

ПРИКАЗ

«28» 10 2015г.

№ 1596/1/405/1

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 27.01.2015г. №92/37/1

С целью установления единых требований и правил информационного взаимодействия, применяемых участниками обязательного медицинского страхования на территории Челябинской области

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить прилагаемые изменения 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 27.01.2015г. № 92/37/1 (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 Аверьянову А.В. 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 даты его подписания и распространяет свое действие, начиная с предоставления отчета за медицинские услуги, оказанные с 1 октября 2015 года.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за нами.

Министр здравоохранения
Челябинской области



С.Л. Кремлев

Директор территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Челябинской области



И.С. Михалевская

приказом Министерства здравоохранения
Челябинской области и территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области
от 28.10.15 № 1596/11405/1

Изменения

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

1. В Приложении 1:

1.1. Изложить в новой редакции описание поля PR_NOV элемента ZAP, полей CODE_USL, KOL_USL элемента USL в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи) (Таблица 1).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Записи</i>					
ZAP	...	...	...	...	...
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; -1 – запись в движении пациента, содержащем ошибочные сведения и подлежащем исправлению, до исправления; 1 – запись передается повторно после исправления (запись в движении пациента, содержащем ошибочные сведения и подлежащем исправлению, после исправления ошибочных данных в движении).

<i>Сведения об услуге</i>					
USL	...	...	...	...	...
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф 6-tarif_dop – дополнительный тариф 7-tarif_b – дополнительный тариф за счет

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>межбюджетного трансферта из бюджета Челябинской области</p> <p>8-tar1 – дополнительный тариф №1 (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=1)</p> <p>Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике.</p> <p>Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.</p>
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	<p>A) FIN_ID=1</p> <p>Указывается в зависимости от вида услуг:</p> <p>1) Посещения в поликлинике и на дому (Place=1,2): 1 (посещение);</p> <p>2) Стоматология по УЕТ (Place=7): количество УЕТ (поле УЕТ в файле формата DBF);</p> <p>3) Стационар в поликлинике (Place=6):</p> <p>3.1) Для КСГ, кроме «Гемодиализ» и «Перитонеальный диализ», (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF не содержатся элементы {DIAL=1}, {DIAL=2}):</p> <ul style="list-style-type: none"> - если базовая ставка КСГ установлена на пациенто-дни: количество пациенто-дней, определенных по правилам статистики для дневного стационара: «Дата окончания – Дата начала + 1»; - если базовая ставка КСГ установлена на случай (пролеченного больного): 1 (случай); - кроме того, для КСГ, содержащих в том числе диализ (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=0}), нужно передать количество пациенто-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа, и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно); - кроме того, для КСГ ЭКО (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {EKO=1}), нужно передать количество пациенто-дней, подлежащих учету, в ComentU (поле BED_DAY); <p>3.2) Для КСГ «Гемодиализ» и «Перитонеальный диализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Фактическое количество пациенто-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF) - кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT); <p>4) Круглосуточный стационар (Purpose= K):</p> <ul style="list-style-type: none"> - если базовая ставка КСГ установлена на койко-дни: количество койко-дней, определенных по правилам статистики для круглосуточного стационара: «если Дата окончания = Дата начала то 1, иначе Дата окончания – Дата начала»; - если базовая ставка КСГ установлена на случай

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>(пролеченного больного): 1 (случай);</p> <ul style="list-style-type: none"> - кроме того, для КСГ, содержащих в том числе диализ (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=0}), нужно передать количество койко-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа, и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно); <p>5) Дневной стационар при КС (Purpose=Д):</p> <p>5.1) Для КСГ, кроме «Гемодиализ» и «Перитонеальный диализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF не содержатся элементы {DIAL=1}, {DIAL=2}):</p> <ul style="list-style-type: none"> - если базовая ставка КСГ установлена на пациенто-дни: количество пациенто-дней, определенных по правилам статистики для дневного стационара: «Дата окончания – Дата начала + 1»; - если базовая ставка КСГ установлена на случай (пролеченного больного): 1 (случай); - кроме того, для КСГ, содержащих в том числе диализ (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=0}), нужно передать количество пациенто-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа, и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно); <p>5.2) Для КСГ «Гемодиализ» и «Перитонеальный диализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Фактическое количество пациенто-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF); - кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT); <p>6) Параклиника (Place=10):</p> <ul style="list-style-type: none"> - R-хирургические методы диагностики (Purpose=7), иммунология и бактериальная диагностика (Purpose=20): 1 (обследование) (кроме того нужно кол-во УЕ передать в ComentU (UET)); - КТ,МРТ (Purpose=18), лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (Purpose=21): 1 (обследование); - Пренатальная диагностика (Purpose=17): количество УЕ (поле UET в файле формата DBF) <p>Б) FIN_ID=6 Указывается значение 1.</p> <p>В) FIN_ID=7 Указывается в зависимости от вида услуг:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Посещения в поликлинике и на дому (Place=1,2): 1 (посещение); 2) Стоматология по УЕТ (Place=7): количество УЕТ

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					(поле UET в файле формата DBF); 3) Стационар в поликлинике (Place=6): 1 (случай); 4) Круглосуточный стационар (Purpose=K): 1 (случай); 5) Дневной стационар при КС (Purpose=D): 1 (случай). Г) FIN_ID=8 Указывается значение в соответствии с полем UNIT из справочника TAREX.DBF.

