**Особенности формирования файлов персонифицированного учета и его отдельных элементов**

1. Общие правила формирования файлов персонифицированного учета.
2. В файлах 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. Случай оказания ВМП подается в файле персонифицированного учета медицинской помощи только тогда, когда медицинская помощь 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 1.2 общих сведений.
3. Сведения по законченному случаю (Z\_SL) оказания медицинской помощи (кроме ВМП, диспансеризации или медицинским осмотрам) передаются:

- 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 (Z\_SL), 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);

- иначе, в основном файле.

1. При передаче сведений по госпитализации в круглосуточном и дневном стационарах законченный случай (Z\_SL) должен состоять только из одной профильной койки, соответствующей указанной КСГ:

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

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

1. При передаче сведений оказанной медицинской помощи в дополнение к базовой программе ОМС в круглосуточном стационаре (USL\_OK=1):

- 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;

- случай оказания медицинской помощи по профилям «Сосудистой хирургии» (коронарография) и «Кардиологические» (коронарография) (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX содержится элемент {OVER\_BASE=3}) 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.

1. При передаче сведений по госпитализации в круглосуточном (PLACE= {5, 14}, PURPOSE=К) и дневных стационарах (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);
* 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).

1. При передаче сведений по случаям 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.
2. В файле персонифицированного учета медицинской помощи при передаче 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 включаются в файл персонифицированного учета медицинской помощи в отчетном периоде, который определяется по дате окончания лечения, за исключением посещения/обращения, прерванного по инициативе пациента (RSLT = 302).

Если посещение/обращение в поликлинику (USL\_OK = 3) завершилось с результатом «Лечение прервано по инициативе пациента» (RSLT = 302), то медицинская организация имеет право включить такой законченный случай в реестр по назначенной дате посещения, на которое пациент не явился (поле VISIT\_NXT из файла с дополнительными сведениями (E-файл)). При этом к случаю будут применяться правила оплаты, действующие на дату окончания законченного случая (DATE\_Z\_2).

1. Для определения количества койко-дней (пациенто-дни) пребывания на койке круглосуточного и дневных стационаров всех типов используется следующие правила статистики:

- для дневного стационара:

«ДатаОкончания – ДатаНачала + 1»;

- для круглосуточного стационара:

«если Дата Окончания = Дата Начала, то 1,

иначе Дата Окончания – Дата Начала».

1. 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 (не распространяются на дополнительно оплачиваемые койки, описание правил предъявления которых приведены в п.п. 8.7.7, 8.7.8, 8.7.9):

* 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 (Z\_SL) должна присутствовать, по крайней мере, одна профильная койка, подлежащая оплате по КСГ, с тем же кодом основного диагноза, что на реанимационной койке;
* если в законченном случае присутствует только реанимационная койка.

Реанимационный профиль койки передается в рамках случая госпитализации дважды, при одновременном выполнении следующих условий (не распространяются на дополнительно оплачиваемые койки, описание правил предъявления которых приведены в п.п. 8.7.7, 8.7.8, 8.7.9.):

* если в законченном случае присутствуют только реанимационные койки;
* если обе койки подлежат оплате по КСГ;

если одна из реанимационных коек подлежит оплате по тем КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REAN2=1}, и при этом обе койки имеют один код основного диагноза (DS1).

- 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.

1. Если в один элемент Z\_SL объединены несколько элементов SL с одинаковыми непустыми значениями поля GUID2 (ссылка на SL\_ID итоговой записи законченного случая (Z\_SL)), 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.

1. 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.

1. При формировании реестров счетов учитывается следующее:

- ряд полей (VIDPOM, P\_OTK, RSLT, RSLT\_D, ISHOD, IDSP) в элементе Z\_SL заполняется значениями итоговой записи. При этом в законченном случае (госпитализация) 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). 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: (H, T), или (T, C) – в зависимости от наличия сведений о ЗНО или подозрении на ЗНО. 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;

- случаи лекарственной терапии злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей в круглосуточном стационаре длительностью, превышающей 30 дней, предъявляются к оплате несколькими случаями (Z\_SL) ежемесячно по истечении 30 дней лечения на последней в хронологическом порядке в рамках законченного случая (Z\_SL) койке, на которой определилась КСГ из диапазона st19.090 - st19.102. При этом у каждого невыписного случая (Z\_SL) в поле результат обращения за медицинской помощью (RSLT) должно быть указано значение 109 «Лечение продолжено».

