

Приложение 4  
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 входного контроля файлов персонифицированного учета медицинской помощи

1. Входной контроль файлов персонифицированного учета медицинской помощи проводится в целях:

1) проверки реестров счетов на соответствие порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования установленному приказом ФФОМС от 07.04.2011 г. №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;

2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика), а также выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования;

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 части сроков и порядка предоставления реестров счетов;

в) действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

4) проверки обоснованности применения тарифов на оплату медицинской помощи, расчета их стоимости в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, способом оплаты медицинской помощи;

5) выявления превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

### 1.1 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, текущей редакции соответствует значение – «3.1».

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),

«Д» – диспансеризация и медицинские осмотры,

«С» – медицинская помощь при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (далее – медицинская помощь при подозрении и ЗНО).

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 – «инвалидов войн»,

«V» – второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе второй этап диспансеризации отдельных категорий граждан – «инвалидов войн»,

«О» – профилактические медицинские осмотры взрослого населения, выполняемые в качестве самостоятельного мероприятия,

«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» – профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних.

После порядкового номера года и месяца отчетного периода, указывается тип передаваемых данных:

0 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области;

1 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ.

Последние три символа в имени файла содержат в себе порядковый номер файла, который присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «001», увеличиваясь на единицу для каждого следующего архива в данном отчетном периоде.

1.1.4 Поле SD\_Z обязательно для заполнения. Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включенных в файл. Равно количеству элементов ZAP в файле.

*Примечание.*

1) В файлах:

1.1) 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.

1.2) по оказанной ВМП передаются все случаи лечения в круглосуточном стационаре, оплата которых производится по тарифу для ВМП. При этом в случае лечения по ВМП передается одна профильная койка, оплачиваемая по ВМП, количество реанимационных койко-дней передается в поле BED\_REAN файла с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, или одна реанимационная койка (COD\_SPEC={1149, 1150, 1559, 1951}) при условии, что RSLT=105. ВМП подается к оплате только тогда, когда она оказана в полном объеме. Если в движении, содержащем случай лечения по ВМП, есть койки или услуги, не относящиеся к лечению по ВМП, то они передаются в файлах об оказанной медицинской помощи по условиям, установленных в пункте 2 примечания.

2) Сведения по законченному случаю оказания медицинской помощи (кроме ВМП, диспансеризации или медицинским осмотрам) передаются:

2.1) в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования при наличии в одном из случаев (кроме ВМП, диспансеризации или медицинских осмотров), входящих в данный законченный случай, сведений о выявлении подозрения на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1), или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47);

2.2) иначе, в основном файле.

3) Для 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) Для 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}), по профилю «Медицинская реабилитация» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=2}) или по профилю «Онкология» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=6}) движение пациента должно состоять только из одной профильной койки;

4.2) случай оказания медицинской помощи по профилям «Сосудистой хирургии» (плановая коронарография) и «Кардиологические» (плановая коронарография) (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX содержится элемент {OVER\_BASE=3}), 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, в случае наличия реанимационных койко-дней, их количество передается в поле BED\_REAN файла с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи. При этом в движении пациента (госпитализации) допускается наличие коек, не относящихся к указанным случаям оказания медицинской помощи.

5) В госпитализации круглосуточного (PLACE={5, 14}, PURPOSE=K) и дневных стационаров (в том числе в случае проведения диализа в дневном стационаре) всех типов (PLACE=5, PURPOSE=Д; PLACE=6) необходимо 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). Случай проведения диализа в дневном стационаре должен содержать одну запись койки по случаю проведения диализа в дневном стационаре (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL, содержится элемент {KPG=0} и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) и не менее одной записи по оказанным в рамках данного случая услугам диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4).

6) Для оказанной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ, используется только одна модель КСГ, действующая в отчетном периоде.

7) Для случаев лечения с проведением диализа амбулаторно передаются как записи по случаю лечения, так и записи по услугам диализа, оказанным в рамках этого случая. При этом

необходимо различать запись по случаю лечения с проведением 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) Для обращений в связи с заболеванием (далее - обращения) передаются как итоговые записи по обращению, так и записи по посещениям в рамках данного обращения. При этом необходимо различать итоговую запись по обращению (поле OBR\_VIS=1) и записи по посещениям в рамках этого обращения (поле OBR\_VIS=2). Оплата при этом производится по обращениям (записи по посещениям не тарифицируются). Обращение и посещения в рамках данного обращения учитываются и подаются к оплате в отчетном периоде, который определяется по дате окончания лечения. 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 используется следующие правила статистики:

- для дневного стационара:

«ДатаОкончания – ДатаНачала + 1»;

- для круглосуточного стационара:

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

10) В сведении о законченном случае (элемент Z\_SL) передается:

- госпитализация круглосуточного или дневного стационара (в том числе случай проведения диализа в дневном стационаре): все записи по койкам в движении (в том числе по случаю диализа в дневном стационаре), за исключением реанимационных коек, и записи по услугам диализа при наличии.

Реанимационный профиль койки передается в рамках случая госпитализации однократно при выполнении одного из следующих условий:

- если реанимационная койка подлежит оплате по тем КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REAN2=1}, при этом в законченном случае должна присутствовать, по крайней мере, одна профильная койка, подлежащая оплате по КСГ, с тем же кодом основного диагноза, что на реанимационной койке;
- если случай госпитализации является чистой реанимацией (в законченном случае присутствует только реанимационная койка);

Реанимационный профиль койки передается в рамках случая госпитализации дважды, при одновременном выполнении следующих условий:

- если случай госпитализации является чистой реанимацией (в законченном случае присутствуют только реанимационные койки);
- если обе койки подлежат оплате по КСГ и имеют один код основного диагноза (DS1);
- если одна из реанимационных коек подлежит оплате по тем КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REAN2=1}.

- случай диспансеризации или медицинского осмотра: итоговая запись по случаю и записи по осмотрам/ исследованиям,

- обращение: итоговая запись по обращению и записи по посещениям в рамках данного обращения,

- случай проведения диализа амбулаторно: запись по случаю и записи по услугам диализа,

- посещение (вне обращения),

- вызов скорой медицинской помощи,

- параклиническое обследование.

Если в один элемент Z\_SL объединены несколько элементов SL с одинаковыми непустыми значениями поля GUID2 (ссылка на SL\_ID итоговой записи законченного случая), то итоговой записью по законченному случаю является:

- для госпитализации: выписная койка,
- для случая диспансеризации или медицинского осмотра: итоговая запись по случаю,
- для обращения: итоговая запись по обращению,
- для случая проведения диализа амбулаторно: запись по случаю диализа.

Для записей с незаполненным полем GUID2 элемент Z\_SL содержит только один элемент SL, являющийся итоговой записью:

- посещение вне обращения,
- вызов скорой медицинской помощи,
- параклиническое обследование.

При формировании реестров счетов необходимо учесть, что:

- ряд полей (VIDPOM, P\_OTK, RSLT, RSLT\_D, ISHOD, IDSP) в элементе Z\_SL заполняется значениями итоговой записи. При этом в законченном случае (госпитализация, обращение) допустимо включать сведения, подлежащие передаче в разных файлах. Тогда, указанные поля Z\_SL одного законченного случая в каждом из этих файлов будут заполнены одинаковыми значениями, соответствующими итоговой записи (выписная койка в госпитализации, итоговая запись по обращению). Например, если госпитализация содержит как койки по ВМП, так и койки, не относящиеся к лечению по ВМП, то передача сведений по такой госпитализации будет осуществлена одновременно в нескольких файлах: (Н,Т), или (Т,С) – в зависимости от наличия сведений о ЗНО или подозрении на ЗНО. В поле P\_OTK элемента Z\_SL передается признак отказа от диспансеризации или медицинского осмотра в целом (соответствует P\_OTK итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра);
- при передаче одного законченного случая в нескольких файлах поле IDCASE элементов Z\_SL для него должно быть заполнено одинаковыми значениями в каждом из файлов;
- при передаче одного законченного случая в нескольких файлах связанные с ним сведения о пациенте должны быть одинаковыми в каждом из файлов;
- значения полей SUMV, SUMP, SANK\_IT и содержимое элементов SANK для элемента Z\_SL в файле формируется только по записям вложенных SL этого файла;
- ряд полей в элементе Z\_SL (USL\_OK, FOR\_POM, NPR\_MO, NPR\_DATE, LPU, VBR, DATE\_Z\_1, DATE\_Z\_2, KD\_Z, OS\_SLUCH, VB\_P, OPLATA) являются одинаковыми для всех записей вложенных SL (как в одном файле, так и в случае передачи одного законченного случая в нескольких файлах);
- поля IDSP, VIDPOM, для каждого вложенного SL передаются в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID;
- поле P\_OTK для каждого вложенного SL передается в элементе USL.

11) Дополнительные параметры, используемые в справочниках (поле PARAM\_EX), выделены в отдельный справочник PARAM\_EX.dbf, который публикуется на сайте ТФОМС Челябинской области по адресу: <http://foms74.ru/>.

В данном справочнике описаны особенности применения дополнительных параметров для кодов тарифов, используемых при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области.

12) Перечень технологических правил реализации ФЛК для дополнительных сведений об оказанной медицинской помощи (файл Е) приведены в справочнике Q022R опубликованном на сайте <http://foms74.ru/>.

13) Перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК для дополнительных сведений об оказанной медицинской помощи (файл Е) приведены в справочнике Q023R опубликованном на сайте <http://foms74.ru/>.

## 1.2 Информация о счете (элемент SCHET)

1.2.1 Поле CODE обязательно для заполнения. Указывается код записи счета, 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. Указывается номер счета (реестра). NSCHET формируется автоматически на этапе приема реестра счета от МО по следующему принципу:

$KMOiSMOiYYMMN$ , где

K – константа, обозначающая передаваемые данные:

H – сведения об оказанной медицинской помощи (основной файл);

T – сведения об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи;

C – сведения об оказанной медицинской помощи при подозрении на ЗНО или установленном диагнозе ЗНО;

DP – сведения об оказанной медицинской помощи в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

DV – сведения об оказанной медицинской помощи в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

DO – сведения об оказанной медицинской помощи в рамках профилактических осмотров взрослого населения;

DS – сведения об оказанной медицинской помощи в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

DU – сведения об оказанной медицинской помощи в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

DF – сведения об оказанной медицинской помощи в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

MOi – реестровый номер МО (по справочнику LPU.dbf - 4 символа);

SMOi – реестровый номер СМО (по справочнику SMO.dbf - 3 символа);

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода;

MM – порядковый номер месяца отчетного периода;

N – тип файла:

0 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области;

1 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ.

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. Поле не заполняется.

1.2.8 В поле SUMMAV указывается сумма по счету, выставленная на оплату МО. Равна сумме значений полей SUMV (элемент Z\_SL) по всем позициям счета в файле.

1.2.9 Поле COMENTS не заполняется.

1.2.10 В поле SUMMAP указывается сумма по счету, принятая к оплате СМО (ТФОМС Челябинской области). Равна сумме значений полей SUMP (элемент Z\_SL) по всем позициям счета в файле. 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 константой из имени файла, обозначающую передаваемые данные: DP, DV, DO, DS, DU, DF. В основном файле по оказанной медицинской помощи, в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО 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 передается повторно после исправления.

Правила оформления исправленных записей:

- записи содержат сведения об оказанной медицинской помощи для застрахованных лиц Челябинской области;
- при исправлении хотя бы одной записи в движении подается к исправлению полностью весь законченный случай;
- год окончания оказания медицинской помощи равен году отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE\_Z\_2.

$SCHE.T.YEAR=YEAR(ZAP.Z\_SL.DATE\_Z\_2);$

- допускается однократно предъявлять к исправлению отклоненные позиции реестра счета по выявленным при медико-экономическом контроле нарушениям (дефектам) в том же отчетном периоде, в котором они были отклонены, за исключением нарушений «Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС» (код ошибки 62).

При этом допускается изменять сведения в элементах Z\_SL, SL, USL за исключением:

- 1) условий оказания медицинской помощи (поле USL\_OK);
- 2) кода МО лечения (поле LPU);
- 3) кода МО прикрепления (поле ATTACH в файле с дополнительными сведениями об

оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID);

4) номера истории болезни/талона амбулаторного пациента/карты вызова скорой медицинской помощи (поле NHISTORY);

5) персональных сведений (в файле об оказанной медицинской помощи («Н», «Т», «С», «D») элемент PACIENT и связанные с ним по ID\_PAC сведения из соответствующего файла персональных данных «L», «LT», «LC», «LD»).