1.2. Изложить в новой редакции описание поля DATE_TAR и добавить описание поля TAR1_TYPE, кодируемых в элементе COMENTU, для файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи) (Таблица 1.2):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
DATE_TAR	D	10		Tarif.dbf Ptarif.dbf DTarif.dbf BTarif.dbf TarEx.dbf	Дата начала действия тарифа услуги (соответствующего фин. потока) в формате ГГГГ-ММ-ДД
...
TAR1_TYPE	N	2	0	Tar_Type.dbf	Тип дополнительного тарифа №1

1.3. Добавить описание поля REV_ID, кодируемого в элементе COMENTSL, для файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи) (Таблица 1.3):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
REV_ID	N	5	0		Уникальный в пределах файла номер корректировки госпитализаций предыдущего периода

1.4. Изложить в новой редакции описание поля PR_NOV элемента ZAP, полей CODE_USL, KOL_USL элемента USL в файле со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2):

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Записи</i>					
ZAP	...	...	...	...	...

	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; -1 – запись в движении пациента, содержащем ошибочные сведения и подлежащем исправлению, до исправления; 1 – запись передается повторно после исправления (запись в движении пациента,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					содержащем ошибочные сведения и подлежащем исправлению, после исправления ошибочных данных в движении).

<i>Сведения об услуге</i>					
USL	...	...	...	...	...
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф 8-tar1 – дополнительный тариф №1 (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=1) Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	А) FIN_ID=1 Указывается в зависимости от вида услуг: 1) Круглосуточный стационар (Purpose= K): 1 (законченный случай). Б) FIN_ID=8 Указывается значение в соответствии с полем UNIT из справочника TAREX.DBF.
...

1.5. Изложить в новой редакции описание поля DATE_TAR и добавить описание поля TAR1_TYPE, кодируемых в элементе COMENTU, для файлов со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2.2):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
DATE_TAR	D	10		Hmp_Tar.dbf TarEx.dbf	Дата начала действия тарифа услуги (соответствующего фин. потока) в формате ГГГГ-ММ-ДД
...
TAR1_TYPE	N	2	0	Tar_Type.dbf	Тип дополнительного тарифа №1

1.6. Добавить описание поля REV_ID, кодируемого в элементе COMENTSL, для файлов со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2.3):

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
...
REV_ID	N	5	0		Уникальный в пределах файла номер корректировки госпитализаций предыдущего периода

1.7. Изложить в новой редакции описание поля CODE_USL элемента USL в файле со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам (Таблица 3):

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Сведения об услуге</i>					

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
USL	...	...	...	...	...
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.
...

2. В Приложении 2:

2.1. Изложить в новой редакции описание структуры справочника tarifpf.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TYP	N	2	0	Тип тарифов: 1 – скорая помощь, 2 – поликлиника, 3 – одноканальное, 4 – дополнительный тариф подушное АПП (действует с августа 2015г.), 5 – дополнительный тариф подушное СМП (действует с августа 2015г.).
DATE_TAR	D	8	0	Начало действия тарифа
DATE_END	D	8	0	Окончание действия тарифа
COD_LPU	N	4	0	Код МО
TARIF	N	10	0	Подушное тариф, руб.

2.2. Изложить в новой редакции описание структуры справочника usl_fin.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
UF_ID	N	7	0	Код сочетания
USL_ID	N	6	0	Код медицинской услуги (usl_union.dbf)
FIN_ID	N	2	0	Финансовый поток: 1-tarif – основной тариф 2-tarif_ff – федеральный тариф по программе модернизации (с 01.01.2013 года не используется) 3-tarif_tf – территориальный тариф по программе модернизации (с 01.01.2013 года не используется) 4-tarif_sngl – тариф по одноканальному финансированию (с 01.01.2014 года не используется) 5-tarif_care – тариф по уходу (с 01.01.2014 года не используется) 6-tarif_dor – дополнительный тариф 7-tarif_b – дополнительный тариф за счет межбюджетного трансферта из бюджета Челябинской области 8-tar1 – дополнительный тариф №1 (позиция дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи POS=1)
DB	D	8	0	Дата начала действия
DE	D	8	0	Дата окончания действия
UPD	N	4	0	Номер обновления

2.3. Изложить в новой редакции описание структуры справочника ksg_map.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	7	0	Код
DATE BEG	D			Дата начала действия
DATE END	D			Дата окончания действия
COD_MKB	C	7		Код основного диагноза в соответствии со справочником МКБ10 (справочник mkb.dbf)
COD_MKB1	C	7		Код сопутствующего диагноза в соответствии со справочником МКБ10 (справочник mkb.dbf)
MEDUS_ID	C	16		Код мед.услуги (справочник uslugi.dbf)
AGE	C	1		Возрастная категория: 1 – до 28 дней (<= 28 дней); 2 – до 90 дней (<= 90 дней); 3 – до 18 лет (< 18 лет).
SEX	C	1		Пол: М- мужской; Ж- женский.
LOS	C	1		Дней пребывания: 1 – «3 дня и более».
KSG_ID	N	3	0	Код КСГ в соответствии со справочником ksg.dbf
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: STAC_ID – тип стационара: 1 – круглосуточный стационар, 2 – дневной стационар при круглосуточном, 3 – дневной стационар при поликлинике, 4 – стационар на дому при поликлинике.

