONDn 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).

Если записей не остается после применения фильтра по полю CONDn, то фильтр по полю CONDn заменяется на «Имя\_критерия=».

Переходим к Шагу 3.3.

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

Для записи комплексного посещения в амбулаторных условиях по профилю «медицинская реабилитация» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX указан параметр {REABIL=2}) в поле «Цель посещения» (P\_CEL) необходимо указывать значение «Посещение по заболеванию» (1.0).

3. Особенности учета обращений и посещений в рамках обращений.

3.2. 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 302 – «Прервано по инициативе пациента» (в соответствии с V009). 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.

3.4. 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 обращении | Примечания |
| --- | --- | --- | --- |
| Персональные данные, данные полиса и страховая принадлежность[VPOLIC, SPOLIC, NUMBER, FAMILY, NAME, FATHER, DATE, SEX, FAM\_P, IM\_P, OT\_P, SEX\_P, DATE\_P, MR, DOCTYPE, DOCSER, DOCNUM, SNILS, NOVOR, 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. |
| NHISTORY | = | = | Номер амбулаторной карты пациента |
| NPR\_MO | Код медицинской организации, из которой пациент направлен для обращения в целом | Не заполняется  |  |
| NPR\_DATE | Дата направления для обращения в целом | Не заполняется  |
| VIDPOM | Вид медицинской помощи обращения | Вид медицинской помощи посещения | Определяется по данным записи обращения/посещения соответственно по алгоритму:Если {TERAP=1} => 12 Иначе => 13. |
| TARIF | По правилам оплаты (Tarif.dbf) | Не заполняется | Тариф и правила оплаты, действующие на дату DATE\_2  |
| DATE\_1 | = | = | Дата начала обращения (=VISIT\_DATE первого посещения) |
| DATE\_2 | = | = | Дата окончания обращения: =VISIT\_DATE последнего посещения  |
| DS0 | Первичный диагноз обращения | Первичный диагноз посещения |  |
| DS1 | Основной диагноз обращения | Основной диагноз посещения | У всех посещений в рамках обращения значения DS1 должны входить в одну рубрику МКБ, за исключением посещений с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID – 19 (U07.1, U07.2), финансируемых за счет средств иных межбюджетных трансфертов (DS1\_ITOG=U07.1,U07.2). Среди посещений в рамках обращения должно быть хотя бы одно, у которого DS1=DS1 обращенияи при этомDS1\_PR=DS1\_PR обращения,DN = DN обращения,C\_ZAB = C\_ZAB обращения |
| DS1\_PR | Признак «установлен впервые» для основного диагноза обращения в целом | Признак «установлен впервые» для посещения |
| DN | Признак «диспансерного наблюдения» для обращения в целом.Допустимы значения: 0 (не указано);1 (состоит) | Признак «диспансерного наблюдения» для посещения.Допустимы значения: 0 (не указано);1 (состоит) |
| C\_ZAB | Характер заболевания для обращения в целом | Характер заболевания для посещения |
| DS2 | Сопутствующий диагноз обращения | Сопутствующий диагноз посещения |  |
| DS3 | 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 |  |
| VID\_VME | Перечень номенклатур медицинских услуг по обращению | - перечень номенклатур медицинских услуг по посещению- перечень номенклатур медицинских услуг по посещению (стоматология) | Перечень номенклатур указывается в соответствии с V001 и с USLUGI.DBF. |
| VISIT\_DATE | VISIT\_DATE последнего посещения | Дата посещения |  |
| ATTACH | = | = | Прикрепление на дату окончания отчетного периода |
| SUMV\_USL | По правилам оплаты | Не заполняется | Правила оплаты, действующие на дату DATE\_2  |
| SUM\_M | По правилам оплаты | Не заполняется | Правила оплаты, действующие на дату DATE\_2 |
| FOR\_POM | = | = | 3 – Плановая |
| GUID2 | SL\_ID | SL\_ID записи обращения | Ссылка на итоговую запись обращения |
| VISIT\_NXT | VISIT\_NXT последнего посещения | VISIT\_NXT посещения = VISIT\_DATE следующего посещенияНе заполняется на записи последнего посещения, кроме RSLT обращения=302 (из справочника V009) | Назначенная дата следующего посещения в рамках данного обращения.VISIT\_NXT <= VISIT\_DATE+3мес. |
| OBR\_VIS | 1 | 2 | Признак обращения/посещения:1 – обращение,2 – посещение в рамках обращения |
| NPL | Признак «неполный объем» для обращения в целом | Признак «неполный объем» для посещения  |  |
| S\_OSN | 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 наличия санкции МЭК или ФЛК по причинам превышения объемов предоставления медицинской помощи и превышения размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, снятию с оплаты подлежит полностью все обращение. На записях по обращению и по посещениям в рамках данного обращения соответствующие поля заполняются одинаковыми значениями: либо S\_OSN =122 – «Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования», либо S\_OSN =123 «Предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» –. В случае снятия с оплаты по санкции МЭК, кроме причин S\_OSN =212 и S\_OSN =213 , снятию подлежит полностью все обращение. При этом на записях по обращению и по посещениям в рамках данного обращения: в поле S\_OSN допускается указывать разные значения. Иначе: S\_OSN =0 для всех записей обращения (по обращению и по посещениям в рамках обращения). |
| DATE\_Z\_1 | = | = | Дата первого посещения в рамках данного обращения (=VISIT\_DATE первого посещения) |
| DATE\_Z\_2 | = | = | Дата последнего посещения в рамках данного обращения (=VISIT\_DATE последнего посещения) |
| DS\_ONK | Признак подозрения на ЗНО для обращения в целом | Признак подозрения на ЗНО для посещения |  |
| NAPR | Сведения о направлениях при подозрении или ЗНО для обращения в целом | Сведения о направлениях при подозрении или ЗНО для посещения |  |
| ONK\_SL | Сведения о случае лечения онкозаболевания для обращения в целом  | Сведения о случае лечения онкозаболевания для посещения |  |
| ONK\_USL | Сведения об услугах при лечении онкозаболевания для обращения в целом | Сведения об услугах при лечении онкозаболевания для посещения |  |
| CONS | Сведения о проведении консилиума для обращения в целом | Сведения о проведении консилиума для посещения |  |
| IDSP | Код способа оплаты для записи обращения | Код способа оплаты для записи посещения |  |
| COD\_SPEC | Специальность врача обращения | Специальность врача посещения | В обращении должны быть или только PLACE поликлиники (1,2), или только PLACE стоматологии (7).Комбинация [COD\_SPEC, PLACE, PURPOSE] обращения должна быть допустимой по Тарифному соглашению (существует тариф в TARIF.DBF).Для последнего посещения в рамках обращения должны одновременно выполняться все перечисленные ниже условия:COD\_SPEC=COD\_SPEC обращения,PLACE=PLACE обращения,PURPOSE= PURPOSE обращенияIDDOCT=IDDOCT обращения |
| PLACE | 1 или 2 (поликлиника) | 1 или 2 (поликлиника) |
| 7 (стоматология) | 7 (стоматология) |
| PURPOSE | Л (поликлиника) | Л (поликлиника) |
| У (стоматология) | У (стоматология) |
| IDDOCT | Код врача обращения | Код врача посещения |
| SG | SG = 1 – консультацию специалиста при обращении в КДЦ получил студент очной формы обучения (КДЦ) | SG = 1 – консультацию специалиста при посещении в КДЦ получил студент очной формы обучения (КДЦ) | При указании признака 1 заполняется одинаковыми значениями на всех записях (по обращению и посещениям в рамках данного обращения). |