6) Дату окончания законченного случая (поле DATE\_Z\_2) допустимо менять только в рамках отчетного периода, в котором был подан случай;

- допускается однократно предъявлять к исправлению ранее отклоненные позиции реестра счета по выявленным при медико-экономическом контроле нарушениям (дефектам) «Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС» (код ошибки 62), при этом не допускается изменять сведения об оказанной медицинской помощи.

### 1.3.3 Сведения о пациенте (элемент PACIENT)

1.3.3.1 Поле ID\_PAC обязательно для заполнения. Указывается код записи о пациенте. Необходимо для связи с файлом персональных данных. Соответствует аналогичному полю в файле персональных данных (элемент PERS). Поле уникально в пределах одного отчетного периода.

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. Поле не заполняется.

1.3.3.6 Поле SMO заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений не заполняется. 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. Поле 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 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, в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО 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).

При впервые установленной инвалидности допускается указывать 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 начала оказания медицинской помощи (DATE\_Z\_1).

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, в файле по оказанной ВМП и в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО. Обязательно указывается значение «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы:

- 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 (PLACE=6);

- на записях госпитализации круглосуточного и дневного стационара (PLACE={5, 14}).

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.

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

1.3.3.12 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 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 (до двух знаков).

Признак новорожденного указывается 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 законченного случая одинаковыми значениями.

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, в файле по оказанной ВМП и в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО. 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.

Значение VNOV\_D не должно быть менее 200 и более 2500 грамм.

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

### 1.3.4 Сведения о законченном случае

1.3.4.1 Поле IDCASE обязательно для заполнения. Указывается номер записи в реестре законченных 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.

При оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (PLACE={5, 14}, PURPOSE=K) необходимо указывать код условия оказания медицинской помощи 1 (Стационарно); при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (PLACE=5, PURPOSE=D; PLACE=6) – 2 (В дневном стационаре); при оказании медицинской помощи в поликлинике, на дому и стоматологии (PLACE={1, 2, 7}) – 3 (Амбулаторно); при оказании скорой медицинской помощи (PLACE=20) – 4 (Вне медицинской организации). При оказании параклинических услуг (PLACE=10) указывается код условия оказания основной медицинской помощи, при которой оказана данная параклиническая услуга. Допустимо указывать значение 1 (Стационарно) для параклинических услуг, для которых в справочнике

SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {USL\_OK=1} и значение 3 (Амбулаторно) для параклинических услуг, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {USL\_OK=3}.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется) – помощь всегда оказывается в амбулаторных условиях «3 – (АПМП)».

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;
- 14 – первичная медико-санитарная помощь с применением телемедицинских технологий;
- 2 – скорая, в том числе специализированная, 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.

Заполняется значением поля VIDPOM, соответствующим итоговой записи SL в законченном случае оказания медицинской помощи (выписная койка в госпитализации/итоговая запись по обращению/запись по случаю диализа амбулаторно/итоговая запись по случаю диспансеризации или медицинского осмотра/посещение вне обращения/вызов скорой медицинской помощи/параклиническое обследование). Значение VIDPOM для каждого вложенного SL передается в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID.

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

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3), кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам, необходимо 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».

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1) необходимо указывать коды формы оказания медицинской помощи:

- 1 – если помощь оказывалась при экстренной госпитализации;
- 3 – если помощь оказывалась при плановой госпитализации.

При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK=2) необходимо указывать код формы оказания медицинской помощи «3 – Плановая».

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}), по профилю «Медицинская реабилитация» (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=2}), по профилям «Сосудистой хирургии» (плановая коронарография) и «Кардиологические» (плановая коронарография) (для кодов тарифов в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=3}) осуществляется в круглосуточном стационаре в плановой форме (FOR\_POM=3).

При оказании параклинических услуг (PLACE=10) форма оказания медицинской помощи указывается в зависимости от условий оказания основной медицинской помощи.

При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) необходимо указывать код формы оказания медицинской помощи «1» или «2».

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

- при оказании параклинических услуг (PLACE=10) – код медицинской организации, направившей на обследование и действующей на дату направления;
- при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) 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)»;
- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) – код действующей на дату направления медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для консультации у врача-специалиста;
- при оказании плановой (FOR\_POM=3) медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (USL\_OK=1) или при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров (USL\_OK=2) всех типов – код действующей на дату направления медицинской организации, направившей на госпитализацию;
- для медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) – код действующей на дату направления медицинской организации, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию), при наличии направления.

Значение параметра «Код направившей МО по LPU.DBF», используемого при проверке корректности заполнения, допускается получать 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.

При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) – 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).

Поле обязательно для заполнения при оказании параклинических услуг (PLACE=10); для консультаций специалистами КДЦ в поликлинике (PLACE={1, 2}) (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {KDC=1}); для плановых госпитализаций круглосуточного стационара (PLACE={5, 14}; PURPOSE=K) и госпитализаций дневных стационаров всех типов (PLACE=5, PURPOSE=Д; PLACE=6).

Для файлов персонифицированного учета застрахованных лиц на территории Челябинской области консультативную помощь вправе получать пациент, направленный из АПП медицинской организации - Фондодержателя, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи (ATTACH\_VIS=«Код направившей МО по LPU.DBF»). Для студентов очной формы обучения и в случае, когда направляющая МО является КДЦ, проверка прикрепления для оказания первичной медико-санитарной помощи к направившей МО не осуществляется. 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.

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»).

Подаются на оплату параклинические услуги (PLACE=10), оказанные по направлениям из медицинских организаций Челябинской области (NPR\_MO начинается с «74»):

- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи (USL\_OK=3) только в том случае, если направившая МО оказывает амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (TYPE1 = «ИСТИНА» в справочнике LPU.DBF для «Код направившей МО по LPU.DBF»);

- при оказании стационарной помощи (USL\_OK=1) только в том случае, если направившая МО оказывает стационарную медицинскую помощь (TYPE2 = «ИСТИНА» в справочнике LPU.DBF для «Код направившей МО по LPU.DBF»).

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

1.3.4.6 Поле NPR\_DATE заполняется при заполнении поля NPR\_MO – код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию). Служит для указания даты направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию):

- при оказании параклинических услуг (PLACE=10) – указывается дата направления на обследование,

- при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) 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\_Z\_1),

- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) – указывается дата направления пациента в КДЦ,

- при оказании плановой (FOR\_POM=3) медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (USL\_OK=1) или при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров (USL\_OK=2) всех типов – указывается дата направления на госпитализацию,

- для медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) – указывается дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) при его наличии.

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

Значение поля не должно быть больше DATE\_Z\_1, и не должно быть меньше поля DR.

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

1.3.4.8 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.

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

1.3.4.9 Поле DATE\_Z\_1 заполняется датой начала лечения (поступления). Указывается дата начала госпитализации, или дата первого посещения в рамках обращения, или дата начала случая лечения с проведением диализа амбулаторно, или дата начала диспансеризации/медицинского осмотра, или дата посещения вне обращения, или дата начала вызова скорой помощи, или дата начала проведения обследования в параклинике.

Для записей в движении пациента круглосуточного и дневных стационаров всех типов равно значению поля DATE\_1 в элементе SL 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 диализа амбулаторно и услугам диализа, оказанным в рамках данного случая, равно значению поля DATE\_1 в элементе SL на записи, соответствующей записи по случаю лечения с проведением диализа амбулаторно.

Для записей по диспансеризации/медицинскому осмотру равно значению поля DATE\_1 в элементах SL.

Для посещения вне обращения, вызова скорой помощи, обследования в параклинике равно значению поля DATE\_1 в элементе SL.

**1.3.4.10** Поле DATE\_Z\_2 заполняется датой окончания лечения (выписки). Указывается дата окончания госпитализации, или дата последнего посещения в рамках обращения, или дата окончания случая лечения с проведением диализа амбулаторно, или дата окончания диспансеризации/медицинского осмотра, или дата посещения вне обращения, или дата окончания вызова скорой помощи, или дата окончания проведения обследования в параклинике.

Для записей в движении пациента круглосуточного и дневных стационаров всех типов равно значению поля DATE\_2 в элементе SL на записи, соответствующей выписной койке в движении пациента.

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 диализа амбулаторно и услугам диализа, оказанным в рамках данного случая, равно значению поля DATE\_2 в элементе SL на записи, соответствующей записи по случаю лечения с проведением диализа амбулаторно.

Для записей по диспансеризации/медицинскому осмотру равно значению поля DATE\_2 в элементах SL.

Для посещения вне обращения, вызова скорой помощи, обследования в параклинике равно значению поля DATE\_2 в элементе SL.

**1.3.4.11** Поле KD\_Z является условно-обязательным в основном файле по оказанной медицинской помощи, файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и обязательным для заполнения в файле по оказанной ВМП. Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара (в остальных случаях элемент не формируется). Указывается продолжительность госпитализации (койко-дни, пациенто-дни). Заполняется по правилам статистики:

- для дневного стационара:

$$\text{DATE\_Z\_2} - \text{DATE\_Z\_1} + 1;$$

- для круглосуточного стационара:

$$\begin{aligned} &\text{если } \text{DATE\_Z\_2} = \text{DATE\_Z\_1}, \text{ то } 1, \\ &\text{иначе } \text{DATE\_Z\_2} - \text{DATE\_Z\_1}. \end{aligned}$$

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

**1.3.4.12** Поле VNOV\_M (вес при рождении) для основного файла по оказанной медицинской помощи, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и для файла по оказанной ВМП заполняется, если в госпитализации есть койка «Для беременных и рожениц» (в SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX есть параметр {BEREM=1}) или взрослая реанимационная койка (в SPECIAL.DBF поле TYPED=0 и есть параметр REANIM), на которой оказывалась медицинская помощь недоношенным и маловесным детям.

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

1.3.4.13 Поле P\_OTK служит для указания признака отказа от диспансеризации/медицинского осмотра в целом. Элемент формируется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Обязательно для заполнения. При отказе указывается «1», иначе «0». Соответствует полю P\_OTK элемента USL итоговой записи SL в законченном случае оказания медицинской помощи (итоговая запись по случаю диспансеризации или медицинского осмотра).

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

1.3.4.14 В поле RSLT для основного файла по оказанной медицинской помощи, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО 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 допускается получать по алгоритму:  $IDRMP_{XML}=100*DL\_USLOV_{DBF}+IDRMP_{DBF}$ . Обязательно для заполнения.

Заполняется значением итоговой записи в законченном случае оказания медицинской помощи (выписная койка в госпитализации/итоговая запись по обращению/запись по случаю диализа амбулаторно/посещение вне обращения/вызов скорой медицинской помощи/параклиническое обследование).

Значения RSLT=100,200,300,400 для USL\_OK=1,2,3,4 соответственно рассматриваются как RSLT=0.

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 (USL\_OK=1):

- 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 (USL\_OK=2):

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

Для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (USL\_OK={1, 2}) (кроме ВМП), 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).

При оказании параклинических услуг (PLACE=10) допустимо использовать коды результата обращения 109, 304.

При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4):

- 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}) допускается 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}) допускается использовать только коды результата выезда: 401, 403, 405, 406, 411, 412.

1.3.4.15 Поле RSLT\_D является условно-обязательным для заполнения. Указывается результат диспансеризации/медицинского осмотра. Элемент формируется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Заполняется значением итоговой записи в законченном случае оказания медицинской помощи (итоговая запись по случаю диспансеризации или медицинского осмотра). В тарифицированных/итоговых записях по законченным и оплачиваемым случаям диспансеризации и медицинских осмотров заполняется в соответствии со справочником V017.

Для незаконченных и неоплачиваемых случаев диспансеризации и медицинских осмотров при невозможности присвоения группы здоровья заполняется значением 0, иначе заполняется в соответствии со справочником V017. При отказе от прохождения застрахованным лицом диспансеризации/медицинского осмотра поле должно отсутствовать (P\_ОТК=1).

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

1.3.4.16 В поле ISHOD для основного файла по оказанной медицинской помощи, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО 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 допускается получать по алгоритму:  $IDIZ_{XML} = 100 * DL\_USLOV_{DBF} + IDIZ_{DBF}$ . Обязательно для заполнения.

Заполняется значением итоговой записи в законченном случае оказания медицинской помощи (выписная койка в госпитализации/итоговая запись по обращению/запись по случаю диализа амбулаторно/посещение вне обращения/вызов скорой медицинской помощи/параклиническое обследование).