2.4. Добавить описания структуры справочника Tar_Type.dbf

Структура справочника tar_type.dbf (типы дополнительные тарифы)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TAR_TYPE	N	2	0	Код типа дополнительного тарифа
NAME	C	250		Наименование (описание) типа дополнительного тарифа
NAMESHORT	C	40		Краткое наименование

2.5. Добавить описания структуры справочника TarEx.dbf

Структура справочника TarEx.dbf (дополнительные тарифы)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TAREX_ID	N	8	0	Код дополнительного тарифа
TAR_TYPE	N	2	0	Код типа дополнительного тарифа (Tar_Type.dbf)
CATEGORY	C	1		Категория МО (пусто – не влияет на выбор тарифа)
COD_LPU	C	4		Код МО (пусто – не влияет на выбор тарифа)
COD_SPEC	C	4		Код специальности/профиля коек из справочника special.dbf (пусто – не влияет на выбор тарифа)
PLACE	C	2		Место обслуживания (пусто – не влияет на выбор тарифа)
PURPOSE	C	2		Цель посещения (пусто – не влияет на выбор тарифа)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
DISP_TYP	C	1		Тип диспансеризации (медицинского осмотра) (пусто – не влияет на выбор тарифа)
KSG_ID	C	3		Код КСГ в соответствии со справочником ksg.dbf (пусто – не влияет на выбор тарифа)
HMP_ID	C	4		Код ВМП в соответствии со справочником hmp.dbf (пусто – не влияет на выбор тарифа)
MUT_FD	C	1		Признак тарифа для взаиморасчетов (пусто – не влияет на выбор тарифа)
RANK	N	2	0	Приоритет выбора тарифа
TARIF	N	10	2	Тариф
DATE_TAR	D	8	0	Дата начала действия тарифа
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия тарифа
UNIT	N	2	0	Единица измерения (объема): 1 – 1 посещение / случай 2 – количество УЕТ (поле UET) 3 – количество койко- пациенто- дней в соответствии с полем BED_DAY 4 – количество койко- пациенто- дней в соответствии с правилами статистики (BED_STAT)
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры
POS	N	1	0	Номер позиции дополнительного тарифа в файле персонифицированного учета медицинской помощи: POS=1 – в файле персонифицированного учета медицинской помощи передается в поле TAR1 (FIN_ID=8).

3. В Приложении 4:

3.1. Пункт 1.2.8 изложить в новой редакции:

1.2.8 В поле SUMMAV указывается сумма по счету, выставленная на оплату МО Равна сумме значений полей SUMV (элемент SLUCH) по всем позициям счета. При этом, учитывается «знак» записи по полю PR_NOV: если PR_NOV=-1, то значение поля SUMV элемента SLUCH учитывается со знаком «-».

3.2. Пункт 1.3.2 изложить в новой редакции:

1.3.2 Поле PR_NOV обязательно для заполнения. Служит для указания признака исправленной записи:

0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;

-1 – запись в движении пациента, содержащем ошибочные сведения и подлежащем исправлению, до исправления;

1 – запись передается повторно после исправления (запись в движении пациента, содержащем ошибочные сведения и подлежащем исправлению, после исправления ошибочных данных в движении).

В настоящее время допускается подавать к исправлению (по согласованию с

ТФОМС Челябинской области) записи, удовлетворяющие критериям:

- записи содержат сведения об оказанной медицинской помощи в круглосуточном или дневных стационарах всех типов для застрахованных Челябинской области (файлы «Н», «Т»; FILE_TYPE = «01», «02»; USL_OK=1,2). При этом при исправлении не допускается изменение типа файла (FILE_TYPE) и типа стационара (PURPOSE = «К»- круглосуточный, «Д»-дневной, «Н»-на дому);
- при исправлении хотя бы одной койки в движении подается к исправлению полностью вся госпитализация. При этом, все записи в госпитализации до ее исправления помечаются признаком PR_NOV=-1, а после исправления PR_NOV=1, независимо от того, изменяются сведения по конкретной койке в движении или нет. Кроме того, записи, относящиеся к одной корректировке (все койки в движении до исправления и после исправления данных о госпитализации, должны имеет одинаковое значение поля REV_ID, уникальное для каждой корректировки в пределах одного типа файла FILE_TYPE для одного отчетного периода);
- месяц окончания оказания медицинской помощи, содержащей ошибочные записи, предшествует месяцу отчетного периода. Год окончания оказания медицинской помощи, содержащей ошибочной записи, равен году отчетного периода. Месяц и год окончания оказания медицинской помощи определяется по полю DATE_2 записи, соответствующей выписной койке в движении (RSLT≠0, ISHOD≠0).

