

ПРИКАЗ

«18» 04 2014г.

№ 600/1/320

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 18.02.2014г. №234/1/106/1 .

Во исполнение приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.12.2013г. № 276

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в Правила информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 18.02.2014г. № 234/1/106/1 (далее именуется – Правила).

2. Рекомендовать руководителям медицинских организаций (далее именуется – МО) и руководителям страховых медицинских организаций (далее именуется – СМО) обеспечить информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области в соответствии с изменениями, внесенными в Правила.

3. Начальнику управления информационных технологий территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Севергиной В.Г. довести до сведения руководителей МО и СМО о внесении изменений в Правила, утвержденные настоящим приказом.

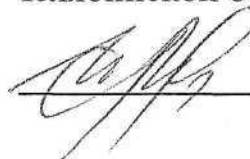
4. Начальнику отдела информационных технологий Министерства здравоохранения Челябинской области Легостаеву Г.В. разместить настоящий приказ на сайте по адресу: <http://zdrav74.ru> .

5. Настоящий приказ вступает в силу с 1 мая 2014г.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за нами.

Министр здравоохранения
Челябинской области


Д.А.Тарасов

Директор территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Челябинской области


И.С. Михалевская

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом Министерства здравоохранения
Челябинской области и территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области
от 18.04.14 № 600/1

Изменения,

которые вносятся в Правила информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области

1. В Приложении 1:

В разделе 1 «Структура файлов персонифицированного учета медицинской помощи»:

1) Описание поля OPLATA элемента SLUCH в файлах об оказанной медицинской помощи изложить в новой редакции:

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Сведения о случае</i>					
SLUCH

	OPLATA		N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF); 1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF); 2 – полный отказ (DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 – Превышение муниципального задания» по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK, или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK); 3 – частичный отказ (в настоящее время не используется).

2) Описание поля ATTACH, кодируемого в элементе СОМЕНТУ, для файлов по оказанной медицинской помощи изложить в новой редакции:

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
ATTACH	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления: - до апреля 2014 - на начало отчетного периода (первое число месяца), - начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месяца).
...

3) Описание поля MEDUS_ID, кодируемого в элементе СОМЕНТУ, для основного файла по оказанной медицинской помощи изложить в новой редакции:

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
MEDUS_ID	C	250		Uslugi.dbf	Перечень номенклатуры медицинских услуг (стационар). Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги для каждой записи в движении пациента. Если у пациента было несколько разнотипных (с разными кодами) медицинских услуг, то все они перечисляются через разделитель «_» (символ подчеркивания), при этом первой должна быть указана основная медицинская услуга. Номенклатура основной медицинской услуги (дневной стационар при поликлинике). Заполняется кодом медицинской услуги. Перечень элементов, характеризующих КДЦ (поликлиника, параклиника): sg - Признак того, что консультацию врача-специалиста КДЦ или обследование в КДЦ прошел студент очной формы обучения. Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.
...

2. В Приложении 2:

В разделе 2 «Структура файлов нормативно-справочной информации»:

1) дополнить пунктами следующего содержания:

Структура справочника **pcnt.dbf** (численность прикрепленного населения)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TYP	N	2	0	Тип прикрепления: 1 – к скорой помощи; 2 – к поликлинике.
DAT	D	8		Дата актуальности. До апреля 2014 года – начало отчетного периода (первое число месяца), начиная с апреля 2014 года – конец отчетного периода (последнее число месяца)
COD_LPU	N	4	0	Код ЛПУ. В соответствии со справочником LPU.DBF
COD_SMO	N	2	0	Код СМО. В соответствии со справочником SMO.DBF
CNT	N	7	0	Количество прикрепленных застрахованных

Структура справочника **uip_exc.dbf** (список исключений ЕНП из входного контроля)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
UIP	C	16		Номер ЕНП
BDAY	D	8		Дата рождения
SEX	N	1	0	Пол: 0 – женский, 1 – мужской
MMGGGGDD	C	8		Фасет, соответствующий дате рождения и полу

Структура справочника **poltmp1.dbf** (возможные форматы серий и номеров полисов для СМО других территорий РФ)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
OKATO_OMS	C	5		ОКАТО территории
SERIES	C	40		Шаблон серии: \$ - обязательная арабская цифра # - необязательная арабская цифра & - обязательная латинская буква
NUMBER	C	40		Шаблон номера: \$ - обязательная арабская цифра # - необязательная арабская цифра & - обязательная латинская буква
VPOLIC	N	1	0	Тип полиса ОМС: 1 – полис ОМС старого образца, 2 – временное свидетельство, 3 – полис ОМС единого образца.