ISHOD должен быть равен 104 при значении поля RSLT={105,106}.

ISHOD не должен быть равен 101 при значении RSLT={102, 103, 104, 105, 106, 109, 107, 108, 110}.

ISHOD не должен быть равен 201 при значении RSLT={202, 203, 204, 205, 206, 207, 208}.

Значения ISHOD=100,200,300,400 для USL\_OK=1,2,3,4 соответственно рассматриваются как ISHOD=0.

При оказании параклинических услуг (PLACE=10) допустимо использовать коды исхода заболевания 103, 304.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется). Диспансеризации и медицинским осмотрам соответствует код 306 «Осмотр».

1.3.4.17 В поле OS\_SLUCH 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).

1.3.4.18 Поле VB\_P является условно-обязательным в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО. Указывается признак внутрибольничного перевода:



1 – если в госпитализации более одной записи койки, при этом хотя бы одна из них относится к оплате по КСГ и хотя бы на одной из них присутствует признак P\_PER=4 (перевод внутри МО с другого профиля).

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

#### *1.3.4.19 Сведения о случае.*

1.3.4.19.1 В поле SL\_ID передается идентификатор случая. Уникально идентифицирует элемент SL. Идентификатор случая необходимо передавать в формате: UUID, где UUID – шестнадцатеричное представление универсально уникального идентификатора.

SL\_ID должен состоять из 32-х символов в верхнем регистре. При формировании используются цифры от 0 до 9 и латинские буквы от A до F. Наличие других символов недопустимо. При формировании SL\_ID МО должна обеспечить неизменность и сохранность в базе данных МО данного идентификатора.

1.3.4.19.2 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, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.3 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, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.4 Поле LPU\_1 является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода подразделения МО. Поле не заполняется.

1.3.4.19.5 Поле PODR является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода отделения круглосуточного стационара медицинской организации. Обязательно заполняется только на записях круглосуточного стационара в основном файле по оказанной медицинской помощи, в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и в файле по оказанной ВМП. Указывается код отделения по региональному справочнику «Отделения» (значение элемента IDOTD справочника OTD), действующий на дату окончания лечения на профиле койки (DATE\_2). При этом код отделения должен соответствовать коду профиля койки, указанному в поле PROFIL\_K, и типу профиля койки, указанному в поле DET (допустимые комбинации значений отражены в региональном справочнике «Коечный фонд отделений» (PROTD)) на дату окончания лечения на профиле койки (DATE\_2). Код отделения на записях услуг диализа должен быть равен коду отделения, указанному на койке, на которой они применены (ссылка по полю GUID3).

Актуальная версия региональных справочников «Отделения», «Коечный фонд отделений» и «Справочник признаков ВМП отделений» публикуется на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области.

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

1.3.4.19.6 Поле PROFIL обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код профиля оказанной медицинской помощи в соответствии с классификатором V002. Заполняется из поля PRMP2 справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду специальности (COD\_SPEC) в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID). Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

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

1.3.4.19.7 Поле PROFIL\_K является условно-обязательным для заполнения. Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара. Указывается код профиля койки в соответствии с классификатором V020. Заполняется из поля IDK\_PR справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду специальности (COD\_SPEC) в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID).

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

1.3.4.19.8 Поле DET обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинских осмотрам. Указывается признак детского профиля оказываемой медицинской помощи: 0-нет, 1-да. Заполняется из поля TYPED справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду специальности (COD\_SPEC) в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID). Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

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

1.3.4.19.9 Поле P\_CEL является условно-обязательным для заполнения. Обязательно к заполнению только для амбулаторных условий соответственно правилу в справочнике PCELVL.DBF при наличии.

Поиск по справочнику PCelVld.dbf разрешенных в периоде значений P\_CEL 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  $n$  ( $n=1,2,\dots,N$ , где  $N$  – максимальное количество уровней условий фильтров в справочнике PCelVld.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 P\_CEL. 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 PCelVld.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 P\_CEL.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам, а также в файле по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.10 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 для плановой медицинской помощи (FOR\_POM=3) должна быть не позднее даты начала лечения по ВМП ( $TAL\_D \leq DATE\_1$ ), для иных форм оказания медицинской помощи – не позднее даты окончания лечения по ВМП ( $TAL\_D \leq DATE\_2$ ), для всех видов оказания медицинской помощи должна быть не ранее даты рождения застрахованного лица ( $TAL\_D \geq DR$ ).

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

1.3.4.19.11 В поле TAL\_NUM указывается номер талона на ВМП. Обязательно для заполнения в файлах по оказанной ВМП. Заполняется на основании талона на ВМП.

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

1.3.4.19.12 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 ( $TAL\_P \geq TAL\_D$ ) и даты рождения застрахованного лица ( $TAL\_P \geq DR$ ).

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

1.3.4.19.13 Поле NHISTORY обязательно. 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 «-».

1.3.4.19.14 Поле P\_PER обязательно для заполнения только на записях коек круглосуточного и дневных стационаров всех типов в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО. 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 принимает 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).

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

1) При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) указывается дата посещения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения/случаи лечения с проведением диализа амбулаторно/записи по обращениям и посещениям в рамках обращений.

Для случаев лечения с проведением диализа амбулаторно:

- на записях по случаю: дата начала случая лечения. Должна находиться в отчетном периоде файла;

- на записях по услугам диализа: дата начала проведения услуг 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: во всех записях по случаям в поле DATE\_1 должна быть дата первого осмотра специалистом/исследования, выполненного в рамках случая, или дата отказа от осмотра/исследования, или дата выявления невозможности проведения исследования по медицинским показаниям, либо дата отказа от диспансеризации/профилактического осмотра в целом.

2) При оказании медицинской помощи в дневном стационаре (USL\_OK=2):

- на койках: дата начала лечения,
- на записях по услугам диализа: дата начала проведения услуг диализа.

Для записи койки по случаю проведения диализа в дневном стационаре (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) 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 услуги диализа.

3) При оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (USL\_OK=1) указывается:

- на койках: дата начала лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни (за исключением тех реанимационных койко-дней, которые были переданы на реанимационном профиле коек),
- на записях по услугам диализа: дата начала проведения услуг диализа.

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

4) При оказании параклинических услуг (PLACE=10) - дата начала обследования.

5) При оказании скорой медицинской помощи (PLACE=20) - дата приема вызова скорой помощи.

Соответствует полю DATE\_IN в элементе USL.

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

1) При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) указывается дата окончания посещения/обращения (VISIT\_NXT посещения/последнего посещения в рамках обращения, если данное поле заполнено; иначе - VISIT\_DATE посещения/последнего посещения в рамках обращения). Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения/случаи лечения с проведением диализа амбулаторно.

Для случаев лечения с проведением диализа амбулаторно:

- на записях по случаю: дата окончания случая лечения. Должна находиться в отчетном периоде файла;
- на записях по услугам диализа: дата окончания проведения услуг диализа. Должна быть не позднее даты окончания случая лечения, в рамках которого проводились услуги диализа.

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 дневном стационаре (USL\_OK=2):

- на койках: дата окончания лечения,
- на записях по услугам диализа: дата окончания проведения услуг диализа.

Для записи койки по случаю проведения диализа в дневном стационаре (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) дата должна находиться в отчетном периоде файла.

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

3) При оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (USL\_OK=1) указывается:

- на койках: дата окончания лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни (за исключением тех реанимационных койко-дней, которые были переданы на реанимационном профиле коек). 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 должна быть равна дате начала лечения.

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

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

4) При оказании параклинических услуг (PLACE=10) указывается дата окончания обследования.

5) При оказании скорой медицинской помощи (PLACE=20) указывается 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).

Соответствует полю DATE\_OUT в элементе USL.

1.3.4.19.17 Поле KD является условно-обязательным в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО. Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара (USL\_OK={1, 2}) (в остальных случаях элемент не формируется). Указывается продолжительность госпитализации (койко-дни, пациенто-дни). Заполняется по правилам статистики:

- для дневного стационара:

$$\text{DATE\_2} - \text{DATE\_1} + 1;$$

- для круглосуточного стационара:

$$\begin{aligned} &\text{если } \text{DATE\_2} = \text{DATE\_1}, \text{ то } 1, \\ &\text{иначе } \text{DATE\_2} - \text{DATE\_1}. \end{aligned}$$

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

1.3.4.19.18 Поле DS0 заполняется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3), медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров (USL\_OK={1, 2}), при оказании параклинических услуг (PLACE=10) указывается, при наличии, сведения о первичном диагнозе; при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) – 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 МКБ.DBF поле ITEMS=0), если она предусмотрена МКБ-10. 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}). Неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4). В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) код диагноза допускается не уточнять.

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

1.3.4.19.19 Поле DS1 обязательно для заполнения. Соответствует полю DS в элементе USL для основного файла по оказанной медицинской помощи, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и для файла по оказанной ВМП. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3), медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационарах (USL\_OK={1, 2}), при оказании параклинических услуг (PLACE=10) указывается код диагноза основного заболевания; при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) – 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), если она предусмотрена МКБ-10. 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}). Не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4), а также в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3). В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR\_USE=1 в справочнике МКБ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE\_USE=1 в справочнике МКБ.DBF). При оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1) 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 МКБ.DBF).

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1) сверх базовой программы ОМС по профилям «Сосудистой хирургии» (плановая коронарография) и «Кардиологические» (плановая коронарография) (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=3}) код диагноза должен соответствовать справочнику SPECМКБ.DBF.

При оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационарах (USL\_OK={1, 2}) 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 GUID3), на которой оказана медицинская помощь по КСГ st18.001 «Почечная недостаточность» или st18.002 «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 медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK=2): код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5».

При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK=2) для записи койки по случаю проведения диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и не содержится элемент DETAIL, FUNICUM=2,4): код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5».

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) для записей по случаям лечения с проведением 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».

При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) 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 принимает пустое значение на записях по исследованиям при невозможности проведения исследования по медицинским показаниям (P\_OTK=2 на записи, отражающей исследование). В случае отказа от прохождения застрахованным лицом диспансеризации/медицинского осмотра в целом (P\_OTK=1 на итоговой записи по случаю), либо на записях по осмотрам/исследованиям при отказе от прохождения застрахованным лицом этих осмотров/исследований (P\_OTK=1 на записи, отражающей осмотр/исследование) поле отсутствует (элемент не формируется).

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, кроме диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения, случаев лечения с проведением диализа амбулаторно и криопереноса в амбулаторных условиях (COD\_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {ЕКО=1} и {ЕКО\_STEP=5}, FUNICUM=1), код диагноза должен соответствовать цели посещения (обращения): по заболеванию – код начинается не на «Z», с профилактической целью – код начинается на «Z».

В основном файле по оказанной медицинской помощи не допускаются следующие значения:

- первый символ кода основного диагноза «С»;
- код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47.

Диагнозы Z72.0 «Употребление табака», Z72.1 «Употребление алкоголя», Z72.2 «Употребление наркотиков» должны быть указаны только на записях, относящихся к профилактическому медицинскому осмотру взрослого населения (DISP\_TYP=3), диспансеризации взрослого населения (DISP\_TYP = 1) и «инвалидов войн» (DISP\_TYP=8).

Диагнозы A15-A19 «Туберкулез» и F00-F99 «Психические расстройства и расстройства поведения» допускается указывать только при оказании помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, если при этом определена одна из следующих КСГ:

- st36.005 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания»;
- ds36.003 «Госпитализация в дневной стационар в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания».

1.3.4.19.20 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, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО, а также для файла по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.21 *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, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО, а также для файла по оказанной ВМП отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.21.1 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.

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

1.3.4.19.21.3 Поле PR\_DS2\_N обязательно для заполнения. Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания: 1-состоит, 2-взят, 3-не подлежит диспансерному наблюдению.

1.3.4.19.22 В поле DS2 для основного файла по оказанной медицинской помощи, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО 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 MKB.DBF поле ITEMS=0), если она предусмотрена. 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}). Неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4). В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) код диагноза допускается не уточнять. Значение поля не должно быть равным значению поля DS3.

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

1.3.4.19.23 В поле DS3 для основного файла по оказанной медицинской помощи, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО 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 MKB.DBF поле ITEMS=0), если она предусмотрена. 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}). Неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4). В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) код диагноза допускается не уточнять.