1. 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/>.
2. Перечень технологических правил реализации ФЛК для дополнительных сведений об оказанной медицинской помощи (файл E) приведены в справочнике Q022R опубликованном на сайте <http://foms74.ru/>.
3. Перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК для дополнительных сведений об оказанной медицинской помощи (файл E) приведены в справочнике Q023R опубликованном на сайте <http://foms74.ru/>.
4. Информация о счете (элемент SCHET).
5. Поле CODE\_MO обязательно для заполнения. Указывается код медицинской организации (поле mcod) в соответствии с федеральным справочником F032 (Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования). Шестизначный код медицинской организации в F032, используя код МО из регионального справочника LPU.DBF, формируется по следующему алгоритму: MCODF032 = 740000+NPPLPU.DBF

Например, для МО с кодом в региональном справочнике NPP=123 код MCOD в F032 будет равен 740123: 740000+123=740123.

1. 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;

DA – первый этап углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения;

DB – второй этап углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения.

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. 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: SMOCODF002 = 74000 + NPPSMO.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. При отсутствии сведений не заполняется.

1. Записи о случаях оказания медицинской помощи (элемент ZAP)

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

0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые. Дата окончания оказания медицинской помощи не должна выходить за границы отчетного периода.

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 (Z\_SL).

- Год окончания оказания медицинской помощи равен году отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE\_Z\_2.

SCHET.YEAR=YEAR(ZAP.Z\_SL.DATE\_Z\_2).

- Допускается повторно 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 медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании» и «Предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании », а также за исключением случаев, повторно предъявленных к оплате при удовлетворении протокола разногласий.

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», «C», «D») элемент PACIENT, за исключением поля NOVOR, и связанные с ним по ID\_PAC сведения из соответствующего файла персональных данных «L», «LT», «LC», «LD»), за исключением позиций реестра счета с дефектами «Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе)»;

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

Такой же порядок внесения изменений действует и для случаев, повторно предъявленных к оплате при удовлетворении протокола разногласий.

- Допускается повторно в рамках календарного года предъявлять к исправлению ранее отклоненные позиции реестра счета по выявленным при медико-экономическом контроле нарушениям (дефектам) «Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании» и «Предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании», при этом не допускается изменять сведения об оказанной медицинской помощи.

1. Сведения о пациенте (элемент PACIENT)
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. Поле SPOLIS заполняется при наличии серии в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС в файле по оказанной ВМП и в файле по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО, при этом:

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. Поле NPOLIS обязательно для заполнения, кроме основного файла по оказанной медицинской помощи и файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам.

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.

В поле NPOLIS 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 основном файле по оказанной медицинской помощи и файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам в поле NPOLIS указывается номер полиса обязательного медицинского страхования, выданного до вступления в силу Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (полис старого образца) или номер временного свидетельства.

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. 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).

1. 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.

1. Поле NOVOR (признак новорожденного) обязательно для заполнения. Указывается в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. «0» – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по шаблону 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 2 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. 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 койки с кодами тарифов ВМП (поле HMP\_ID), для которых в справочнике HMP.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр WEIGHT.

1. Сведения о законченном случае (элемент Z\_SL)
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=К) необходимо указывать код условия оказания медицинской помощи 1 (Стационарно); при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (PLACE=5, PURPOSE=Д; 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}.

1. 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. 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;

2 – если помощь оказывалась при неотложной 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».

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. В поле NPR\_MO в соответствии со справочником F032 (поле mcod) указывается:
2. при оказании параклинических услуг (PLACE=10) – код медицинской организации, направившей на обследование и действующей на дату направления.

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»).

В файл персонифицированного учета медицинской помощи по параклиническим услугам (PLACE=10) для взрослого застрахованного населения (возраст, достигаемый пациентом на год даты направления превышает 18 лет) поле NPR\_MO не допустимо заполнять значением кода медицинской организации, оказывающей помощь только детскому застрахованному населению (AGE=1 в справочнике LPU.DBF для «Код направившей МО по LPU.DBF»).

1. 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 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).

1. 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,
2. 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,
3. 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 F032 (поле mcod), 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.

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=К) 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 медицинский 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.

1. 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.

1. 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. 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. 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:

DATE\_Z\_2 – DATE\_Z\_1 + 1;

- для круглосуточного стационара:

если DATE\_Z\_2 = DATE\_Z\_1, то 1,

иначе DATE\_Z\_2 – DATE\_Z\_1.

1. 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.
2. 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).
3. 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: IDRMPXML=100\*DL\_USLOVDBF+IDRMPDBF. 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).