SCHET.MONTH=MONTH(ZAP.SLUCH.DATE_2) – 1;

SCHET.YEAR=YEAR(ZAP.SLUCH.DATE_2);

- допускается подавать к исправлению только оплаченные ранее госпитализации (поле DELETED=0 в файле формата DBF);
- допускается подавать к исправлению только нескорректированные ранее записи;
- допускается изменять сведения в файлах об оказанной медицинской помощи (файлы «Н», «Т») в элементах SLUCH, USL за исключением: условий оказания медицинской помощи (поле USL_OK); кода МО лечения (поле LPU); признака “особый случай” (поле OS_SLUCH); веса и роста новорожденного (поля WEIGHT и HEIGHT в элементе COMENTU); даты окончания госпитализации – поля DATE_2 и DATE_OUT записи, соответствующей выписной койке в движении (RSLT≠0, ISHOD≠0). Не допускается изменять персональные сведения (в файле об оказанной медицинской помощи («Н», «Т») элемент PACIENT и связанные с ним по ID_PAC сведения из файла персональных данных «L»).

3.3. Пункт 1.3.4.36 изложить в новой редакции:

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

- 0 – не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF);
- 1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF);
- 2 – полный отказ (DELETED=6 в файле формата DBF, если заполнено поле DELETED=6 в ComentSl; 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 (зарезервировано, в

настоящее время не используется) 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).

Решение об оплате принимается СМО.

Отказы нельзя указывать в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ; при оплате случаев оказания скорой помощи, амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании, и включенной в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

3.4. Пункт 1.3.4.40.11 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.11 Поле CODE_USL обязательно для заполнения. Указывается код услуги UF_ID из территориального классификатора услуг по финансовым потокам USL_FIN.DBF. UF_ID определяется в соответствии с кодом финансового потока FIN_ID и кодом услуги USL_ID из территориального классификатора услуг USL_UNION.DBF.

В настоящее время в финансировании медицинской помощи по ОМС действуют финансовые потоки (FIN_ID):

1 – финансирование по основному тарифу (TARIF, справочники TARIF.DBF, PTARIF.DBF, HMP_TAR.DBF);

6 – финансирование по дополнительному тарифу (TARIF_DOP, справочник DTARIF.DBF);

7 – финансирование по дополнительному тарифу за счет межбюджетного трансферта из бюджета Челябинской области (TARIF_B, справочник BTARIF.DBF);

8 – финансирование по дополнительному тарифу №1 (TAR1, справочник TAREX.DBF).

Код услуги USL_ID в территориальном классификаторе услуг USL_UNION.DBF, в свою очередь, определяется в соответствии:

- С кодом места обслуживания (способом оплаты) (PLACE, справочник PLACE.DBF).

В файлах персонифицированного учета PLACE может принимать следующие значения:

- по поликлинике: 1 «Посещения в поликлинике», 2 «Посещения на дому», 6 «Стационар в поликлинике», 7 «Стоматология по УЕТ»;

- по стационару: 5 «Стационар по законченному случаю»; 14 «Реанимация по законченному случаю». 14 - только для тех профилей коек (COD_SPEC), для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REANIM=1};

- по параклинике: 10;

- по скорой помощи: 20.

- С кодом цели обслуживания (PURPOSE, справочник PURPOSE.DBF).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике для посещений в поликлинике и на дому с лечебно-диагностической целью допускается указывать «Д».

- С кодом специальности врача (или профиля коек, или профиля бригады скорой помощи) (COD_SPEC, справочник SPECIAL.DBF) в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи.

Специальность врача или профиль коек должны соответствовать полу пациента (поле SEX в SPECIAL.DBF). Медицинская помощь не может быть оказана детским специалистом (на детской койке) (поле TYPED=1 в SPECIAL.DBF) пациенту, возраст которого в год окончания лечения превышает 18 лет.

При оплате медицинской помощи по КСГ в стационаре (круглосуточный стационар и дневной стационар при круглосуточном) и поликлинике (дневной стационар и стационар на дому) код профиля койки должен быть из списка разрешенных в соответствии со справочником KSG_SPC.DBF.

- С кодом параклинической услуги (RSRCH_ID, справочник RSRCH.DBF) в файлах персонифицированного учета по параклинике.

Возраст пациента на дату окончания обследования не должен превышать значение поля AGE в RSRCH.DBF, если оно отлично от нуля.

- С кодом условий применения тарифа (COND_ID, справочник CONDPTAR.DBF) в файлах персонифицированного учета по параклинике.

COND_ID может быть только в файлах персонифицированного учета по параклинике в случае применения анестезиологического сопровождения при исследованиях на рентгеновских компьютерных и магнитно-резонансных томографах (PURPOSE=18).

- С кодом высокотехнологичной медицинской помощи (HMP_ID, справочник HMP.DBF) в файлах по оказанной 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.

3.5. Пункт 1.3.4.40.12 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.12 Поле KOL_USL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).

Указывается количество услуг (кратность услуг) в соответствии с финансовым потоком.