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

1.3.4.19.24 Поле C\_ZAB является условно-обязательным для заполнения. Указывается характер основного заболевания в соответствии с классификатором V027.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3), кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам, обязательно к заполнению, если основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) для записей по случаю лечения с проведением 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 этого случая (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) поля C\_ZAB должны принимать одинаковое значение.



Для круглосуточного стационара (USL\_OK=1) и дневных стационаров всех типов (USL\_OK=2) обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47).

Для скорой медицинской помощи (USL\_OK=4) не заполняется.

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

1.3.4.19.25 Поле DS\_ONK является обязательным для заполнения, кроме основного файла по оказанной медицинской помощи. Служит для передачи признака подозрения на злокачественное новообразование. Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам значение DS\_ONK=1 допустимо указывать только при отсутствии отказа (P\_ОТК=0).

Для основного файла по оказанной медицинской помощи поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.26 Поле DN заполняется для амбулаторных условий в основном файле об оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО. Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 – состоит, 2 – взят, 4 – снят по причине выздоровления, 6 – снят по другим причинам. При отсутствии (не указано) – значение «0». Обязательно для заполнения, если P\_CEL=1.3.

Обязательно для заполнения значением «1» (состоит) на записях по посещениям, по обращениям и посещениям в рамках обращений по «диспансерному наблюдению взрослого застрахованного населения 65 лет и старше на дому» (COD\_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DN=1}).

Обязательно для заполнения значением «1» (состоит) на записях по разовым посещениям (OBR\_VIS=0) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (COD\_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {TELE=1}).

Допустимо указывать на записях по посещениям, по обращениям и посещениям в рамках обращений с лечебно-диагностической целью (PURPOSE=«J» 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}).

Признак DN 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 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,

- для посещений при проведении криопереноса в амбулаторных условиях (COD\_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {EKO=1} и {EKO\_STEP=5}, FUNICUM=1).

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

1.3.4.19.27 Поле CODE\_MES1 является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи, файле по оказанной медицинской помощи

при подозрении и ЗНО и в файле по оказанной ВМП. Указывается код стандарта медицинской помощи при наличии утверждённого стандарта. Поле не заполняется.

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

1.3.4.19.28 Поле CODE\_MES2 является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи, в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и в файле по оказанной ВМП. Указывается код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания при наличии утверждённого стандарта. Поле не заполняется.

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

1.3.4.19.29 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} или {DETAIL=4}), и на итоговой/тарифицируемой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра. При установленном признаке отказа (P\_OTK=1) и для исследований поле отсутствует (элемент не формируется).

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

1.3.4.19.30 *Назначения (элемент NAZ).* Является условно-обязательным для заполнения в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указываются сведения обо всех назначениях в результате диспансеризации или медицинского осмотра. Для каждого 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 пациент направлен на II этап диспансеризации, то поле не заполняется.

Для основного файла по оказанной медицинской помощи, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО, а также для файла по оказанной ВМП отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.30.1 В поле NAZ\_N указывается порядковый номер назначения.

1.3.4.19.30.2 В поле NAZ\_R указывается вид назначения. Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I или II.

Вид 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.

1.3.4.19.30.3 В поле NAZ\_SP указывается в соответствии с классификатором V021 код специальности врача, консультация которого была назначена. Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 1 или 2.

1.3.4.19.30.4 В поле NAZ\_V указывается в соответствии с классификатором V029 назначенный метод диагностического исследования.

Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 3.

1.3.4.19.30.5 Поле NAZ\_USL заполняется в соответствии с классификатором V001 кодом медицинской услуги, указанной в направлении. Указывается только при направлении на обследование в случае подозрения на ЗНО (NAZ\_R=3 и DS\_ONK=1).

1.3.4.19.30.6 В поле NAPR\_DATE указывается дата направления. Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ\_R={2,3} и DS\_ONK=1).

1.3.4.19.30.7 В поле NAPR\_MO указывается в соответствии со справочником F003 код действующей на дату направления МО, куда оформлено направление. Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ\_R={2,3} и DS\_ONK=1).

1.3.4.19.30.8 В поле NAZ\_PMP указывается в соответствии с классификатором V002 код профиля медицинской помощи, по которому была назначена госпитализация или дневной стационар. Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 4 или 5.

1.3.4.19.30.9 В поле NAZ\_PK указывается в соответствии с классификатором V020 код «реабилитационного» профиля койки, по которому была назначена реабилитация. Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 6.

**1.3.4.19.31 Сведения об оформлении направления (элемент NAPR).** Является условно-обязательным для заполнения в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и в файле по оказанной ВМП. Заполняется в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47). При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит. Для каждого направления формируется отдельный элемент.

В основном файле по оказанной медицинской помощи и в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.31.1 В поле NAPR\_DATE обязательно указывается дата направления. Значение поля не должно быть больше поля DATE\_2 и меньше поля DATE\_1.

1.3.4.19.31.2 В поле NAPR\_MO указывается в соответствии со справочником F003 код МО, куда оформлено направление. Заполнение обязательно в случае оформления в другую МО.

1.3.4.19.31.3 В поле NAPR\_V обязательно указывается вид направления в соответствии с классификатором V028.

1.3.4.19.31.4 Поле MET\_ISSL условно-обязательно для заполнения. Если NAPR\_V=3, указывается метод диагностического исследования в соответствии с классификатором V029.

1.3.4.19.31.5 Поле NAPR\_USL условно-обязательно для заполнения. Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL. Заполняется в соответствии с классификатором V001 кодом медицинской услуги, указанной в направлении.

**1.3.4.19.32 Сведения о проведении консилиума (элемент CONS).** Является условно-обязательным для заполнения в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО, а также в файле по оказанной ВМП. Обязательно к заполнению при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) в файле по ВМП, или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и в файле по ВМП. При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит. Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения. Для каждого консилиума формируется отдельный элемент.

В основном файле по оказанной медицинской помощи и в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.32.1 В поле PR\_CONS обязательно указывается цель проведения консилиума в соответствии с классификатором N019.

1.3.4.19.32.2 В поле DT\_CONS указывается дата проведения консилиума. Обязательно к заполнению, если консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}). Значение поля должно быть не больше DATE\_2.

*1.3.4.19.33 Сведения о случае лечения онкологического заболевания (элемент ONK\_SL).* Является условно-обязательным для заполнения в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО, а также в файле по оказанной ВМП. Указываются сведения о случае лечения онкологического заболевания. Обязательно для заполнения при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода диагноза по МКБ-10 – «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47):

- в файле по оказанной ВМП;

- в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО, если (USL\_OK не равен 4 и REAB не равен 1 и DS\_ONK не равен 1).

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

1.3.4.19.33.1 Поле DS1\_T обязательно для заполнения. Указывается повод обращения в соответствии с классификатором N018.

1.3.4.19.33.2 В поле STAD указывается в соответствии со справочником N002 стадия заболевания. Является условно-обязательным для заполнения. В файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1\_T={0,1,2,3,4}). В файле по оказанной ВМП обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения (DS1\_T={0,1,2}).

1.3.4.19.33.3 В поле ONK\_T указывается в соответствии со справочником N003 значение Tumor. Является условно-обязательным для заполнения. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет.

1.3.4.19.33.4 В поле ONK\_N указывается в соответствии со справочником N004 значение Nodus. Является условно-обязательным для заполнения. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет.

1.3.4.19.33.5 В поле ONK\_M указывается в соответствии со справочником N005 значение Metastasis. Является условно-обязательным для заполнения. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет.

1.3.4.19.33.6 Поле MTSTZ условно-обязательно для заполнения. Указывается признак выявления отдаленных метастазов. Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2). При выявлении отдалённых метастазов обязательно к заполнению значением 1.

1.3.4.19.33.7 Поле SOD условно-обязательно для заполнения. Указывается суммарная очаговая доза. Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4). Указывается величина в греях (Гр, Gy).

1.3.4.19.33.8 Поле K\_FR условно-обязательно для заполнения. Указывается количество фракций проведения лучевой терапии. Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4).

1.3.4.19.33.9 Поле WEI условно-обязательно для заполнения. Указывается масса тела (кг). Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии (USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4).

1.3.4.19.33.10 Поле HEI условно-обязательно для заполнения. Указывается рост (см). Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии (USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4).

1.3.4.19.33.11 Поле BSA условно-обязательно для заполнения. Указывается площадь поверхности тела (м<sup>2</sup>). Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии (USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4).

*1.3.4.19.33.12 Диагностический блок (элемент B\_DIAG).* Является условно-обязательным для заполнения. Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах. Для каждого диагностического исследования формируется отдельный элемент.

1.3.4.19.33.12.1 В поле DIAG\_DATE указывается дата взятия материала для проведения диагностики. Обязательно к заполнению.

1.3.4.19.33.12.2 В поле DIAG\_TIP указывается тип диагностического показателя. Обязательно к заполнению значениями: 1 - гистологический признак, 2 - маркер (ИГХ).

1.3.4.19.33.12.3 В поле DIAG\_CODE указывается код диагностического показателя. Обязательно для заполнения. При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007. Если в классификаторе соответствия гистологических признаков диагнозам (N009) ID\_Mrf <> DIAG\_CODE, фиксируется ошибка. При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010. Если в классификаторе соответствия маркёров диагнозам (N012) значение ID\_Igh <> DIAG\_CODE, фиксируется ошибка.

1.3.4.19.33.12.4 В поле DIAG\_RSLT указывается код результата диагностики. Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC\_RSLT =1). При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008. При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011.

1.3.4.19.33.12.5 Поле REC\_RSLT условно-обязательно для заполнения. Указывается признак получения результата диагностики. Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики.

*1.3.4.19.33.13 Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах (элемент B\_PROT).* Является условно-обязательным для заполнения. Содержит сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах. Для каждого противопоказания или отказа формируется отдельный элемент.

1.3.4.19.33.13.1 В поле PROT указывается в соответствии со справочником N001 код противопоказания или отказа.

1.3.4.19.33.13.2 В поле D\_PROT указывается дата регистрации противопоказания или отказа.

*1.3.4.19.33.14 Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания (элемент ONK\_USL).* Обязательно к заполнению:

- в файлах по оказанной ВМП;
- в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО для стационара и дневного стационара (USL\_OK=1 или USL\_OK=2) при проведении противоопухолевого лечения (DS1\_T={0,1,2}).

1.3.4.19.33.14.1 В поле USL\_TIP указывается тип услуги в соответствии со справочником N013.

1.3.4.19.33.14.2 Поле HIR\_TIP условно-обязательно для заполнения. Указывается тип хирургического лечения. При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1.

1.3.4.19.33.14.3 Поле LEK\_TIP\_L условно-обязательно для заполнения. Указывается линия лекарственной терапии. При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2.

1.3.4.19.33.14.4 Поле LEK\_TIP\_V условно-обязательно для заполнения. Указывается цикл лекарственной терапии. При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2.

1.3.4.19.33.14.5 Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате (элемент LEK\_PR). Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4. Для каждого препарата формируется отдельный элемент.

1.3.4.19.33.14.5.1 В поле REGNUM указывается идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии. Заполняется в соответствии с классификатором N020.

1.3.4.19.33.14.5.2 В поле CODE\_SH указывается код схемы лекарственной терапии (классификатор V024). Заполняется в соответствии со справочником KSG\_CRI.DBF (поле CODE для: TYP=2, 13, 15, если USL\_TIP=2; TYP=2, 5, если USL\_TIP=4) для указанных условий оказания медицинской помощи (поля USL\_OK в файле персонифицированного учета и справочнике KSG\_CRI.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар). При наличии схемы CODE\_SH в справочнике N021 указанный лекарственный препарат REGNUM должен быть из перечня допустимых по классификатору N021.

1.3.4.19.33.14.5.3 В поле DATE\_INJ указывается дата введения лекарственного препарата. Для каждого дня введения формируется отдельный элемент. Значение поля должно быть не меньше DATE\_1 и не больше DATE\_2.

1.3.4.19.33.14.6 Поле PPTR условно-обязательно для заполнения. Служит для указания признака проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса. Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала.

1.3.4.19.33.14.7 Поле LUCH\_TIP условно-обязательно для заполнения. Указывается тип лучевой терапии. При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4.

1.3.4.19.34 Сведения о КСГ/КПГ (элемент KSG\_KPG). Является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО. Заполняется при оплате случая лечения по КСГ или КПГ. Элемент формируется для записей коек (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует элемент DETAIL) круглосуточного и дневных стационаров всех типов (USL\_OK={1, 2}), относящихся к оплате по КСГ (поля KPG>0, KSG>0).