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;

- оплата случаев при указании результата обращения за медицинской помощью 109 «Лечение продолжено» осуществляется по правилам, действующим для результата обращения 101 «Выписан».

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. 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\_OTK=1).

1. 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: IDIZXML=100\*DL\_USLOVDBF+IDIZDBF. 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).

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

1. 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).

1. Сведения о случае (элемент SL)
2. 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. 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.

1. 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.
2. 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. Должно соответствовать полю IDK\_PR справочника SPECIAL.DBF (запись определяется по коду специальности (COD\_SPEC) из файла с дополнительными сведениями об оказанной медицинской помощи, связанного по SL\_ID).
3. 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.
4. Поле P\_CEL является условно-обязательным для заполнения. Обязательно к заполнению только для амбулаторных условий соответственно правилу в справочнике PCELVLD.DBF при наличии.
5. 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<=DATE\_1), для иных форм оказания медицинской помощи – не позднее даты окончания лечения по ВМП (TAL\_D<=DATE\_2).

1. 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 «–».
2. 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.

1. Поле DATE\_1 обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).
2. 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.

1. 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.

1. 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.

1. При оказании параклинических услуг (PLACE=10) - дата начала обследования.
2. При оказании скорой медицинской помощи (PLACE=20) - дата приема вызова скорой помощи.

Соответствует полю DATE\_IN в элементе USL.

1. Поле DATE\_2 обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).
2. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) указывается дата окончания посещения/обращения (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/педиатром или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом или педиатром, либо дата отказа от диспансеризации/медицинского осмотра в целом.

1. 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.

1. 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.

1. При оказании параклинических услуг (PLACE=10) указывается дата окончания обследования.
2. 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), за исключением посещения/обращения, прерванного по инициативе пациента (RSLT = 302) (п.7 раздела 1 «Общие правила формирования файлов персонифицированного учета»).

Соответствует полю DATE\_OUT в элементе USL.

1. 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:

DATE\_2 – DATE\_1 + 1;

- для круглосуточного стационара:

если DATE\_2 = DATE\_1, то 1,

иначе DATE\_2 – DATE\_1.

1. 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 MKB.DBF поле ITEMS=0), если она предусмотрена МКБ-10. 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.
2. 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 MKB.DBF поле ITEMS=0), если она предусмотрена МКБ-10. 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}). 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 MKB.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE\_USE=1 в справочнике MKB.DBF).

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

При оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров (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 SPECMKB.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, 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](https://mkb-10.com/index.php?pid=72) «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. 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).

1. 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.
2. 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.
3. 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) 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.

1. 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 сведений поле не заполняется. Обязательно для заполнения, если P\_CEL=1.3.

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= «Л» для PLACE= {1, 2} или код основного диагноза не начинается с «Z» для PLACE=7), кроме «неотложной медицинской помощи» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX отсутствует элемент {NEOTLOG=1}). На записях обращений и посещений в рамках обращений (OBR\_VIS=1,2) допустимо указывать значения: 1, 2.

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.

1. 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).

1. 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= {1,2}).
2. Поле IDDOKT обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Необходимо указывать СНИЛС медработника. Соответствует полю CODE\_MD в элементе USL. 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. Поле ED\_COL заполняется:

1) При оказании медицинской помощи в дневных стационарах (PLACE= {5, 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 ED\_COL в записях по услугам диализа, примененных на данной койке (SL\_ID койки = GUID3 услуг диализа).

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

б) КСГ ЭКО (КСГ, для которых в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {EKO=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 круглосуточном стационаре (PLACE= {5,14} PURPOSE=К) для записей по услугам диализа (в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF указан параметр DIAL и содержится элемент {DETAIL=3}, FUNICUM=4) поле заполняется фактическим количеством услуг.

3) 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.

4) При оказании стоматологической медицинской помощи (PLACE=7) указывается количество УЕТ.

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 >= 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. Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате (элемент LEK\_PR)
	1. В файле со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на ЗНО или установленном диагнозе ЗНО:

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 классификатореN021 хотя бы один из указанных лекарственных препаратов REGNUM должен быть из перечня допустимых по классификатору N021.