А) FIN_ID=1:

- 1) Посещения в поликлинике и на дому (PLACE=1,2): 1 (посещение);
- 2) Стоматология по УЕТ (PLACE=7): количество УЕТ;
- 3) Стационар в поликлинике (PLACE=6):

3.1) Для КСГ, кроме «Гемодиализ» и «Перитонеальный диализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF не содержатся элементы {DIAL=1}, {DIAL=2}):

- если базовая ставка КСГ установлена на пациенто-дни: количество пациенто-дней, определенных по правилам статистики для дневного стационара:

«Дата окончания – Дата начала + 1»;

- если базовая ставка КСГ установлена на случай (пролеченного больного): 1 (случай);
- кроме того, для КСГ, содержащих в том числе диализ (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=0}), нужно передать количество пациенто-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа, и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно);
- кроме того, для КСГ ЭКО (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {ЕКО=1}), нужно передать количество пациенто-дней, подлежащих учету, в ComentU (поле BED_DAY);

3.2) Для КСГ «Гемодиализ» и «Перитонеальный диализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно):

- Фактическое количество пациенто-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа, (поле BED_DAY в файле формата DBF). Для КСГ «Гемодиализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=1}) значение не должно превышать: 14 – если номер отчетного месяца равен «1» (январь), «7» (июль), «10» (октябрь), «12» (декабрь); 13 – в остальных случаях. Для КСГ «Перитонеальный диализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=2}) значение должно быть равно общему количеству койко-дней пребывания на койке, подсчитанного по правилам статистики;
- кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT);

4) Круглосуточный стационар (PURPOSE=K):

- если базовая ставка КСГ установлена на койко-дни: количество койко-дней, определенных по правилам статистики для круглосуточного стационара: «если Дата окончания = Дата начала то 1, иначе Дата окончания – Дата начала»;
- если базовая ставка КСГ установлена на случай (пролеченного больного): 1 (случай);
- кроме того, для КСГ, содержащих в том числе диализ (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=0}), нужно передать количество койко-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа, и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно);

5) Дневной стационар при КС (PURPOSE=D):

5.1) Для КСГ, кроме «Гемодиализ» и «Перитонеальный диализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF не содержатся элементы {DIAL=1}, {DIAL=2}):

- если базовая ставка КСГ установлена на пациенто-дни: количество пациенто-дней, определенных по правилам статистики для дневного стационара:

«Дата окончания – Дата начала + 1»;

- если базовая ставка КСГ установлена на случай (пролеченного больного): 1 (случай);
- кроме того, для КСГ, содержащих в том числе диализ (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=0}), нужно передать количество пациенто-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа, и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно);

5.2) Для КСГ «Гемодиализ» и «Перитонеальный диализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно):

- Фактическое количество пациенто-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа, (поле BED_DAY в файле формата DBF). Для КСГ «Гемодиализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=1}) значение не должно превышать: 14 – если номер отчетного месяца равен «1» (январь), «7» (июль), «12» (декабрь); 13 – в остальных случаях. Для КСГ «Перитонеальный диализ» (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {DIAL=2}) значение должно быть равно общему количеству койко-дней пребывания на койке, подсчитанного по правилам статистики;
- кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT);

6) Параклиника (PLACE=10):

- R-хирургические методы диагностики (PURPOSE=7): 1 (обследование);
- КТ,МРТ (PURPOSE=18): 1 (обследование);
- Иммунологическая и бактериологическая диагностика (PURPOSE=20): 1 (обследование);
- Пренатальная диагностика (PURPOSE=17): количество УЕ;
- Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (PURPOSE=21): 1 (обследование)

Б) FIN_ID=6

Указывается значение 1.

В) FIN_ID=7

- 1) Посещения в поликлинике и на дому (Place=1,2): 1 (посещение);
- 2) Стоматология по УЕТ (Place=7): количество УЕТ;
- 3) Стационар в поликлинике (Place=6): 1 (случай);
- 4) Круглосуточный стационар (Purpose=K): 1 (случай);
- 5) Дневной стационар при КС (Purpose=Д): 1 (случай).

Г) FIN_ID=8

Указывается значение в соответствии с полем UNIT из справочника TAREX.DBF.

3.6. Пункт 1.3.4.40.13 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.13 В поле TARIF указывается тариф в соответствии с финансовым потоком FIN_ID.

А) FIN_ID=1

В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи тариф (базовая ставка КСГ) в соответствии:

- со справочником TARIF.DBF – в файлах персонифицированного учета по поликлинике (кроме дневных стационаров и стационаров на дому), в файлах персонифицированного учета по стационару (кроме случаев оплаты по ВМП и КСГ), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи,
- со справочником HMP_TAR.DBF – в файлах по оказанной ВМП,
- со справочником PTARIF.DBF – в файлах персонифицированного учета по параклинике,
- со справочником KSG_BS.DBF – в файлах персонифицированного учета по поликлинике (дневные стационары и стационары на дому), в файлах персонифицированного учета по стационару (оплата по КСГ).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи фельдшером (KVAL= «Ф») в поликлинике и на дому в поле TARIF должно быть указано 80% от тарифа, за исключением оплаты случаев диспансеризации и медицинских осмотров, и посещений, оплачиваемых по тарифу "Фельдшер ФАП" (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {FAP=1}). Оплата внешних медицинских услуг (медицинских услуг, оказанных в поликлинике и на дому не прикрепленным лицам) МО, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь которых оплачивается по подушевому финансированию (за исключением Центров здоровья (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {CZ=1}), случаев и осмотров/исследований в рамках диспансеризации и медицинских осмотров (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр DISP_TYP), 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})), осуществляется по тарифу для взаиморасчетов (в справочнике TARIF.DBF: MUT_FD=1 – для застрахованных лиц Челябинской области, MUT_FD=2 – для застрахованных на территории других субъектов РФ).