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

Ниже описан порядок определения КСГ для каждой записи койки в движении в рамках одной госпитализации:

1) Если на профиле койки допустимо применение КСГ (в соответствии со справочником KSG\_SPC.DBF), то переходим к п.2, иначе – ошибка.

2) Фильтруем таблицу KSG\_MAP.DBF и отбираем только те ее записи, которые соответствуют признакам, переданным для случая оказания медицинской помощи в файле персонифицированного учета. Критерии фильтрации перечислены в таблице ниже.

№	Столбец справочника KSG_MAP.DBF	Поле файла перс. учета	Примечание
1.	DATE_BEG	DATE_Z_2	Дата окончания лечения должна входить в период действия записи справочника
2.	DATE_END	DATE_Z_2	
3.	COD_MKB	DS1	В фильтр по полю входят пустое значение и значение основного диагноза случая. Если для основного диагноза

№	Столбец справочника KSG_MAP.DBF	Поле файла перс. учета	Примечание
			существуют расширительные диапазоны (C00-C80, D00-D09, D45-D47, Q20-Q28, С., I.), то эти расширительные диапазоны также включаются в фильтр.
4.	COD_MKB1	DS2	В фильтр по полю обязательно входит пустое значение. Если в случае присутствуют сопутствующие диагнозы (один или несколько), фильтр дополняется всеми значениями сопутствующих диагнозов; если для сопутствующего диагноза существуют расширительные диапазоны (C00-C80, D00-D09, D45-D47, Q20-Q28, С., I.), то эти расширительные диапазоны также включаются в фильтр.
5.	COD_MKB2	DS3	В фильтр по полю обязательно входит пустое значение. Если в случае присутствуют диагнозы осложнения (один или несколько), фильтр дополняется всеми значениями диагнозов осложнения; если для диагноза осложнения существуют расширительные диапазоны (C00-C80, D00-D09, D45-D47, Q20-Q28, С., I.), то эти расширительные диапазоны также включаются в фильтр.
6.	MEDUS_ID	VID_VME	В фильтр по полю обязательно входит пустое значение. Если в случае присутствуют коды услуг (один или несколько), фильтр дополняется всеми значениями кодов услуг.
7.	AGE	Разность значений DATE_Z_1 и DR	В фильтр по полю обязательно входит пустое значение. Кроме пустого значения фильтр в зависимости от возраста пациента содержит следующие значения: <ul style="list-style-type: none"> <li>• для диапазона возраста от 0 до 28 дней (включительно) – значение справочника категорий возраста включает значения «1», «4», «5»;</li> <li>• для диапазона возраста от 29 до 90 дней (включительно) – значение справочника категорий возраста включает значения «2», «4», «5»;</li> <li>• для диапазона возраста от 91 дня до 1 года (&lt; 1 года 0 месяцев 0 дней) – значение справочника категорий возраста включает значения «3», «4», «5»;</li> <li>• для диапазона возраста от 1 года (<math>\geq</math> 1 года 0 месяцев 0 дней) до 2 лет (&lt; 2 лет 0 месяцев 0 дней) – значение справочника категорий возраста включает значения «4», «5»;</li> <li>• для диапазона возраста от 2 лет (<math>\geq</math> 2 лет 0 месяцев 0 дней) до 18 лет (&lt; 18 лет 0 месяцев 0 дней) – значение справочника категорий возраста включает значения «5»;</li> <li>• для диапазона возраста от 18 лет (<math>\geq</math> 18 лет 0 месяцев 0 дней) – значение справочника категорий возраста включает значения «6».</li> </ul>
8.	SEX	W	В фильтр по полю обязательно входит пустое значение, а также значение из справочника согласно полу пациента.
9.	LOS	Разность значений DATE_2 и DATE_1	В фильтр по полю обязательно входит пустое значение, а для тех случаев, длительность которых составляет 3 дня и менее – значение 1. Для КСГ «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей» при длительности от 4 до 10 дней включительно – значение 2, от 11 до 20 дней включительно – значение 3, от 21 до 30 дней включительно – значение 4.
10.	CRIT_EX	CRIT (учитываются значения, для которых в справочнике KSG_CRI.DBF TYP#6)	В фильтр по полю обязательно входит пустое значение. Если в случае присутствуют иные классификационные критерии (один или несколько), фильтр дополняется всеми значениями иных классификационных критериев.
11.	FRAC_CODE	CRIT (учитываются значения, для которых в справочнике KSG_CRI.DBF TYP=6)	В фильтр по полю обязательно входит пустое значение. Если в случае присутствует код диапазона фракций (допускается только один), фильтр дополняется этим кодом.

№	Столбец справочника KSG_MAP.DBF	Поле файла перс. учета	Примечание
12.	USL_OK	USL_OK	В фильтр по полю входит значение условий оказания медицинской помощи (допускается только одно значение).

3) Для каждой записи, отобранной из таблицы KSG\_MAP.DBF в соответствии с п. 2, определяем приоритет:

3.1. По умолчанию каждая из отобранных записей таблицы KSG\_MAP.DBF имеет приоритет «0».

3.2. Повышающий приоритет, равный «1», устанавливается для тех отобранных записей таблицы KSG\_MAP.DBF, для которых выполняется хотя бы одно из перечисленных ниже условий:

- если случай отнесен к профилю «Медицинская реабилитация» (st37, ds37);
- если поле LOS содержит значение «1»;
- если поле COD\_MKB содержит одно из значений: L08.0; L26; L27.0, L27.2, - и при этом и поле AGE содержит значение «1».

3.3. Среди записей, отобранных из таблицы KSG\_MAP.DBF в соответствии с п. 2, производится поиск тех комбинаций KSG\_ID, которые приведены в справочнике KSG\_SEL.DBF в столбцах KSG\_ID1 и KSG\_ID2 (с учетом периода действия записей и условий оказания медицинской помощи).

В каждой из комбинаций, найденных по справочнику KSG\_SEL.DBF, понижающий приоритет, равный «-1», устанавливается для той записи таблицы KSG\_MAP.DBF, значение KSG\_ID которой указано в столбце KSG\_LOW справочника KSG\_SEL.DBF.

Кроме того, если среди записей, отобранных из таблицы KSG\_MAP.DBF в соответствии с п. 2, присутствуют записи с одновременно заполненными полями COD\_MKB/COD\_MKB1 и MEDUS\_ID, то понижающий приоритет, равный «-1», устанавливается для остальных записей таблицы KSG\_MAP.DBF, где используется тот же MEDUS\_ID, но при этом не заполнены поля COD\_MKB/ COD\_MKB1.

4) Для каждой записи, отобранной из таблицы KSG\_MAP.DBF в соответствии с п. 2, определяем значение коэффициента затратоемкости с учетом регионального коэффициента специфики ( $KZ_{KOEUF\_UP}$ ) по формуле:

$$KZ_{KOEUF\_UP} = \text{Окр5}(KZ * KOEUF\_UP).$$

Окр5 – функция округления значения до пяти знаков после запятой.

При этом значения KZ и KOEUF\_UP определяются по справочнику KSG.DBF для соответствующего значения KSG\_ID.

5) Сортируем записи, отобранные из таблицы KSG\_MAP.DBF в соответствии с п. 2, последовательно по следующим признакам:

5.1) По приоритету, установленному в соответствии с п. 3, в порядке убывания;

5.2) Если отсортированных записей, которые имеют наивысший приоритет больше одной и среди них присутствуют КСГ по лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых, а также КСГ по замене речевого процессора, то для всех записей с наивысшим приоритетом рассчитываем стоимость КСГ без учета размера тарифа (PR) по формулам, указанным в подпункте 1 пункта 1.3.4.19.42.15 (описание поля SUMV\_USL). Все коэффициенты, участвующие в расчете стоимости, определяются на основании сведений, указанных на койке. Далее сортируем записи по стоимости в порядке убывания.

5.3) Если отсортированных записей, которые имеют наивысший приоритет больше одной и среди них отсутствуют КСГ по лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых, а также КСГ по замене речевого процессора, то сортируем записи по коэффициенту затратоемкости с учетом регионального управленческого коэффициента ( $KZ_{KOEUF\_UP}$ ), определенному в соответствии с п. 4, в порядке убывания.



Искомое значение КСГ для записи койки в движении равно значению поля KSG\_ID той строки таблицы KSG\_MAP.DBF, которая по результатам сортировки оказалась выше остальных (KSG\_ID с максимальным значением приоритета, стоимости КСГ или KZ<sub>КОЕФ\_UP</sub>).

Учитывается, что:

- соседние записи в движении пациента в рамках одной госпитализации должны отличаться либо по профилю коек, либо по коду основного диагноза, либо по кодам номенклатуры без учета кратности в поле VID\_VME (для следующих диагнозов: код начинается на «С», или входит в диапазон D00-D09 или D45-D47);
- в круглосуточном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ st25.004 «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 ds25.001 «Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения» с другими КСГ.

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 GUID3).

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам и файла по оказанной ВПМ отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.34.1 В поле N\_KSG указывается номер КСГ в соответствии со справочником V023 с указанием подгруппы (в случае использования). Обязательно при оплате случая лечения по КСГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KPG. Заполняется из поля KSG\_NUM2 справочника KSG.DBF.

1.3.4.19.34.2 В поле VER\_KSG указывается версия модели определения КСГ (год). Заполняется в соответствии со значением поля DATE\_BEG (год) справочника KSG.DBF.

1.3.4.19.34.3 В поле KSG\_PG указывается признак использования подгруппы КСГ: 0 – подгруппа КСГ не применялась, 1 – подгруппа КСГ применялась. Заполняется из поля KSG\_PG справочника KSG.DBF.

1.3.4.19.34.4 Поле N\_KPG служит для передачи номера КПП в соответствии со справочником V026. Заполняется при оплате случая лечения по КПП. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KSG. Поле не заполняется.

1.3.4.19.34.5 В поле KOEF\_Z указывается коэффициент затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПП. Заполняется значением поля KZ справочника KSG.DBF для указанной КСГ.

1.3.4.19.34.6 В поле KOEF\_UP указывается значение коэффициента специфики для КСГ или КПП. При отсутствии указывается «1». Заполняется значением поля KOEF\_UP справочника KSG.DBF для указанной КСГ.

1.3.4.19.34.7 В поле BZTSZ для случаев лечения по КСГ (за исключением КСГ по лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых а также КСГ по замене речевого процессора) указывается значение среднего норматива финансовых затрат (поле NFZ в справочнике ksg\_bs.dbf) (в рублях). Соответствует значению поля TARIF элемента USL для кода услуги «Т0» (CODE\_USL).

Для КСГ по лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых, а также для КСГ по замене речевого процессора в поле BZTSZ указывается значение базовой ставки (поле BS в справочнике ksg\_bs.dbf).

1.3.4.19.34.8 В поле KOEF\_D указывается значение коэффициента дифференциации. Для оплачиваемых коек (BZTSZ≠0) определяется в справочнике KOEF.DBF (значение KOEF) для TYP=3. При отсутствии указывается «1».

1.3.4.19.34.9 В поле KOEF\_U указывается значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи. Для оплачиваемых коек (BZTSZ≠0) определяется в справочнике KOEF.DBF (значение KOEF) для TYP=1. При отсутствии указывается «1».

Особенности применения коэффициента уровня (подуровня) для конкретных КСГ отражены в поле PARAM\_EX справочника KSG.DBF (параметр SKIP\_KLVL).

1.3.4.19.34.10 В поле CRIT указывается классификационный критерий (V024). Обязателен к заполнению в случае применения на записях коек круглосуточного и дневных стационаров всех типов (USL\_OK={1, 2}). Заполняется в соответствии со справочником KSG\_CR1.DBF (поле CODE) для указанных условий оказания медицинской помощи (поля USL\_OK в файле персонифицированного учета и справочнике KSG\_CR1.DBF: 1- круглосуточный или 2-дневной стационар). Для каждого примененного классификационного критерия формируется отдельный элемент.

Классификационный критерий «it-интенсивная терапия» (TYP=1 в справочнике KSG\_CR1.DBF) указывается при наличии реанимационных койко-дней (поле BED\_REAN>0).

Классификационный критерий «rb-реабилитационная маршрутизация» (TYP=3 в справочнике KSG\_CR1.DBF) указывается на профиле коек «Медицинская реабилитация» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}).

Классификационный критерий «rbs-реабилитация при нарушениях слуха» (TYP=4 в справочнике KSG\_CR1.DBF) указывается 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 VID\_VME должны быть указаны все услуги из перечня обязательных при использовании данного критерия (в справочнике USLUG1.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {RBS=1}).