* 1. В основном файле по оказанной медицинской помощи:

В поле DATA\_INJ для круглосуточного стационара (USL\_OK=1) указывается дата фактического приема/введения лекарственного препарата. То есть в рамках одного случая госпитализации указывается каждый день приема/введения лекарственного препарата.) Для амбулаторных условий оказания медицинской помощи (USL\_OK=3) на записи посещения/обращения /посещения в рамках обращения должны быть указаны все даты    приема препарата. Т.е если прописали пить таблетку №1 в течение 5 дней, начиная с 01.03.2022, то на записи посещения/ обращения /посещения в рамках обращения должно быть 5 элементов LEK\_PR с датами: 01.03.2022 ,02.03.2022, 03.03.2022, 04.03.2022, 05.03.2022. Для каждой даты своя доза приема и количество (элемент LEK\_DOSE), если в справочнике V031 "Группы препаратов для лечения заболевания COVID-19 (GroupDrugs)" заполнено поле "Признак обязательности указания МНН".

1. Сведения о КСГ/КПГ (элемент KSG\_KPG)

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 (поле KSG>0).

Применение КСГ на профиле койки (COD\_SPEC) определяется справочником KSG\_SPC.DBF.

**8.1.** Алгоритм 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** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DATE\_BEG | DATE\_Z\_2 | Дата окончания лечения должна входить в период действия записи справочника |
|  | DATE\_END | DATE\_Z\_2 |
|  | COD\_MKB | DS1 | В фильтр по полю входят пустое значение и значение основного диагноза случая. Если для основного диагноза существуют расширительные диапазоны (С00-С80, D00-D09, D45-D47, Q20-Q28, C., I.), то эти расширительные диапазоны также включаются в фильтр. |
|  | 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 (С00-С80, D00-D09, D45-D47, Q20-Q28, C., I.), то эти расширительные диапазоны также включаются в фильтр. |
|  | 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 (С00-С80, D00-D09, D45-D47, Q20-Q28, C., I.), то эти расширительные диапазоны также включаются в фильтр. |
|  | 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. |
|  | 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:• для диапазона возраста от 0 до 28 дней (включительно) – значение справочника категорий возраста включает значения «1», «4», «5», «7»;• для диапазона возраста от 29 до 90 дней (включительно) – значение справочника категорий возраста включает значения «2», «4», «5», «7»;• для диапазона возраста от 91 дня до 1 года (< 1 года 0 месяцев 0 дней) – значение справочника категорий возраста включает значения «3», «4», «5», «7»;• для диапазона возраста от 1 года (≥ 1 года 0 месяцев 0 дней) до 2 лет (< 2 лет 0 месяцев 0 дней) – значение справочника категорий возраста включает значения «4», «5», «7»;• для диапазона возраста от 2 лет (≥ 2 лет 0 месяцев 0 дней) до 18 лет (< 18 лет 0 месяцев 0 дней) – значение справочника категорий возраста включает значения «5», «7»;• для диапазона возраста от 18 (≥ 18 лет 0 месяцев 0 дней) до 21 года (< 21 года 0 месяцев 0 дней) – значение справочника категорий возраста включает значения «7», «6»;• для диапазона возраста от 21 года (≥ 21 лет 0 месяцев 0 дней) – значение справочника категорий возраста включает значение «6». |
|  | SEX | W | В фильтр по полю обязательно входит пустое значение, а также значение из справочника согласно полу пациента. |
|  | 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. |
|  | 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. |
|  | 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. |
|  | 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», а случай может быть отнесен к КСГ st25.004 или ds25.001 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» (значение «1» в поле «Длительность» не является приоритетом для выбора КСГ st19.090, st19.094, st19.097, st19.100 и ds19.063, ds19.067, ds19.071 и ds19.075);
* если поле COD\_MKB содержит одно из значений: L08.0; L26; L27.0, L27.2, - и при этом и поле AGE содержит значение «1»;
* если поле COD\_MKB содержит код C84.0 и поле «Иной классификационный критерий» содержит значение «derm4», или «derm5», или «derm7», или «derm8».