Тариф может принимать нулевое значение в следующих случаях.

1) В файлах персонифицированного учета по стационару:

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

Алгоритм определения оплаты по КСГ в период одной госпитализации в круглосуточном стационаре.

1. Определяем КСГ для каждой записи в движении. Алгоритм определения КСГ для каждой записи в движении в рамках одной госпитализации приведен в пункте 1.3.4.40.17.25 Приложения 4 настоящих Правил
2. Если во всем движении одна КСГ, то оплате подлежит последняя (выписная) койка в движении.
3. Если в движении разные КСГ, но один профиль коек, то оплате подлежит последняя в хронологическом порядке койка в движении с наибольшим коэффициентом 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 лечение пациента условно делим по классу МКБ основного диагноза.
6. В каждом классе МКБ определяем последнюю в хронологическом порядке койку с наибольшим КЗ.
7. Перечень с наиболее затратными КСГ, определенными в п.6, группируем по КСГ.
8. В каждой группе по КСГ оплате подлежит последняя в хронологическом порядке койка.

Следует учесть, что при оплате по КСГ:

- профили коек «Медицинская реабилитация» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {REABIL=1}) не участвуют в приведенном выше алгоритме. Оплата медицинской помощи по профилю коек «Медицинская реабилитация» всегда производится по базовой ставке 1 койко-дня в каждой записи той части движения, которая относится к профилю коек «Медицинская реабилитация». При расчете суммы оплаты применяется коэффициент затратоемкости той КСГ, которая определилась на записи движения;
- в круглосуточном стационаре случай родоразрешения (КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «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}) при условии предшествующего лечения на профиле коек «Патология беременности» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {PATHOLOGY=2}) более 5 дней (КСГ 1 «Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов», КСГ 2 «Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью», КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения») оплачивается как один законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» с применением коэффициента сложности курации к КСГ, соответствующей родоразрешению.

- в круглосуточном стационаре случай родоразрешения на профиле коек «Для беременных и рожениц» при условии предшествующего лечения на профиле коек «Патология беременности» 5 дней и менее (КСГ 1 «Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов», КСГ 2 «Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью», КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения») оплачивается как один законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» без применения коэффициента сложности курации.

- профили коек (COD_SPEC), для которых не определяется КСГ (элемент {KPG=0} в поле PARAM_EX в справочнике SPECIAL.DBF), не участвуют в приведенном выше алгоритме. На этих профилях коек тариф принимает нулевое значение.

Для оставшихся профилей коек в госпитализации действует общий алгоритм определения оплаты по КСГ в круглосуточном стационаре.

2) В файлах персонифицированного учета по поликлинике:

- для застрахованных лиц Челябинской области при оказании медицинской помощи в поликлинике 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}) с мая 2015 года, посещений «с проведением пренатальной диагностики» (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {UZI=1});

- для консультаций врачей-специалистов КДЦ (COD_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {KDC=1}) в январе 2015 года.

3) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по скорой помощи.

4) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам:

- если оплата по тарифу за законченный случай диспансеризации или медицинского осмотра: в записях, отражающих осмотры специалистами / исследования в рамках случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения;

- если оплата по тарифам за выполненные осмотры специалистами / исследования: в итоговых записях по случаю диспансеризации определенных групп населения и в записях, отражающих осмотры специалистами/исследования, выполненные ранее и учтенные в диспансеризации.

5) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц по параклинике.

Б) FIN_ID=6

В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи дополнительный тариф в соответствии со справочником DTARIF.DBF.

В) FIN_ID=7

В поле TARIF указывается в соответствии со справочником VTARIF.DBF действующий на момент оказания медицинской помощи: а) дополнительный тариф за счет межбюджетного трансферта из бюджета Челябинской области; или б) дополнительный тариф на оплату медицинской помощи на дополнительные объемы специализированной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, подведомственными федеральному органу исполнительной власти, и оплаченной за счет средств нормированного страхового запаса ФФОМС (FIN_SRC=1 в файле со сведениями об оказанной медицинской помощи), за счет средств нормированного страхового запаса ФФОМС.

Следует учесть, что этот тариф не применяется при оплате медицинской помощи:

- по тарифам для взаиморасчетов (в справочнике TARIF.DBF: MUT_FD=1 – для застрахованных лиц Челябинской области, MUT_FD=2 – для застрахованных на территории других субъектов РФ);

- диспансеризации, медицинских осмотров (файлы по диспансеризации/медицинским осмотрам);

- ВМП (файл по ВМП);

- медицинской помощи, оказанной сверх базовой программы ОМС (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX присутствует элемент {OVER_BASE=1});

- медицинской помощи, оказанной застрахованным на территории других субъектов РФ (действует с августа 2015г.).

Г) FIN_ID=8

В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи дополнительный тариф №1 в соответствии со справочником TAREX.DBF: действующий тариф в соответствии со значением поля TAR1_TYPE и POS=1).

3.7. Пункт 1.3.4.40.14 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.14 В поле SUMV_USL указывается стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате, в соответствии с финансовым потоком.

Заполняется на тарифицированных записях (TARIF≠0).