Классификационный критерий «plt-политравма» (TYP=19 в справочнике KSG\_CR1.DBF) должен быть указан, когда по справочнику KSG\_AR.DBF для кодов МКБ основного диагноза, сопутствующего и диагноза осложнений определяется анатомическая область (из T1–T7). При этом в рассматриваемой совокупности анатомических областей, определенных по справочнику KSG\_AR.DBF, должна быть область T7 или две различные области из T1–T6.

Классификационный критерий «ivf-проведение ЭКО» указывается для случаев оказания медицинской помощи при проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) на профилях коек, COD\_SPEC для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {INF}.

1.3.4.19.34.11 В поле SL\_K указывается признак использования коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП): 0 – КСЛП не применялся, 1 – КСЛП применялся.

1.3.4.19.34.12 В поле IT\_SL указывается при использовании КСЛП его итоговое значение. Определяется суммарным значением коэффициентов в SL\_KOEF. По умолчанию и при неиспользовании (SL\_K=0) допустимо указывать значение «1».

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

$$IT\_SL = SL\_KOEF[1].Z\_SL + (SL\_KOEF[2].Z\_SL - 1) + \dots + (SL\_KOEF[n].Z\_SL - 1)$$

При этом если IT\_SL > 1,8 то IT\_SL = 1,8.

1.3.4.19.34.13 Коэффициенты сложности лечения пациента (элемент SL\_KOEF). Является условно-обязательным для заполнения. Содержит сведения о примененных коэффициентах сложности лечения пациента. Указывается при наличии IT\_SL и SL\_K=1. Для каждого КСЛП формируется отдельный элемент.

Коэффициенты сложности лечения определяются в справочнике KOEF.DBF (TYP=2). Если для коэффициента в поле PARAM\_EX в справочнике KOEF.DBF содержится элемент «-KPG» или «-KSG», то этот коэффициент не применяется к указанным КППГ или КСГ соответственно. Если для коэффициента в поле PARAM\_EX в справочнике KOEF.DBF содержится элемент KPG или KSG, то этот коэффициент применяется только к указанным КППГ или КСГ соответственно. 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. Если для коэффициента в поле PARAM\_EX в справочнике KOEF.DBF содержится элемент «-COD\_SPEC», то этот коэффициент не применяется к указанным кодам профилей коек.

Дополнительные условия применения коэффициентов при оплате по КСГ содержатся в справочнике KoefCnd.dbf.

В справочнике KoefCnd.dbf. 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 (VID\_VME).

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).

1.3.4.19.34.13.1 В поле IDSL указывается номер коэффициента сложности лечения пациента в соответствии с региональным справочником KOEF.DBF (значение поля ID).

1.3.4.19.34.13.2 В поле Z\_SL указывается значение коэффициента сложности лечения пациента в соответствии с региональным справочником KOEF.DBF (значение поля KOEF).

1.3.4.19.35 Поле REAB условно-обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО. Служит для передачи признака реабилитации. Указывается значение «1» для случаев реабилитации (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}).

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

1.3.4.19.36 Поле PRVS обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код специальности врача, оказавшего медицинскую помощь – поле IDSPEC из классификатора V021. Заполняется из поля PRVS4 справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду специальности (COD\_SPEC) в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID). Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

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

1.3.4.19.37 В поле VERS\_SPEC указывается код используемого справочника медицинских специальностей. Для основного файла оказанной медицинской помощи, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и файла по оказанной ВМП указывается значение «V021». Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.38 Поле IDDOKT обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Необходимо 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).

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) для записи по случаю лечения с проведением 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.

В дневных стационарах всех типов (USL\_OK=2) для записи койки по случаю лечения с проведением диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4): 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=2,4) должна быть хотя бы одна запись, у которой значение поля IDDOKT равно значению поля IDDOKT записи койки по случаю.

#### 1.3.4.19.39 Поле ED\_COL заполняется:

1) При оказании медицинской помощи в стационаре (PLACE={5, 14}) и в поликлинике (дневные стационары) (PLACE=6, PURPOSE=Д) для коек по:

а) случаю проведения диализа (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4). Указывается количество услуг/дней диализа. Равно сумме значений по полю KOL\_USL в записях по услугам диализа, примененных на данной койке (SL\_ID койки = GUID3услуг 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. Допустимо указывать количество пациенто-дней не совпадающее с периодом лечения. При указании количества пациенто-дней необходимо учитывать сведения по объемам предоставления медицинской помощи, установленным решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

2) При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) для записей по случаю лечения с проведением диализа амбулаторно (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1). Указывается количество услуг/дней диализа. Равно сумме значений по полю KOL\_USL в записях по услугам диализа, оказанным в рамках данного случая (SL\_ID случая = GUID3услуг диализа). Для случаев лечения с проведением гемодиализа (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент {DIAL=1} и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1) 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 случаев лечения с проведением 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.

3) При оказании стоматологической медицинской помощи (PLACE=7) указывается количество УЕТ, за исключением медицинской помощи по зубопротезированию, оказанной сверх базовой программы ОМС (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {OVER\_BASE=8}), для которой количество УЕТ не заполняется.

а) для записей по посещениям равно сумме значений УЕТ всех указанных в поле VID\_VME стоматологических услуг (значение параметра UET (UET0, UET1) в поле PARAM\_EX справочника USLUGI.DBF) для кода номенклатуры 1 (CODE\_USL=N1) с учетом кратности (KOL\_USL). 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);

б) Для записей по обращениям равно сумме значений УЕТ всех посещений в рамках данного обращения.

Для остальных случаев количество единиц оплаты медицинской помощи указывается в поле KOL\_USL элемента USL для основного файла по оказанной медицинской помощи, файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и файла по оказанной ВМП.

1.3.4.19.40 В поле TARIF указывается тариф с учётом всех примененных коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом – стоимость, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС). Соответствует значению поля SUMV\_USL в элементе USL для кода услуги «Т0» (CODE\_USL).

1.3.4.19.41 В поле SUM\_M указывается итоговая сумма, выставленная к оплате, по случаю оказания медицинской помощи. Равна сумме значений полей SUMV\_USL (элемент USL) по всем услугам в случае оказания медицинской помощи с учетом стоимости диализных услуг и доставки диализных больных.

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 SUM\_M принимает значение 0.

1.3.4.19.42 *Сведения об услуге – элемент USL.* В сведениях об услуге число записей будет равно числу разных оказанных услуг (номенклатур), а также примененных тарифов, по которым будет осуществляться финансирование. Все поля в записях по услуге должны иметь одинаковое значение и равны полям по основному тарифу, за исключением полей VID\_VME, CODE\_USL, KOL\_USL, TARIF, SUMV\_USL, которые зависят от кода услуги (CODE\_USL).

1.3.4.19.42.1 Поле IDSERV обязательно для заполнения. Указывается номер записи в реестре услуг, уникально в пределах случая (элемент SL). Формируется по следующему принципу:

первые 32 символа должны быть равны SL\_ID случая, в рамках которого подана данная услуга, далее через нижний пробел присваивается номер услуги в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждой следующей услуги в рамках случая.

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

1.3.4.19.42.3 Поле LPU\_1 является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода подразделения МО. Поле не заполняется.

1.3.4.19.42.4 Поле PODR является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода отделения. Поле не заполняется.

1.3.4.19.42.5 Поле PROFIL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи, в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и файле по оказанной ВМП. Указывается код профиля оказанной медицинской помощи в соответствии с классификатором V002. Заполняется из поля PRMP2 справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду специальности (COD\_SPEC) в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID). Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.19.42.6 Поле VID\_VME является условно-обязательным для заполнения. В основном файле по оказанной медицинской помощи, в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО указывается вид медицинского вмешательства в соответствии с номенклатурой медицинских услуг V001 и с территориальным справочником USLUGI.DBF. В файле по оказанной ВМП указывается код метода ВМП в соответствии с V019. Если было оказано несколько различных медицинских услуг, то для каждой услуги формируется отдельный элемент. Порядок услуг меняться не должен.

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

1.3.4.19.42.7 Поле DET обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи, в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и в файле по оказанной ВМП. Указывается признак детского профиля оказываемой медицинской помощи: 0-нет, 1-да. Заполняется из поля TYPED справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду специальности (COD\_SPEC) в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID). Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

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

1) При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) указывается дата посещения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения/случаи лечения с проведением диализа амбулаторно/записи по обращениям и посещениям в рамках обращений.

Для случаев лечения с проведением диализа амбулаторно:

- на записях по случаю: дата начала лечения. Должна находиться в отчетном периоде файла;

- на записях по услугам диализа: дата начала проведения услуг диализа. Должна быть не ранее даты начала случая лечения, в рамках которого проводились 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: во всех записях по случаям в поле DATE\_1 должна быть дата первого осмотра специалистом/исследования, выполненного в рамках случая, или дата отказа от осмотра/исследования, или дата выявления невозможности проведения исследования по медицинским показаниям, либо дата отказа от диспансеризации/профилактического осмотра в целом.

2) При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK=2) указывается:

- на койках: дата начала лечения;

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

3) При оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1) указывается:

- на койках: дата начала лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни (за исключением тех реанимационных койко-дней, которые были переданы на реанимационном профиле коек);

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

4) При оказании параклинических услуг (PLACE=10) указывается дата начала обследования.

5) При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) указывается дата приема вызова скорой помощи.

Для записи койки по случаю проведения диализа в дневном стационаре (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) 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 услуги диализа.

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

1) При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) указывается дата окончания посещения/обращения (VISIT\_NXT посещения/последнего посещения в рамках обращения, если данное поле заполнено; иначе - VISIT\_DATE посещения/последнего посещения в рамках обращения). Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения/случаи лечения с проведением диализа амбулаторно.

Для случаев лечения с проведением диализа амбулаторно:

- на записях по случаю: дата окончания лечения. Должна находиться в отчетном периоде файла;

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

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 дата отказа от диспансеризации/медицинского осмотра в целом.

2) При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK=2) указывается:

- на койках: дата окончания лечения;

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

3) При оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1) указывается:

- на койках: дата окончания лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни (за исключением тех реанимационных койко-дней, которые были переданы на реанимационном профиле коек). 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 должна быть равна дате начала лечения.

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

4) При оказании параклинических услуг (PLACE=10) указывается дата окончания обследования.

5) При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) указывается 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 записи койки по случаю проведения диализа в дневном стационаре (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4) дата должна находиться в отчетном периоде файла.

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

1.3.4.19.42.10 Поле Р\_ОТК служит для указания признака отказа от услуги. Элемент формируется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Обязательно для заполнения. Указывается значение признака отказа для каждой записи случая диспансеризации или медицинского осмотра (итоговая/тарифицируемая запись по случаю диспансеризации или медицинского осмотра, записи по осмотрам/исследованиям в рамках данного случая).

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 невозможности проведения исследования по медицинским показаниям (для исследований, являющихся обязательными в рамках профилактического медицинского осмотра взрослого населения (DISP\_TYP=3), диспансеризации взрослого населения (DISP\_TYP = 1) и «инвалидов войн» (DISP\_TYP=8)) указывается значение «2» на записи, отражающей это исследование.

При отсутствии отказа заполняется значением «0».

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

1.3.4.19.42.11 Поле DS обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи, в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО и в файле по оказанной ВМП. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3), в стационарных условиях (USL\_OK=1), в условиях дневного стационара (USL\_OK=2), а также при оказании параклинических услуг (PLACE=10) указывается код диагноза основного заболевания. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) – 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), если она предусмотрена МКБ-10. 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}). Неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4), а также в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3). В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR\_USE=1 в справочнике МКБ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE\_USE=1 в справочнике МКБ.DBF). При оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1) 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 МКБ.DBF).

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 GUID3), на которой оказана медицинская помощь по КСГ st18.001 «Почечная недостаточность» или st18.002



«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».

При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK=2) для записи койки по случаю проведения диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и не содержится элемент DETAIL, FUNICUM=2,4): код диагноза должен быть равен N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5».

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) для записей по случаям лечения с проведением 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».

При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) 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 (USL\_OK=3), кроме диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения, случаев лечения с проведением диализа амбулаторно и криопереноса в амбулаторных условиях (COD\_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {ЕКО=1} и {ЕКО\_STEP=5}, FUNICUM=1), код диагноза должен соответствовать цели посещения (обращения): по заболеванию – код начинается не на «Z», с профилактической целью – код начинается на «Z».