Структура справочника **snpolic.dbf** (справочник серий и номеров временных свидетельств, выдаваемых на территории Челябинской области)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
S	C	3		Серия временного свидетельства
NB	N	9	0	Начальный номер временного свидетельства
NE	N	9	0	Конечный номер временного свидетельства
SMO_ID	N	3	0	Код СМО. В соответствии со справочником SMO.DBF

2) Структуру справочника **special.dbf** изложить в новой редакции:

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NPP	N	4	0	Код специальности (профиля койки)
NAME	C	40		Наименование специальности (профиля койки)
COD_STAT	C	7		Код строки годового отчета
TYPED	N	1	0	0 – взрослый, 1 – детский
FUNICUM	N	1	0	Код профиля помощи: 1 – поликлиника, 2 – ДС и СД при поликлинике, 3 – стоматология, 4 – КС, 6 – скорая помощь.
FINANS	N	1	0	1-финансируется, 0 - нет
COD_SLUGB	N	3	0	Код службы для экспертов
GKOD	C	3		Код по классификатору Минздрава Челябинской области
COD_PSLUGB	N	3	0	Код подслужбы для экспертов
COD_PROFIL	N	4	0	Код профиля для муниципального заказа
PRMP	N	2	0	Профиль медицинской помощи (приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97)
PRVS	C	9		Профиль врачебной спец-ти (приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97)
VIDMP	N	1	0	В соответствии со справочником V008.
PRMP2	N	3	0	В соответствии со справочником V002.
PRVS2	N	9	0	В соответствии со справочником V004.
SEX	N	1	0	Разрешенный пол: 0 - женский, 1 - мужской, 2 - Ж+М

PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: DISP_TYP – тип диспансеризации (медицинского осмотра); DISP_LEVEL – уровень диспансеризации (медицинского осмотра); AGE - возрастной период; SCHOOL – тип образовательного учреждения для предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних: 1 – ДОУ; 2 – ООУ; 3 – ОУПО; STOM_PROF: 1 – врач стоматологического профиля; 2 – врач-ортодонт; REANIM – тариф для оплаты реанимационной койки; NOVOR - тариф для оплаты койки «Для новорожденных»; A16 – признак обязательного наличия операции для применения тарифа; CZ – тарифы для Центров здоровья; KPG=0 – признак того, что в файле персонифицированного учета в записи с данным кодом тарифа не нужно указывать КПП/КСГ; WEIGHT=500-1499 – вес новорожденного с ЭНМТ и ОНМТ; FAP – фельдшер ФАП; KDC – тарифы для оплаты консультаций врачей-специалистов КДЦ; MINVOP - тарифы для оплаты малоинвазивных операций; PATHOLOGY - тариф для оплаты койки «Патология новорожденных».
PRVS3	N	4	0	В соответствии со справочником V015.

3) В структуру справочников по применению медицинских услуг высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) добавить структуру справочника: Hmp_P17.dbf следующего содержания:

Структура справочника **Hmp_P17.dbf** (профили по Приказу ФФОМС от 26.02.2014 №17)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_P17_ID	N	2	0	Код профиля
NAME	C	50		Наименование профиля

4) Структуру справочника **Hmp.dbf** изложить в новой редакции.

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_ID	N	4	0	Код тарифа на оплату ВМП
MODEL_HMP	N	4	0	Код модели пациента ВМП. В соответствии со справочником HMP_MOD.DBF
VID_HMP	C	9		Код вида ВМП. В соответствии со справочником V018.
METHOD_HMP	N	3	0	Код метода ВМП. В соответствии со справочником V019.
VID_LECH	N	1	0	Вид лечения: 1 – терапевтическое; 2 – хирургическое; 3 – комбинированное.
HMP_P17_ID	N	2	0	Код профиля по Приказу ФФОМС от 26.02.2014 №17

5) Описание дополнительных параметров, указываемых в поле PARAM_EX для справочников **ksg_mkb.dbf** и **ksg_mu.dbf**, дополнить пунктом 4) следующего содержания:

«4) Параметр MAIN – признак того, что для поиска КСГ по коду диагноза МКБ нужно использовать только рубрику (первые 3 символа кода) без уточнения подрубрики. Используется в справочнике **ksg_mkb.dbf**.».

3. В Приложении 3:

В разделе 4 «Порядок входного контроля файлов персонифицированного учета медицинской помощи»:

1) в п.1.1.3 слова «V» - второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе первый этап диспансеризации инвалидов и участников Великой Отечественной войны» заменить словами «V» - второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе второй этап диспансеризации инвалидов и участников Великой Отечественной войны»;

2) Пункты 1.3.3.4, 1.3.4.29, 1.3.4.39.16, 1.3.4.39.17.8, 1.3.4.39.17.11, подпункт 1) пункта 1.3.4.39.13, подпункт б) пункта 1.3.4.39.17.25 изложить в новой редакции:

«1.3.3.4 Поле NPOLIS обязательно для заполнения. При наличии документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, указывается его номер, который должен состоять только из цифр. В случае отсутствия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС:

а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области в поле NPOLIS должно указываться «-1»;

б) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ такие записи не передаются.

Для полисов единого образца указывается ЕНП: он должен состоять из 16 знаков; фасеты номера (8 символов – с 3-го по 10-ый) должны соответствовать дате рождения и полу застрахованного (исключения содержатся в файле UIP_EXC.DBF); в номере должен быть правильно указан 16-ый контрольный разряд.