А) FIN_ID=1

В поле SUMV_USL указывается:

1) При оплате медицинской помощи по КСГ – сумма оплаты по КСГ с учетом размера (процента – PR) тарифа (базовой ставки – БС), коэффициента затратоемкости КСГ (КЗ), коэффициента индексации (поправочного коэффициента – ПК), кратности (количества) услуги (зависит от применимости базовой ставки, поле APP_TO в справочнике KSG_BS.DBF: 1 – к пролеченному больному, 1 случай; 2 – к койко-, пациенто- дням лечения, подсчитанным по правилам статистики; 3 – к койко-, пациенто- дням фактического оказания медицинской помощи с применением диализа):

$$\text{SUMV_USL} = \text{БС} * \text{КЗ} * \text{ПК} * \text{KOL_USL} * \text{PR} / 100.$$

2) При оплате медицинской помощи не по КСГ – сумма оплаты с учетом размера тарифа и коэффициентов индексации.

Наличие, размер и условия применимости коэффициента индексации при оплате того или иного вида медицинской помощи определяется действующим Тарифным соглашением в сфере ОМС Челябинской области.

Б) FIN_ID=6

В поле SUMV_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу.

В) FIN_ID=7

В поле SUMV_USL указывается сумма оплаты по тарифу за счет межбюджетного трансферта из бюджета Челябинской области.

Г) FIN_ID=8

В поле SUMV_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу №1.

3.8. Пункт 1.3.4.40.17.12 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.17.12 В поле DATE_TAR указывается дата тарифа в соответствии с финансовым потоком FIN_ID.

А) FIN_ID=1

В поле DATE_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи основного тарифа (базовой ставки КСГ) в записях, где заполнено поле TARIF (TARIF≠0):

- в файлах персонифицированного учета по поликлинике (кроме оплаты по КСГ в стационарах при поликлинике), стационару (кроме ВМП и оплаты по КСГ) и скорой помощи в соответствии со справочником TARIF.DBF,

- в файлах персонифицированного учета по поликлинике (оплата по КСГ в стационарах при поликлинике), стационару (оплата по КСГ) в соответствии со справочником KSG_BS.DBF,

- в файлах по оказанной ВМП – в соответствии со справочником HMP_TAR.DBF,

- в файлах персонифицированного учета по параклинике – в соответствии со справочником PTARIF.DBF.

Б) FIN_ID=6

В поле DATE_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи дополнительного тарифа в соответствии со справочником DTARIF.DBF.

В) FIN_ID=7

В поле DATE_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи дополнительного тарифа за счет межбюджетного трансферта из бюджета Челябинской области в соответствии со справочником BTARIF.DBF.

Г) FIN_ID=8

В поле DATE_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи дополнительного тарифа №1 в соответствии со справочником TAREX.DBF: дата действующего тарифа в соответствии со значением поля TAR_TYPE=TAR1_TYPE и POS=1.

3.9. Пункт 1.3.4.40.17.25 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.17.25 Поля KPG и KSG обязательны для заполнения в файлах персонифицированного учета по стационару, кроме файлов по оказанной ВМП, и в файлах персонифицированного учета по поликлинике для случаев оказания медицинской помощи в стационаре при поликлинике, за исключением тех случаев, когда для профиля коек (COD_SPEC) не определяется КСГ (элемент {KPG=0} в поле PARAM_EX в справочнике SPECIAL.DBF).

Указывается код клинико-профильной группы (KPG) и клинико-статистической группы (KSG). Данные поля заполняются в соответствие со справочником KSG.DBF.

Возможность применять КСГ на профиле койки (COD_SPEC) и/или для вида стационара (1 – круглосуточный, 2 – дневной при круглосуточном, 3 – дневной при поликлинике, 4 – стационар на дому при поликлинике) определена в справочнике KSG_SPC.DBF.

Определение КСГ для каждой записи в движении в рамках одной госпитализации:

Шаг 1. Определение КСГ «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {TRAUMA=1}).

1) Если для рассматриваемой койки указано количество реанимационных койко-дней (BED_REAN>0), то переходим к п.2 Шага 1. Иначе, переходим к Шагу 2.

2) По справочнику KSG_AR.DBF определяем анатомическую область (из T1–T7, T45) кода МКБ основного диагноза. Если не нашли запись, действующую в периоде, то переходим к Шагу 2.

3) По справочнику KSG_AR.DBF определяем анатомические области (из T0–T7, T45) для всех кодов МКБ сопутствующих диагнозов и диагнозов осложнений.

4) Рассматриваем совокупность анатомических областей, определенных в п.2 и п.3 Шага 1. Если в совокупности есть:

а) или: область T0 и область T7,

б) или: область T0 и две различные области из T1–T6, T45,

то для записи определяется КСГ «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)». Иначе, переходим к Шагу 2.

Шаг 2. Определение КСГ «Гемодиализ» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=1}) и «Перитонеальный диализ» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=2}).

1) Если профиль койки предполагает применение гемодиализа (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {DIAL=1}) и в поле MEDUS_ID указан код номенклатуры «A18.05.002» Гемодиализ, то для записи определяется КСГ «Гемодиализ». Иначе, переходим к пункту 2.