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;
* если среди записей, отобранных из таблицы KSG\_MAP.DBF в соответствии с признаками, переданными в файле персонифицированного учета для конкретного случая, присутствуют записи с одновременно заполненными кодами МКБ основного диагноза и иного классификационного критерия (CRIT\_EX): sh, gem или gemop, то понижающий приоритет устанавливается для записей таблицы KSG\_MAP.DBF, где используются те же  коды МКБ основного диагноза,  но при этом не используется иной классификационный критерий и определилась КСГ без специального противоопухолевого лечения: ds36.006, ds19.063, ds19.064, ds19.065, ds19.066, st36.012, st19.090, st19.091, st19.092, st19.093;
* если среди записей, отобранных из таблицы KSG\_MAP.DBF в соответствии с признаками, переданными в файле персонифицированного учета для конкретного случая, присутствуют записи с одновременно заполненными кодом МКБ основного диагноза, кодом номенклатуры (MEDUS\_ID) A25.24.001.002 и иного классификационного критерия (CRIT\_EX): bt1 или bt2, то понижающий приоритет устанавливается для записей, где используется тот же код МКБ основного диагноза и определилась КСГ st36.002;
* если среди записей, отобранных из таблицы KSG\_MAP.DBF в соответствии с признаками,  переданными в файле персонифицированного учета, по госпитализации на профиле койки, который не относится к онкологическим (в SPECIAL.dbf для COD\_SPEC в поле PARAM\_EX отсутствует элемент «ONCO=»)  определились одна КСГ по операции при злокачественных новообразованиях (для записи в KSG.dbf в поле PARAM\_EX имеется параметр {HIR\_PORT=1}), а другая КСГ только по коду  номенклатуры (MEDUS\_ID), то понижающий приоритет устанавливается для записи КСГ по операции при злокачественных новообразованиях;
* если среди записей, отобранных из таблицы KSG\_MAP.DBF исходя из признаков, переданных в файле персонифицированного учета по госпитализации, и в соответствии с пунктом **8.7.9.** определилась КСГ по антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (st36.013-st36.015), то для нее устанавливается повышающий приоритет;
* повышающий приоритет для записи КСГ по случаю оказания медицинской помощи при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (st36.028-st36.047, ds36.015–ds36.034) длительностью до 3 дней включительно, устанавливается, если законченный случай (Z\_SL) состоит из одной койки в движении с результатом обращения "Выписан" (поле RSLT=101), при этом он не является прерванным по причинам, указанным в Тарифном соглашении (за исключением прерванности по длительности лечения (3 дня и менее)) (COD\_PRER=0), и на записи этого случая поле «Классификационный критерий» (CRIT) содержит одно из значений: «gsh001»-« gsh121», а поле DRUG\_MODE содержит значение «1», т.е. соблюден режим введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов.

4) Для каждой записи, отобранной из таблицы KSG\_MAP.DBF в соответствии с п. 2 на основании формул стоимости законченного случая лечения в круглосуточном и дневном стационарах, установленных действующим Тарифным соглашением, рассчитываем стоимость случая лечения по КСГ.

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) По стоимости случая лечения по КСГ, рассчитанной 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 случая лечения по КСГ).

При этом, если оказалось, что несколько записей с наивысшим приоритетом имеют одинаковую стоимость, то повышающий приоритет устанавливается для записи с наибольшим коэффициентом затратоемкости (значением поля KZ справочника KSG.DBF). В случае, если у отобранных записей коэффициенты затратоемкости равны, то повышающий приоритет устанавливается для КСГ, которая определилась с учетом кода номенклатуры.

**8.2.** Соседние записи в движении пациента в рамках одной госпитализации должны отличаться либо по профилю коек, либо по коду основного диагноза (в случае перевода внутри медицинской организации на один и тот же профиль коек с одинаковым кодом МКБ подается одна запись с кодом отделения (поле PODR), на котором заканчивалось лечение), 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).

**8.3.** В круглосуточном и дневном стационарах 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.

**8.4.** 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).

**8.5.** 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 в дополнение к базовой программе ОМС (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует параметр OVER\_BASE). Для них оплата определяется в соответствии с TARIF.DBF;

- 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 METOD\_HMP и VID\_HMP). Для них оплата определяется в соответствии с HMP\_TAR.DBF.

**8.6.** Общий алгоритм определения КСГ, подлежащих оплате 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 8.1.

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 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.

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

5.4. Перечень с наиболее затратными КСГ, определенными в п.5.3, группируем по КСГ.

5.5. 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.

**8.7.** При оплате по КСГ в общем алгоритме определения КСГ, подлежащих оплате, не участвуют:

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

Оплата случаев, койки на которых не являются выписными, на которых была проведена реабилитация по этому заболеванию, осуществляется по правилам выписной койки.

**8.7.2.** 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 п.п. 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 родоразрешение, осуществляется по правилам выписной койки.

**8.7.3.** Случаи этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, определяемые по совокупности критериев:

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

**8.7.4.** 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:

* две соседние койки в движении пациента (допускаются с одинаковым профилем),
* на каждой из этих коек основной диагноз: начинается на «С», или входит в диапазон D00-D09 или D45-D47,
* диагнозы коек входят в один класс МКБ,
* койки различаются по коду номенклатуры,
* 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}),
* 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.

