

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 26.02.2021 № 280/172

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.

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	-	+	-	-

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.

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. 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.

3. Особенности учета обращений и посещений в рамках обращений.

3.1. В обращение допустимо включать только посещения, для кода специальности которых (COD_SPEC) в справочнике Tarif.dbf существует тариф за обращение, действующий на дату окончания обращения (DATE_2).

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 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.

3.3. 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.

3.4. 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 обращения	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, DOCSE, 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
IDDOCT	Код врача обращения	Код врача посещения	IDDOCT=IDDOCT обращения
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 или VISIT_NXT последнего посещения для RSLT обращения = 2 (из справочника V009.DBF)
DS0	Первичный диагноз обращения	Первичный диагноз посещения	
DS1	Основной диагноз обращения	Основной диагноз посещения	У всех посещений в рамках обращения значения DS1 должны

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
DS1_PR	Признак «установлен впервые» для основного диагноза обращения в целом	Признак «установлен впервые» для посещения	входить в одну рубрику МКБ Среди посещений в рамках обращения должно быть хотя бы одно, у которого DS1=DS1 обращения и при этом DS1_PR=DS1_PR обращения, DN = DN обращения, C_ZAB = C_ZAB обращения
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 PCELVLDBF 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 USLUGLDBF.
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 посещения Не заполняется на записи последнего посещения, кроме RSLT обращения=2 (из справочника V009.DBF)	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	

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
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, 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: 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 объёмов 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: 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	Сведения о проведении	

Поле	Итоговая запись по обращению	Запись по посещению в рамках обращения	Примечания
	консилиума для обращения в целом	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 ТФОМС (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 обращения
PLACE	1 или 2 (поликлиника)	1 или 2 (поликлиника)	
	7 (стоматология)	7 (стоматология)	
PURPOSE	Л (поликлиника)	Л (поликлиника)	
	У (стоматология)	У (стоматология)	
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).