2) Если профиль койки предполагает применение перитонеального диализа (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX

имеется параметр {DIAL=2}) и в поле MEDUS_ID указан код номенклатуры «A18.30.001» Перитонеальный диализ, то для записи определяется КСГ «Перитонеальный диализ». Иначе, переходим к Шагу 3.

Шаг 3. Определение КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EKO=1}).

1) Если профиль койки предполагает применение вспомогательных репродуктивных технологий (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {EKO=1}) и в поле MEDUS_ID указан код номенклатуры «A11.20.027» Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов, то для записи определяется КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение». Иначе, переходим к шагу 4.

Шаг 4. Определение КСГ «Другие болезни уха (замена речевого процессора)» (КСГ, для которой в справочнике KSG.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}).

Если профиль койки предполагает замену речевого процессора (COD_SPEC, для которой в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM_EX имеется параметр {VOICE=1}) и в поле MEDUS_ID указан код номенклатуры B05.057.008 «Услуги по реабилитации пациента, перенесшего операцию кохлеарной имплантации, включая замену речевого процессора» и код МКБ основного диагноза по справочнику KSG_MAP.DBF допустим для КСГ «Другие болезни уха (замена речевого процессора)», то для записи определяется КСГ «Другие болезни уха (замена речевого процессора)». Иначе, переходим к шагу 5.

Шаг 5. Общий алгоритм определения КСГ:

1) Если на профиле койки допустимо применение КСГ (в соответствии со справочником KSG_SPC.DBF) и для койки не указаны признаки применимости диализа (в поле PARAM_EX параметр {DIAL=1} или {DIAL=2}), или ЭКО (в поле PARAM_EX параметр {EKO=1}), или замены речевого процессора (в поле PARAM_EX параметр {VOICE=1}), то переходим к п.2, иначе – ошибка.

2) По коду МКБ основного диагноза по справочнику KSG_MAP.DBF определяем действующую в периоде КСГ_{МКБ} с учетом дополнительных критериев:

- код номенклатуры (услуги),
- возрастная категория на начало госпитализации,
- пол,
- длительность пребывания (на рассматриваемой записи в движении),
- иных дополнительных параметров в соответствии с полем PARAM_EX справочника KSG_MAP.

При этом, если применялось несколько кодов номенклатуры и/или указано несколько кодов МКБ сопутствующего диагноза, то определяем несколько КСГ с учетом каждого из них, выбрав в качестве КСГ_{МКБ} среди них ту, которая имеет наибольший коэффициент затратоемкости (KZ).

3) По коду номенклатуры по справочнику KSG_MAP.DBF определяем действующую в периоде КСГ_{MEDUS} с учетом дополнительных критериев:

- код МКБ основного диагноза,
- код МКБ сопутствующего диагноза,

- возрастная категория на начало госпитализации,
- пол,
- длительность пребывания (на рассматриваемой записи в движении),
- иных дополнительных параметров в соответствии с полем PARAM_EX справочника KSG_MAP.

При этом, если применялось несколько кодов номенклатуры и/или указано несколько кодов МКБ сопутствующего диагноза, то определяем КСГ для каждого кода номенклатуры, выбрав в качестве КСГ_{MEDUS} среди них ту, которая имеет наибольший коэффициент затратоемкости (KZ).

4) Проверяем найденные КСГ_{MKB} и КСГ_{MEDUS} по справочнику KSG_SEL.DBF. Если в периоде найдено сочетание (КСГ_{MKB}, КСГ_{MEDUS}), то выбираем КСГ, указанную в поле KSG_ID. Иначе, из КСГ_{MKB} и КСГ_{MEDUS} выбираем ту КСГ, которая имеет наибольшее значение коэффициент затратоемкости.

Следует учесть, что:

- соседние записи в движении пациента в рамках одной госпитализации должны отличаться либо по профилю коек, либо по коду основного диагноза,
- в круглосуточном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ 159 «Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения» с другими КСГ;
- в круглосуточном стационаре в одной госпитализации не допускается сочетание КСГ «Другие болезни уха (замена речевого процессора)» с другими КСГ.

3.10. Пункт 1.3.4.40.17.30 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.17.30 Поле KOL_USL обязательно заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП это поле передается непосредственно в элементе USL. Указывается количество услуг (кратность услуг) в соответствии с финансовым потоком:

А) FIN_ID=1:

- 1) Посещения в поликлинике (PLACE=1): 1 (посещение)
- 2) Стоматология по УЕТ (PLACE=7): 0.00 (УЕТ).

3.11. Добавить подпункт 1.3.4.40.17.31 после подпункта 1.3.4.40.17.30:

1.3.4.40.17.31 В поле TAR1_TYPE указывается тип дополнительного тарифа №1 (справочник TAR_TYPE.DBF). На дату оказания медицинской помощи должен существовать действующий дополнительный тариф №1 по справочнику TAREX.DBF (в соответствии со значением поля TAR_TYPE=TAR1_TYPE и POS=1).

3.12. Добавить подпункт 1.3.4.41.8 после подпункта 1.3.4.41.7:

1.3.4.41.8 В поле REV_ID указывается номер корректировки данных госпитализации предыдущего периода. Уникально в пределах одного типа файла (FILE_TYPE= «01», «02») одного отчетного периода.