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

* две соседние койки в движении пациента (допускаются с одинаковым профилем),
* на каждой из этих коек основной диагноз: начинается на «С», или входит в диапазон D00-D09 или D45-D47,
* диагнозы коек входят в один класс МКБ,
* койки различаются по коду номенклатуры,
* на первой в хронологическом порядке койке определяется КСГ, соответствующая «хирургическому лечению» (в KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {HIR\_PORT=1}),
* 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.

**8.7.6.** 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 в законченном случае (элемент Z\_SL) 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.

При этом оплата случаев, койки на которых не являются выписными, на которых оказывалась медицинская помощь по реанимационному профилю койки, осуществляется по правилам выписной койки.

**8.7.7.**  Случаи оказания медицинской помощи при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия, определяемые по совокупности критериев:

* две соседние записи в движении (допускаются с одинаковым профилем);
* на первой в хронологическом порядке записи должна быть указана КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {IMPLANT=1}, а вторая в хронологическом порядке должна быть запись по основному заболеванию;
* записи различаются по коду номенклатуры. На первой записи должна быть указана услуга, для которой в справочнике USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {IMPLANT=1}, а на второй в хронологическом порядке записи такая услуга должна отсутствовать;
* период лечения на первой записи не должен выходить за рамки периода лечения на записи по основному заболеванию, при этом дата окончания лечения на первой записи должна быть ранее даты окончания лечения на записи по основному заболеванию;
* основной диагноз на первой записи должен быть равен одному из сопутствующих диагнозов на второй записи с точностью до рубрики.

При этом оплата переводных коек осуществляется по правилам выписной койки.

**8.7.8.** Случаи оказания медицинской помощи при проведении иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации, определяемые по совокупности критериев:

* две соседние записи в движении должны быть поданы с одинаковым профилем койки «патологии новорожденных и недоношенных детей»;
* на записях коек в движении должен быть указан одинаковый код основного заболевания (DS1), а в сопутствующем диагнозе (DS2) указан код МКБ-10 - Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни»;
* на первой в хронологическом порядке записи должна быть указана КСГ st36.025- st36.026;
* период лечения на первой записи не должен выходить за рамки периода лечения на записи по основному заболеванию, при этом дата окончания лечения на первой в хронологическом порядке записи должна быть ранее даты окончания лечения на записи по основному заболеванию.

При этом оплата переводных коек осуществляется по правилам выписной койки.

**8.7.9.** Случаи оказания медицинской помощи при проведении антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, определяемые по совокупности критериев:

* не менее двух записей в движении (допускаются с одинаковым профилем и диагнозом), при этом одна койка должна быть койкой по основному заболеванию;
* дата окончания лечения (DATE\_2) на записи койки по основному заболеванию должна быть не ранее, чем дата окончания лечения (DATE\_2) на последней в хронологическом порядке записи койки, отнесенной к КСГ из перечня st36.013-st36.015;
* при указании нескольких записей коек, относящихся к КСГ из перечня st36.013-st36.015, сроки лечения на них не должны пересекаться.

В госпитализации каждая КСГ из перечня st36.013 - st36.015 "Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1-3)" предъявляется к оплате один раз.

При этом оплата переводных коек осуществляется по правилам выписной койки.

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

**8.8.** 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\_CRI.DBF (поле CODE) для указанных условий оказания медицинской помощи (поля USL\_OK в файле персонифицированного учета и справочнике KSG\_CRI.DBF: 1-круглосуточный или 2-дневной стационар). Для каждого примененного классификационного критерия формируется отдельный элемент.

Классификационный критерий «it-интенсивная терапия» (TYP=1 в справочнике KSG\_CRI.DBF) указывается при наличии реанимационных койко-дней (поле BED\_REAN>0). При этом в поле CRIT\_EX можно указывать только один из доп.критериев «it».

Классификационные критерии для отнесения к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи (в справочнике KSG\_CRI.DBF наименование кода (поле CODE) начинается с «rb» (кроме TYP=27) и «ykur»), указываются на профиле коек «Медицинская реабилитация» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=1}). Для случаев оказания реабилитационной помощи с установленной оптимальной длительностью лечения (указана в наименовании критерия – поле NAME) проверяется продолжительность оплачиваемого случая лечения.

Классификационный критерий «rbs-реабилитация при нарушениях слуха» (TYP=4 в справочнике KSG\_CRI.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 USLUGI.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {RBS=1}).

Классификационный критерий «plt-политравма» (TYP=19 в справочнике KSG\_CRI.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}. При этом в поле CRIT\_EX можно указывать только один из доп.критериев «ivf».