В основном файле по оказанной медицинской помощи не допускаются следующие значения:

- первый символ кода основного диагноза «С»;
- код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47.

Недопустимо указание диагнозов Z72.0 «Употребление табака», Z72.1 «Употребление алкоголя», Z72.2 «Употребление наркотиков».

Диагнозы A15-A19 «Туберкулез» и F00-F99 «Психические расстройства и расстройства поведения» указываются только при оказании помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров (USL\_OK= «1», «2»), если при этом определена одна из следующих КСГ:

- st36.005 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания»;
- ds36.003 «Госпитализация в дневной стационар в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания».

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

1.3.4.19.42.12 Поле CODE\_USL обязательно для заполнения. Указывается код номенклатуры/тарифа/услуги.

Принимает следующие значения:

1) Указывается значение «N1», если в поле VID\_VME указана номенклатура в соответствии с территориальным справочником USLUGI.DBF и с классификатором V019.

При этом указанный код номенклатуры должен соответствовать нижеперечисленным условиям:

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

- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1) и в условиях дневного стационара (USL\_OK=2):

- 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);

- услуги, для которых в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REAN2=1}, допустимо указывать только на койках реанимационного профиля (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REANIM=1});

- при указании кода услуги с признаком «установка порт системы» (в USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр PORT) указание других услуг на этой же записи койки не допускается.

- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1):

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

- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) (для случаев лечения с проведением 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).

- при оказании стоматологической медицинской помощи (PLACE=7):

- код медицинской услуги заполняется только на записях по посещениям (OBR\_VIS=2),

- 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).

- при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4):

- 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;
- в случае оказания ВМП.

2) Указывается значение «N2», если в поле VID\_VME указана номенклатура в соответствии с классификатором V001.

При этом указанный код номенклатуры должен соответствовать нижеперечисленным условиям:

- в случае оказания параклинических услуг (PLACE=10);
- в случае проведения хирургического лечения (USL\_TYP=1), лучевой (USL\_TYP=3) или химиолучевой терапии (USL\_TYP=4), диагностических мероприятий (USL\_TYP=6 или DS1\_T=5) при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) для:

- записей по посещениям и обращениям;
- записей коек круглосуточного (PLACE={5, 14}, PURPOSE=K) и дневных стационаров всех типов (PLACE=5, PURPOSE=Д; PLACE=6), если код номенклатуры по V001 отсутствует в территориальном справочнике USLUGI.DBF.

3) Указывается значение «T0» в случае наличия оплаты по основному тарифу (TARIF.DBF, KSG\_BS.DBF, HMP\_TAR.DBF);

4) Указывается значение «TD» в случае наличия оплаты по дополнительному тарифу (DTARIF.DBF);

5) Указывается значение «Tx» в случае наличия оплаты по дополнительному тарифу (TAREX.DBF), где x – код типа дополнительного тарифа (TAR\_TYP);

6) Указывается значение «FE»:

- для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО в случае наличия отличного от нуля признака неполного объема (NPL);

- для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам в случае наличия отличного от нуля признака отказа (P\_OTK) или в случае наличия заполненного поля CODE\_MD.

1.3.4.19.42.13 Поле KOL\_USL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи, в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО 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 указанным кодом услуги (CODE\_USL). Для кода услуги «N1» и «N2» допустимо указывать целое число от 1 до 99. Кратность указания номенклатуры медицинской услуги не должна превышать максимально возможного значения при условии наличия такого ограничения (значение параметра MAX\_CNT в поле PARAM\_EX справочника USLUGI.DBF).

Для остальных кодов услуг поле KOL\_USL необходимо заполнять значением «1».

1.3.4.19.42.14 В поле TARIF указывается тариф в соответствии с кодом услуги (CODE\_USL):

1) Для CODE\_USL=T0, указывается действующий на момент окончания оказания медицинской помощи тариф (базовая ставка финансирования законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ) в соответствии:

а) со справочником TARIF.DBF:

- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3), кроме записей по посещениям в рамках обращения, записей по случаю лечения с проведением диализа амбулаторно;

- при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK=2), кроме коек дневных стационаров и стационаров на дому, оплачиваемых по КСГ, а также коек по случаю проведения диализа в дневном стационаре;

- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1), кроме коек, оплачиваемых по ВМП и КСГ;

- при оказании параклинических услуг (PLACE=10);
- в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по оказанию скорой помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4);
- в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по оказанию скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) 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}).

б) со справочником HMP\_TAR.DBF при оказании высокотехнологической медицинской помощи;

в) со справочником KSG\_BS.DBF:

- при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK=2) (дневные стационары и стационары на дому на койках, оплачиваемых по КСГ);
- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1) (оплата по КСГ).

Тариф принимает нулевое значение в следующих случаях.

1) При оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1) и в условиях дневного стационара (USL\_OK=2):

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

К случаю лечения по КСГ не относятся и не участвуют в приведенном ниже алгоритме:

а) профили коек (COD\_SPEC), для которых не определяется КСГ (элемент {KPG=0} в поле PARAM\_EX в справочнике SPECIAL.DBF):

- койки по профилям «сверх базовой программы ОМС» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр OVER\_BASE). Для них оплата определяется в соответствии с TARIF.DBF;

- койки круглосуточного стационара для новорожденных (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {NOVOR=1}). На этих профилях коек тариф принимает нулевое значение;

- койки по случаю проведения диализа в дневном стационаре (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержится элемент DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4). На этих профилях коек тариф принимает нулевое значение.

б) случаи оказания медицинской помощи по ВМП (заполнены поля METHOD\_HMP и VID\_HMP). Для них оплата определяется в соответствии с HMP\_TAR.DBF.

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 1.3.4.19.34 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 GUID3 пустое), условно делим на группы по классу МКБ основного диагноза.
  - 5.2. Койки, имеющие ссылки на другие койки (поле GUID3 непустое), добавляем к группе, к которой относится койка, на которую ссылается поле GUID3.
  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.
- При этом оплата случаев, койки на которых не являются выписными, осуществляется по правилам прерванных случаев.

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 подразбук). 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: оплачивается последняя в хронологическом порядке «реабилитационная» койка с наиболее затратной «реабилитационной» КСГ.

Оплата случаев, койки на которых не являются выписными, при этом являются первыми в хронологическом порядке койками, на которых проводилось лечение по заболеванию, а также случаев, койки на которых не являются выписными, на которых была проведена реабилитация по этому заболеванию, осуществляется по правилам выписной койки.

- в круглосуточном стационаре в случае лечения по КСГ st02.001 «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 st02.003 «Родоразрешение», КСГ st02.004 «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.

При этом оплата случаев, койки на которых не является выписными, при патологии беременности, и при родоразрешении, осуществляется по правилам выписной койки.

- случаи этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, определяемые по совокупности критериев:

1. две соседние койки в движении пациента (допускаются с одинаковым профилем),
2. на каждой из этих коек основной диагноз: начинается на «С», или входит в диапазон D00-D09 или D45-D47,
3. диагнозы коек совпадают до уровня рубрики,
4. койки различаются по коду номенклатуры,

5. в справочнике KSG\_STP.DBF для указанного на койках диагноза определяется сочетание номенклатур:

- в поле MEDUS\_ID1 – номенклатура 1 этапа, указанная на первой в хронологическом порядке койке, по которой определилась КСГ из связанного с ней перечня (поле KSG\_ID1 в справочнике KSG\_STP.DBF);
- в поле MEDUS\_ID2 – номенклатура 2 этапа, указанная на второй в хронологическом порядке койке, по которой определилась КСГ из связанного с ней перечня (поле KSG\_ID2 в справочнике KSG\_STP.DBF)

Поиск в KSG\_STP.DBF ведется с учетом основного диагноза койки (до уровня рубрики), типа стационара (1-круглосуточный, 2-дневной),

Оплате подлежат обе койки по соответствующим КСГ.

При этом оплата переводных коек осуществляется по правилам выписной койки.

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии, определяемые по совокупности критериев:

1. две соседние койки в движении пациента (допускаются с одинаковым профилем),
2. на каждой из этих коек основной диагноз: начинается на «С», или входит в диапазон D00-D09 или D45-D47,
3. диагнозы коек входят в один класс МКБ,
4. койки различаются по коду номенклатуры,
5. на первой в хронологическом порядке койке определяется КСГ, соответствующая «установке, замене порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований» (в KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PORT=1}),
6. на второй в хронологическом порядке койке определяется КСГ, соответствующая «лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях» (в KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PORT\_DRUG=1}).

Оплате подлежат обе койки по соответствующим КСГ.

При этом оплата переводных коек осуществляется по правилам выписной койки.

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований после хирургического лечения, определяемые по совокупности критериев:

1. две соседние койки в движении пациента (допускаются с одинаковым профилем),
2. на каждой из этих коек основной диагноз: начинается на «С», или входит в диапазон D00-D09 или D45-D47,
3. диагнозы коек входят в один класс МКБ,
4. койки различаются по коду номенклатуры,
5. на первой в хронологическом порядке койке определяется КСГ, соответствующая «хирургическому лечению» (в KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {HIR\_PORT=1}),
6. на второй в хронологическом порядке койке определяется КСГ, соответствующая «установке, замене порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований» (в KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PORT=1}).

Оплате подлежат обе койки по соответствующим КСГ.

При этом оплата переводных коек осуществляется по правилам выписной койки.

- случаи оказания медицинской помощи на койках реанимационного профиля (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REANIM=1}) услуг, для которых в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REAN2=1}. Оплате подлежит и случай лечения по основному заболеванию, и случай оказания медицинской помощи на реанимационном профиле. Оплата случая лечения по заболеванию

производится по общему алгоритму. Оплата случая оказания медицинской помощи на реанимационном профиле коек производится только по тем КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REAN2=1}). Если случай госпитализации является чистой реанимацией (в законченном случае присутствуют только реанимационные койки), то допускается условие, что две соседние койки в движении пациента подаются с одинаковым профилем коек и диагнозами, однако, коды номенклатуры должны быть различны. Для оставшихся профилей коек, подлежащих оплате по КСГ, в госпитализации действует общий алгоритм определения оплаты по КСГ.

При этом оплата случаев, койки на которых не являются выписными, при этом являются первыми в хронологическом порядке койками, на которых проводилось лечение по основному заболеванию, а также случаев, койки на которых не являются выписными, на которых оказывалась медицинская помощь по реанимационному профилю койки, осуществляется по правилам выписной койки.

## 2) При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3):

- для застрахованных лиц Челябинской области при оказании медицинской помощи в поликлинике и на дому 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}), посещений «с проведением пренатальной диагностики» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {UZI=1}), выездных бригад (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {VB=1}), услуг диализа (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DETAIL=3}), «неотложной медицинской помощи» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {NEOTLOG=1}), проведения криопереноса в амбулаторных условиях (COD\_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {EKO=1} и {EKO\_STEP=5}, FUNICUM=1), случаев оказания медицинской помощи врачами Центров амбулаторной онкологической помощи (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {CAOP=1});

- на записях по посещениям в рамках обращения (поле OBR\_VIS=2);

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

## 3) При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4), 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, или невозможность их проведения по медицинским показаниям) 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\_OTK=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, или невозможность проведения исследования по медицинским показаниям.

2) Для CODE\_USL=TD, указывается действующий на момент окончания оказания медицинской помощи дополнительный тариф на доставку гемодиализных больных в соответствии со справочником DTARIF.DBF.

3) Для CODE\_USL=Tx, где x – код типа дополнительного тарифа (TAR\_TYP) указывается действующий на момент окончания оказания медицинской помощи дополнительный тариф в соответствии со справочником TAREX.DBF.

1.3.4.19.42.15 В поле SUMV\_USL указывается стоимость, выставленная к оплате, в соответствии с кодом услуги (CODE\_USL).

Заполняется на тарифицированных записях (TARIF≠0).

1) Для CODE\_USL=T0 указывается:

а) При оплате медицинской помощи по КСГ.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях (USL\_OK=1):

- на койках, оплачиваемых по КСГ (за исключением КСГ по лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых, а также КСГ по замене речевого процессора) – сумма оплаты по КСГ с учетом размера (процента – PR) тарифа, среднего норматива финансовых затрат (BZTSZ), коэффициента приведения (поле KOEF\_PRI в справочнике ksg\_bs.dbf), коэффициента относительной затратоемкости КСГ (KOEF\_Z), поправочного коэффициента (ПК):

$$\text{SUMV\_USL} = \text{BZTSZ} * \text{KOEF\_PPI} * \text{KOEF\_Z} * \text{ПК} * \text{KOL\_USL} * \text{PR} / 100$$

где,

PR – размер (процент) тарифа, определяется по справочнику SIZETAR.DBF.