В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области номер полиса ОМС старого образца не должен быть больше 19015000; номер временного свидетельства должен соответствовать файлу SNPOLIC.DBF.

В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ заполняется в соответствии со справочником форматов серии и номера документа ОМС POLTMPL.DBF. На момент оказания медицинской помощи в регистре застрахованных лиц Челябинской области не должно быть действующего полиса застрахованного лица, которому оказана медицинская помощь.

1.3.4.29 Поле IDDOCT обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Следует указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с префиксом 's' (в нижнем регистре): sXXXXXXXXXXXX. Соответствует полю CODE_MD в элементе USL. Для файлов

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

1.3.4.39.16 Поле CODE_MD обязательно для заполнения. Следует указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с префиксом 's' (в нижнем регистре): sXXXXXXXXXXXX.

1.3.4.39.17.8 Поле ATTACH заполняется в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области из регионального справочника LPU.DBF.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код МО прикрепления по оказанию амбулаторно-поликлинической медицинской помощи: до апреля 2014 года – на начало отчетного периода (первое число месяца), начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месяца).

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи - код МО прикрепления по оказанию скорой помощи: до апреля 2014 года – на начало отчетного периода (первое число месяца), начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месяца).

1.3.4.39.17.11 Поле MEDUS_ID в файлах персонифицированного учета по стационару служит для указания перечня медицинских услуг. Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги (территориальный справочник USLUGI.DBF) для каждой записи в движении пациента. Если у пациента было несколько разнотипных (с разными кодами) медицинских услуг, то все они перечисляются через разделитель «_» (символ подчеркивания), при этом первой должна быть указана основная медицинская услуга.

Для записей по дневному стационару при поликлинике в файлах персонифицированного учета по поликлинике поле MEDUS_ID используют для передачи кода основной медицинской услуги (территориальный справочник USLUGI.DBF).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (за исключением записей дневного стационара при поликлинике) поле MEDUS_ID используют для передачи перечня элементов, характеризующих случаи диспансеризации или медицинских осмотров определенных групп населения, а также консультаций врачей-специалистов КДЦ:

sg - признак того, что диспансеризацию, профилактический медицинский осмотр или консультацию врача-специалиста КДЦ прошел студент очной формы обучения;

cs - код тарифа по оплате случая диспансеризации или код итоговой записи по случаю медицинского осмотра (указывается только в записях, отражающих осмотры специалистами);

age_disp - признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в данном возрастном периоде.

В файлах персонифицированного учета по параклинике поле MEDUS_ID используют для передачи перечня элементов, характеризующих параклинические услуги вида «Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ» (PURPOSE=21):

sg - признак того, что обследование КДЦ прошел студент очной формы обучения.

Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.

1.3.4.39.13

Тариф может принимать нулевое значение в следующих случаях:

1) В файлах персонифицированного учета по стационару:

- при учете (оплате) законченного случая лечения по КПГ/КСГ (среднепрофильный тариф): на переводных профильных койках в круглосуточном стационаре (ISHOD=0 и RSLT=0), кроме случаев летального исхода в реанимации (RSLT=105) или перевода пациента из реанимации в другую МО (RSLT=102), если койка предшествовала реанимации; на реанимационных койках (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REANIM=1}); на койках для новорожденных (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {NOVOR=1}), кроме коек для патологии новорожденных (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {PATHOLOGY=1});

- при учете (оплате) по ВМП на всех койках в движении, кроме последней в хронологическом порядке профильной койки, на которой применялся метод лечения ВМП. Только на последней в хронологическом порядке профильной койке, на которой применялся метод лечения ВМП, указывается тариф ВМП.

1.3.4.39.17.25

б) В том случае, если не было оперативного вмешательства или было оперативное вмешательство, но не удалось указать КСГ в соответствии с пунктом а), и код основного диагноза находится в справочнике KSG_MKB.DBF и КСГ, соответствующая основному диагнозу, удовлетворяет дополнительным критериям, КСГ должна быть указана в соответствии со справочником KSG_MKB.DBF. При этом:

- если код МКБ основного диагноза состоит из 6-ти знаков, то для поиска используется первые 5;

- если не удалось указать КСГ по коду диагноза с указанием подрубрики (первые 5 знаков), то поиск КСГ производится по рубрике кода основного диагноза (первые 3 знака) для тех рубрик диагнозов, которые отмечены в справочнике KSG_MKB.DBF параметром {MAIN=1} в поле PARAM_EX.»;

3) Пункт 1.3.4.39.11 дополнить следующими словами:

«Для профилей коек, связанных с оказанием ВМП, HMP_ID должно соответствовать коду профиля койки (COD_SPEC) по справочнику HMP_SPC.dbf, код основного диагноза (DS) должен соответствовать HMP_ID по справочникам HMP_MKB.dbf и HMP.dbf.».