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

3.6 В рамках одного обращения не допускается показывать посещения, оказанные в рамках базовой программы ОМС (OVER\_BASE=0), и посещения, оказанные в рамках сверх базовой программы ОМС (OVER\_BASE≠0).

3.7 В рамках одного обращения не допускается показывать посещения с заболеванием и(или) подозрением на заболевание COVID-19, оплачиваемые за счет средств иных межбюджетных трансфертов (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX указан параметр {DS1\_ITOG=U07.1,U07.2}), и посещения, оплачиваемые из других источников (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует параметр {DS1\_ITOG=U07.1,U07.2}).

4. Комплексное посещение в амбулаторных условиях по профилю «медицинская реабилитация» предъявляется к оплате, как законченный случай (Z\_SL), который состоит из случая (SL) со сведениями об услугах (USL). Услуги по медицинской реабилитации передаются в поле VID\_VME «Вид медицинского вмешательства» и заполняются в соответствии с классификатором V001 «Номенклатура медицинских услуг» при указании в поле CODE\_USL значения N2. Случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях считается законченным и подлежит оплате, если предъявлены все услуги, которые определены для данного вида медицинской реабилитации с соблюдением минимального количества их выполнения в один день, а также минимального количества дней (кратности) выполнения в соответствии со справочником структуры комплексного посещения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по медицинской реабилитации- REABSPC.dbf. При предъявлении в составе комплексного посещения услуги, для которой в REABSPC проставлен признак необязательности (MUST=0), минимальное количество услуг должно быть оказано и передано в рамках случая. Перечень допустимых услуг в составе комплексного посещения по медицинской реабилитации проверяется по справочнику REABUSL.DBF- «Перечень кодов номенклатуры в составе комплексного посещения по медицинской реабилитации».

 Тариф по комплексному посещению должен быть указан в поле USL/TARIF на записи с кодом услуги (CODE\_USL) равным «T0».

 Дата начала оказания услуги (DATE\_IN) в рамках комплексного посещения по медицинской реабилитации должна быть равна дате окончания оказания услуги (DATE\_OUT). Дата начала/окончания оказания услуги не должна выходить за рамки случая комплексного посещения по медицинской реабилитации (DATE\_1/DATE\_2), а, следовательно, законченного случая комплексного посещения по медицинской реабилитации (DATE\_Z\_1/ DATE\_Z\_2).

Для указания оценки состояния пациента, которому оказана медицинская помощь в амбулаторных условиях по профилю «медицинская реабилитация», необходимо заполнять поле SHRM\_ID «Итоговая оценка по ШРМ» в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи (E-файл). Заполняется оно значением поля ID из справочника 1.2.643.5.1.13.13.11.1516 Интерпретация результатов оценки по клиническим шкалам и опросникам (https://nsi.rosminzdrav.ru/#!/refbook/1.2.643.5.1.13.13.11.1516/).