ПК = Окp2(KOEF\_UP \* KOEF\_U \* IT\_SL),

где:

Окp2 – функция округления значения до двух знаков после запятой;

KOEF\_UP – коэффициент специфики по КСГ;

KOEF\_U – коэффициент уровня/подуровня;

IT\_SL – итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента;

- для КСГ по лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых, а также для КСГ по замене речевого процессора – сумма оплаты по КСГ с учетом размера (процента – PR) тарифа, средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (BZTSZ), коэффициента относительной затратоемкости КСГ (KOEF\_Z), доли заработной платы и прочих расходов КСГ (поле DZP в справочнике ksg.dbf), поправочного коэффициента (ПК), коэффициента дифференциации (KOEF\_D):

$$\text{SUMV\_USL} = \text{BZTSZ} * \text{KOEF\_Z} * ((1 - \text{DZP}) + \text{DZP} * \text{ПК} * \text{KOEF\_D}) * \text{KOL\_USL} * \text{PR} / 100$$

При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK=2):

- на койках, оплачиваемых по КСГ (за исключением КСГ по лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых, а также КСГ по замене речевого процессора) – сумма оплаты по КСГ с учетом размера (процента – PR) тарифа, среднего норматива финансовых затрат (BZTSZ), коэффициента приведения (поле KOEF\_PRI в справочнике ksg\_bs.dbf), коэффициента относительной затратоемкости КСГ (KOEF\_Z), коэффициента специфики (KOEF\_UP), коэффициента дифференциации (KOEF\_D):

$$\text{SUMV\_USL} = \text{BZTSZ} * \text{KOEF\_PPI} * \text{KOEF\_Z} * \text{KOEF\_UP} * \text{KOEF\_D} * \text{KOL\_USL} * \text{PR} / 100$$

где,

PR – размер (процент) тарифа, определяется по справочнику SIZETAR.DBF.



- для КСГ по лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых, а также КСГ по замене речевого процессора – сумма оплаты по КСГ с учетом размера (процента – PR) тарифа, средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (BZTSZ), коэффициента относительной затратоемкости КСГ (KOEZ\_Z), доли заработной платы и прочих расходов КСГ (поле DZP в справочнике ksg.dbf), коэффициента специфики (KOEZ\_UP), коэффициента дифференциации (KOEZ\_D):

$$\text{SUMV\_USL} = \text{BZTSZ} * \text{KOEZ\_Z} * ((1 - \text{DZP}) + \text{DZP} * \text{KOEZ\_UP} * \text{KOEZ\_D}) * \text{KOL\_USL} * \text{PR} / 100$$

Если какой-либо коэффициент (KOEZ\_D, KOEZ\_UP, KOEZ\_U, IT\_SL) не применяется и/или не установлен действующим Тарифным соглашением в сфере ОМС Челябинской области, то его значение принимается равным 1 для корректного вычисления по формулам ПК и SUMV\_USL.

- 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):

$$\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF} * \text{ED\_COL}.$$

б) При оплате медицинской помощи не по КСГ (кроме услуг диализа в рамках случая лечения с проведением диализа в поликлинике или дневном стационаре, обращений) – сумма оплаты с учетом размера тарифа.

в) На записях по услугам диализа в рамках случая лечения с проведением диализа амбулаторно или в дневном стационаре (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF имеется параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1,2,4) – сумма оплаты услуг диализа по основному тарифу (без учета доставки диализных больных):

$$\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF} * \text{ED\_COL}.$$

г) На записях по обращениям (поле OBR\_VIS=1):

- в поликлинике и на дому (PLACE={1, 2}):  $\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF}$ .

- стоматология по УЕТ (PLACE=7):  $\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF} * \text{KOL\_USL}$ .

- стоматология по зубопротезированию (OVER\_BASE=8):  $\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF}$

2) При CODE\_USL=TD в поле SUMV\_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу на доставку диализных больных:

$$\text{SUMV\_USL} = \text{TARIF} * \text{ED\_COL}$$

3) При CODE\_USL=Tx, где x – код типа дополнительного тарифа (TAR\_TYP) в поле SUMV\_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу .

1.3.4.19.42.16 Поле PRVS обязательно для заполнения. Указывается код специальности врача, оказавшего медицинскую помощь – поле IDSPEC из классификатора V021. Заполняется из поля PRVS4 справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду специальности (COD\_SPEC) в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID).

1.3.4.19.42.17 Поле CODE\_MD является условно-обязательным для заполнения. Необходимо указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с префиксом 's' (в нижнем регистре): sXXXXXXXXXXXX.

Допускается указывать пустое значение в файлах по диспансеризации или медицинским осмотрам на записях, отражающих исследования. На итоговой записи по случаю диспансеризации/медицинского осмотра в случае отказа застрахованным лицом от прохождения диспансеризации/медицинского осмотра в целом (P\_OTK=1 на итоговой записи по случаю), либо при отказе застрахованным лицом от заключительного осмотра терапевта или педиатра и на записях по осмотрам/исследованиям при отказе застрахованным лицом от прохождения этих осмотров/исследований (P\_OTK=1 на записи, отражающей осмотр/исследование) поле отсутствует (элемент не формируется).

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) для записей по обращениям: у последнего посещения в рамках обращения значение поля CODE\_MD должно быть равно значению поля CODE\_MD обращения.

В поликлинике для записи по случаю лечения с проведением 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.

При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK=2) для записи койки по случаю лечения с проведением диализа (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=2,4): 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=2,4) должна быть хотя бы одна запись, у которой значение поля CODE\_MD равно значению поля CODE\_MD записи койки по случаю.

1.3.4.19.42.18 Поле NPL является условно-обязательным для заполнения для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО. 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 (USL\_OK=1) и дневных стационаров (USL\_OK=2):

- принимает значение «1» тогда и только тогда, когда указан код прерывания «отказ больного» (COD\_PRER=1);
- 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, кроме «1» (COD\_PRER≠{0,1}), то в поле NPL должно быть указано значение «3».

При оказании параклинических услуг (PLACE=10) должно принимать значение «0».

На записях по случаю лечения с проведением диализа амбулаторно или в дневном стационаре (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр DIAL и отсутствует элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=1,2,4), 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).

1.3.4.19.42.19 Поле COMETNU служит для передачи дополнительных полей. Поле не заполняется.

1.3.4.19.43 Поле COMENTSL служит для передачи дополнительных полей. Поле не заполняется.

1.3.4.20 Поле IDSP обязательно для заполнения. Указывается код способа оплаты медицинской помощи в соответствии с классификатором V010.

Заполняется значением поля IDSP, соответствующим итоговой записи SL в законченном случае оказания медицинской помощи (выписная койка в госпитализации/итоговая запись по обращению/запись по случаю диализа амбулаторно/итоговая запись по случаю диспансеризации или медицинского осмотра/посещение вне обращения/вызов скорой медицинской помощи/параклиническое обследование). Значение IDSP для каждого вложенного

SL передается в файле с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID.

Принимает значение «0» в случае, когда выписной койкой является неоплачиваемая койка для новорожденных (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {NOVOR=1} и {KPG=0}).

1.3.4.21 В поле SUMV указывается итоговая сумма, выставленная к оплате, по законченному случаю оказания медицинской помощи. Равна сумме значений полей SUM\_M вложенных элементов SL. SUMV должна быть равна 0 при отказе от проведения диспансеризации или профилактического медосмотра (P\_OTK=1).

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

0 – не принято решение об оплате;

1 – полная;

2 – полный отказ;

3 – частичный отказ (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).

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

1.3.4.24 *Сведения о санкциях (элемент SANK).* Является условно-обязательным для заполнения. Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. Для каждой санкции (для каждого вложенного SL) формируется отдельный элемент.

1.3.4.24.1 Поле S\_CODE обязательно для заполнения. Указывается идентификатор санкции. Уникален в пределах законченного случая. Указывается идентификатор SL\_ID случая (вложенного SL), к которому применяется.

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

1.3.4.24.3 Поле S\_TIP обязательно для заполнения. Указывается код вида контроля в соответствии с классификатором F006 (0 – ФЛК).

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

1.3.4.24.4 Поле SL\_ID условно-обязательно для заполнения. Указывается идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0. Равно значению S\_CODE.

1.3.4.24.5 Поле S\_OSN условно-обязательно для заполнения. Обязательно 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).

Снятию с оплаты подлежит полностью весь законченный 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 санкций законченного 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 санкции по законченному случаю оказания медицинской помощи поле S\_OSN принимает любое из допустимых и отличных от 0 значений, кроме 62 – «Превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС».

1.3.4.24.6 Поле DATE\_ACT обязательно для заполнения. Указывается дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП. Для ФЛК (S\_TIP=0) указывается дата проведения ФЛК. Принимает одинаковое значение по всем записям санкций, примененным в рамках данного законченного случая. Дата акта МЭК (S\_TIP=1) или ФЛК (S\_TIP=0) должна быть не ранее начала месяца, следующего за отчетным, и не позднее текущей даты.

1.3.4.24.7 Поле NUM\_ACT обязательно для заполнения. Указывается номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП. Принимает одинаковое значение по всем записям санкций, примененным в рамках данного законченного случая.

Для МЭК (S\_TIP=1) номер акта формируется по следующему принципу:

MOiSMOi YYMMF, где

MOi – реестровый номер МО (по справочнику LPU.dbf – 3 символа);

SMOi – реестровый номер СМО (по справочнику SMO.dbf – 2 символа);

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода;

MM – порядковый номер месяца отчетного периода;

F – порядковый номер акта. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «01», увеличиваясь на единицу для каждого следующего акта в данном отчетном периоде.

Для ФЛК (S\_TIP=0) – указывается значение «0».

1.3.4.24.8 В поле CODE\_EXP указывается код эксперта качества медицинской помощи. Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30). Для каждого эксперта формируется отдельный элемент. Поле не заполняется.

1.3.4.24.9 Поле S\_COM является условно-обязательным для заполнения. Служебное поле для комментариев по санкции. Поле не заполняется.

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

1.3.4.25 Поле SANK\_IT является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма санкций по законченному случаю. Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK.

## 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, текущей редакции соответствует значение – «3.2».

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, файлов по медицинской помощи при подозрении и ЗНО, 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, медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования, (основной файл);

LT – для передачи сведений по оказанной высокотехнологичной медицинской помощи;

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

LC – для передачи сведений об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования.

Например, LM740456S74036\_170501, LTM740062S74057\_170501, LPM740079S74003\_170501, LCM740079S74003\_190101.

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, CM740079S74003\_190101.

## 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 отчетного периода.

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 должна 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 допускается 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, удостоверяющем личность, 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 УДЛ 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 начала оказания медицинской помощи (поле DATE\_Z\_1) не должен превышать 130 лет. Дата рождения пациента не должна быть больше даты начала оказания медицинской помощи. Возраст работающего пациента на дату начала оказания медицинской помощи должен быть от 14 до 100 лет. У новорожденного в круглосуточном стационаре дата начала оказания медицинской помощи не должен 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 реквизит не указывается и в поле DOST\_P допускается 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 14 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 лиц на территории других субъектов РФ. Допускается не заполнять только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. В полях DOCTYPE, DOCSEER, 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, удостоверяющего личность, коды, которых равны {1, 4-8, 14, 16, 17, 26, 29}, возраст пациента (или представителя) на дату начала законченного случая (DATE\_Z\_1) не должен быть меньше 14 лет.

2.2.17 Поле DOCSEER обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Допускается не заполнять 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. Допускается не заполнять 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 DOCDATE обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Допускается не заполнять только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС.

2.2.20 Поле DOCORG обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Допускается не заполнять только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС.

2.2.21 Поле SNILS является условно-обязательным для заполнения. Указывается без разделителей при наличии СНИЛС у пациента или представителя. Проводится проверка контрольной суммы СНИЛС.

2.2.22 Поле OKATOG заполняется при наличии сведений. Указывается код места жительства по OKATO. Допускается заполнять в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ.

2.2.23 Поле OKATOR заполняется при наличии сведений. Указывается код места пребывания по OKATO. Поле не заполняется.

2.2.24 Поле COMETNP служит для передачи дополнительных полей. Поле не заполняется.