Классификационный критерий «stt1-stt4» указывается для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, «stt5» для случаев долечивания пациентов, перенесшего коронавирусную инфекцию COVID-19. При этом в поле CRIT\_EX можно указывать только один из доп.критериев «stt».

При применении классификационного критерия из группы «irs» возраст ребенка определяется на дату начала случая лечения (SL).

Для указания на случае лечения классификационного критерия kudi (TYP=32 в справочнике KSG\_CRI.DBF) необходимо обязательное сочетание трех медицинских услуг: А12.28.006 «Измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия)», А12.28.007 «Цистометрия», A04.28.002.005 «Ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи».

Классификационный критерий из группы «supt» (TYP=45 в справочнике KSG\_CRI.DBF) указывается для случаев проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях (st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.125-st19.143) и в условиях дневного стационара (ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.097-ds19.115). При указании схемы «supt02» в коде сопутствующего диагноза (DS2) или диагноза осложнения (DS3) должен быть указан диагноз «Хроническая болезнь почки, стадия 3-5» (N18.3, N18.4, N18.5).

1. Коэффициенты сложности лечения пациента (элемент SL\_KOEF)

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

Дополнительный параметр {-KOEFD} в поле PARAM\_EX справочника KOEF.DBF указывает, что для данного КСЛП не применяется коэффициент дифференциации (KOEF\_D).

Дополнительный параметр {BED\_REAN=1} указывает, что для применения КСЛП необходимо обязательное наличие в оплачиваемом случае реанимационных койко-дней.

Дополнительный параметр {BED\_REAB=5-10000} указывает, что коэффициент применяется к случаю оплаты только при проведении первого этапа реабилитационных мероприятий длительностью не менее 5 койко-дней с даты начала лечения на койке, где в первый раз появились реанимационные койко-дни.

Если в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX указан дополнительный параметр {SKIP\_KSLP=1}, то коэффициент сложности лечения пациента для данной КСГ не применяется.

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

Используются следующие критерии (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),

- перечень кодов схем лекарственной терапии (CRIT\_EX). При указанном коде классификационного критерия (CRIT) коэффициент сложности лечения пациента не применяется (в поле PARAM\_EX справочника KOEF.DBF содержится элемент {-SH}).

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).

При указании КСЛП по случаю проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых (в KOEF.DBF TYP=2 и TYP2 = 25) должен быть заполнен классификационный критерий (CRIT) значением из группы «supt» (TYP=45 в справочнике KSG\_CRI.DBF).

КСЛП «проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний в период госпитализации (грипп, COVID-19)» (в KOEF.DBF - ID=175) при предъявлении к оплате случая госпитализации (Z\_SL) не должен быть указан более одного раза.

1. 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).

Особенности заполнения элемента для комплексного посещения в амбулаторных условиях по профилю «медицинская реабилитация» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX указан параметр {REABIL=2}) приведены в п.4 раздела «Требования к заполнению файлов персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, кроме диспансеризации, углубленной диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения и случаев лечения с проведением диализа амбулаторно» на http://foms74.ru/page/pravila\_informatsionnogo\_vzaimodeystviya.

1. Поле DATE\_IN обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).
2. 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.

1. 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.

1. 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.

1. При оказании параклинических услуг (PLACE=10) указывается дата начала обследования.
2. 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. Поле DATE\_OUT обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД).
2. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (USL\_OK=3) указывается дата окончания посещения/обращения (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/педиатром или дата отказа от заключительного осмотра терапевтом или педиатром, либо дата отказа от диспансеризации/медицинского осмотра в целом.

1. 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.

1. 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.

1. При оказании параклинических услуг (PLACE=10) указывается дата окончания обследования.
2. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (USL\_OK=4) указывается дата окончания 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 позднее даты окончания лечения на койке, на которой проводились услуги диализа.

1. 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 MKB.DBF поле ITEMS=0), если она предусмотрена МКБ-10. 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), 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 MKB.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE\_USE=1 в справочнике MKB.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 SPECMKB.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) 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](https://mkb-10.com/index.php?pid=72) «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».

1. 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 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 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 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 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 в дополнение к базовой программе ОМС по профилям «Сосудистой хирургии» (коронарография) и «Кардиологические» (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.

1. 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) 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=К) и дневных стационаров всех типов (PLACE=5, PURPOSE=Д; PLACE=6), если код номенклатуры по V001 отсутствует в территориальном справочнике USLUGI.DBF.
1. Указывается значение «T0» в случае наличия оплаты по основному тарифу (TARIF.DBF, KSG\_BS.DBF, HMP\_TAR.DBF);
2. Указывается значение «TD» в случае наличия оплаты по дополнительному тарифу (DTARIF.DBF);
3. Указывается значение «Tx» в случае наличия оплаты по дополнительному тарифу (TAREX.DBF), где x – код типа дополнительного тарифа (TAR\_TYP);
4. 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. В поле TARIF указывается тариф в соответствии с кодом услуги (CODE\_USL):

5.1. 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, оплачиваемых по КСГ, а также записей 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) 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):

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

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

- записи 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).

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

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}), мобильных 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}), случаев оказания медицинской помощи врачами Центров амбулаторной онкологической помощи (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {СAOP=1}), комплексных посещений при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторном отделении медицинской реабилитации (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REABIL=2}), случаев профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, углубленной диспансеризации (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DISP\_TYP%}), комплексных посещений при диспансерном наблюдении (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DN=2}), случаев оказания медицинской помощи областным пульмонологическим центром (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PULMO=1}), случаев оказания медицинской помощи офтальмологическими центрами с целью проведения диагностических исследований заболеваний органа зрения с сопутствующей патологией «сахарный диабет» или проведения лазерной коагуляции (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {OPHTHAL=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}), вызовов выездных бригад «с проведением медицинской эвакуации (консультации)» (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {EVAC=1}) и вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации.

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

5.3. 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. В поле SUM\_M указывается итоговая сумма, выставленная к оплате, по случаю оказания медицинской помощи.

В случае оказания медицинской помощи с учетом стоимости диализных услуг и доставки диализных больных включает в себя сумму значений полей SUMV\_USL (элемент USL) по всем услугам. Для записей по услугам диализа, у которых COD\_SPEC в поле PARAM\_EX справочника SPECIAL.DBF содержит параметр DIAL и элемент {DETAIL=3}, поле SUM\_M принимает значение 0.

1. 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 по КСГ медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (USL\_OK=1, 2) стоимость случая рассчитывается в соответствии с Методическими рекомендациями, алгоритмом определения КСГ, описанным в разделе 8 Сведения о КСГ/КПГ (элемент KSG\_KPG), и с учетом действующего Тарифного соглашения.

Если какой-либо коэффициент (KOEF\_D, KOEF\_UP, KOEF\_U) не применяется и/или не установлен действующим Тарифным соглашением, то для корректного вычисления по формулам его значение принимается равным 1.

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 с учетом количества услуг диализа (без учета доставки диализных больных):

SUMV\_USL = Tдi \* ED\_COL,

где Tдi – тариф на оплату услуг диализа в соответствии с действующим Тарифным соглашением.

б) При оплате медицинской помощи не по КСГ (кроме услуг диализа в рамках случая лечения с проведением диализа в поликлинике, обращений) – сумма оплаты по установленному в Тарифном соглашении тарифу.

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

SUMV\_USL = TARIF\*ED\_COL.

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

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

- стоматология по УЕТ (PLACE=7): SUMV\_USL = TARIF\* ED\_COL.

- стоматологическая медицинская помощь, оказанная в дополнение к базовой программе ОМС, (OVER\_BASE=8): SUMV\_USL = TARIF\* ED\_COL

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

SUMV\_USL = TARIF\*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. Поле CODE\_MD является условно-обязательным для заполнения в файлах по оказанной ВМП и в файлах по оказанной медицинской помощи при подозрении и ЗНО. Необходимо указывать СНИЛС медработника.

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. 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».

1. Сведения о санкциях (элемент SANK)

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 (Z\_SL).

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».

Снятию с оплаты подлежит полностью весь законченный случай оказания медицинской помощи.

1. Персональные данные пациента (элемент PERS)
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.

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. 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. 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.
3. Поле OТ\_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.
4. 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.
5. 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.

1. 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, DOCSER, DOCNUM указываются данные документа, удостоверяющем 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 меньше14 лет.

1. Поле DOCSER 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. 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.
3. Поле DOCDATE допускается не заполнять только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС.
4. Поле DOCORG допускается не заполнять только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС.
5. Поле SNILS является условно-обязательным для заполнения. При наличии СНИЛС у пациента или представителя указывается по маске значения элемента: 999-999-999 99. Проводится проверка контрольной суммы СНИЛС.
6. Поле OKATOG заполняется при наличии сведений. Указывается код места жительства по ОКАТО. Допускается заполнять в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ.