

Министерство здравоохранения  
Челябинской области

Территориальный фонд  
обязательного медицинского  
страхования Челябинской области

## ПРИКАЗ

«27» мая 2015г.

464/1/373/1  
№ \_\_\_\_\_

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 мая 2015 года, за исключением пунктов 1.1, 1.3, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 2.1, 2.3, 2.4, 3.1, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.10, 3.11, 3.12, 4, 5 изменений в Правила, которые распространяют своё действие, начиная с предоставления отчета за медицинские услуги, оказанные с 1 апреля 2015 года.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за нами.

Министр здравоохранения  
Челябинской области



С.Л. Кремлев

И.о. директора территориального  
фонда обязательного  
медицинского страхования  
Челябинской области



Н.Ю. Миронова

приказом Министерства здравоохранения  
Челябинской области и территориального фонда  
обязательного медицинского страхования

Челябинской области  
от 27.05.15 № 764/1 / 373/1

### 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 полей CODE\_USL, KOL\_USL, COMENTU 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>Сведения об услуге</i>					
USL	...	...	...	...	...
	...	...	...	...	...
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	<p>Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф 6-tarif_dop – дополнительный тариф Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. 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 Указывается в зависимости от вида услуг: 1) Посещения в поликлинике и на дому (Place=1,2): 1 (посещение); 2) Стоматология по УЕТ (Place=7): количество УЕТ (поле UET в файле формата DBF); 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}):  <ul style="list-style-type: none"> <li>- если базовая ставка КСГ установлена на пациенто-дни: количество пациенто-дней, определенных по правилам статистики для дневного стационара: «Дата окончания – Дата начала + 1»;</li> <li>- если базовая ставка КСГ установлена на случай (пролеченного больного): 1 (случай);</li> <li>- 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);</li> <li>- кроме того, для КСГ ЭКО (в поле PARAM_EX справочника KSG.DBF содержится элемент {EKO=1}), нужно передать количество пациенто-</li> </ul> </p>



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>дней, подлежащих учету, в ComentU (поле BED_DAY);</p> <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"> <li>- Фактическое количество пациенто-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF)</li> <li>- кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT);</li> </ul> <p>4) Круглосуточный стационар (Purpose= K):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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»;</li> <li>- если базовая ставка КСГ установлена на случай (пролеченного больного): 1 (случай);</li> <li>- 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);</li> </ul> <p>5) Дневной стационар при КС (Purpose=D):</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"> <li>- если базовая ставка КСГ установлена на пациенто-дни: количество пациенто-дней, определенных по правилам статистики для дневного стационара: «Дата окончания – Дата начала + 1»;</li> <li>- если базовая ставка КСГ установлена на случай (пролеченного больного): 1 (случай);</li> <li>- 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</li> </ul>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>процедуры заместительной почечной терапии методом диализа, и сеансов/обменов диализа в ComentU (поля BED_DAY и AMOUNT соответственно);</p> <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"> <li>- Фактическое количество пациенто-дней, в которые проводились процедуры заместительной почечной терапии методом диализа (поле BED_DAY в файле формата DBF);</li> <li>- кроме того, нужно передать количество сеансов/обменов диализа в ComentU (поле AMOUNT);</li> </ul> <p>6) Параклиника (Place=10):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- R-хирургические методы диагностики (Purpose=7), иммунология и бактериальная диагностика (Purpose=20): 1 (обследование) (кроме того нужно кол-во UE передать в ComentU (UET));</li> <li>- КТ,МРТ (Purpose=18), лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (Purpose=21): 1 (обследование);</li> <li>- Пренатальная диагностика (Purpose=17): количество UE (поле UET в файле формата DBF)</li> </ul> <p>Б) FIN_ID=6</p> <p>Указывается значение 1.</p> <p>...</p>
	COMENTU	У	Т(500)	Код услуги	<p>Передача дополнительных полей.</p> <p>Формат кодирования: ID=#значение#</p> <p>Разделитель между полями: символ “ ”</p> <p>Кодируемые поля см. в таблице 1.2.</p> <p>Для FIN_ID=1 (фин.поток – основной тариф) передаются все поля, имеющие значение для данной услуги.</p> <p>Для FIN_ID≠1 – передается только значение поля DATE_TAR - дата начала действия тарифа соответствующего фин. потока услуги.</p>



1.2. Изложить в новой редакции описание поля NPR\_MO элемента SLUCH 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>Сведения о случае</i>					
SLUCH	...	...	...	...	...
	...	...	...	...	...
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Для файлов по скорой медицинской помощи: – если медицинская организация, в которую доставили пациента, находится вне Челябинской области, то в поле NPR_MO следует указывать значение «-1»; – если медицинская организация, в которую доставили пациента, не является участником системы ОМС и/или отсутствует в справочнике, то в поле NPR_MO следует указывать значение «-2». Для файлов персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по параклинике (с мая 2015 года): – если направившая медицинская организация находится вне Челябинской области, то в поле NPR_MO следует указывать значение «-1». Соответствует полю LPU_FROM в файле формата DBF. При отсутствии сведений может не заполняться.
	...	...	...	...	...

1.3. Изложить в новой редакции описание поля DATE\_TAR, кодируемого 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	Дата начала действия тарифа услуги (соответствующего фин. потока) в формате ГГГГ-ММ-ДД
...	...	...	...	...	...

1.4. Изложить в новой редакции описание поля DELETED, 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
DELETED	N	1	0		В файлах персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике (КДЦ) и параклинике заполняется значением 6 с января по апрель 2015 года.



1.5. Изложить в новой редакции описание полей CODE\_USL, COMENTU элемента USL в файле со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица 2).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<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 Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.
	...	...	...	...	...
	COMENTU	Y	T(500)	Код услуги	Передача дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение# Разделитель между полями: символ “ ” Кодируемые поля см. в таблице 2.2. Для FIN_ID=1 (фин.поток – основной тариф) передаются все поля, имеющие значение для данной услуги. Для FIN_ID≠1 – передается только значение поля DATE_TAR - дата начала действия тарифа соответствующего фин. потока услуги.

1.6. Изложить в новой редакции описание полей VIDPOM, RSLT\_D элемента SLUCH 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 о случае</i>					
SLUCH	...	...	...	...	...
	...	...	...	...	...
	VIDPOM	O	N(4)	Вид помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 (для тарифицируемых / итоговых записей по диспансеризации или медицинским осмотрам и для записей, отражающих осмотры специалистами в рамках диспансеризации или медицинским осмотрам). Для записей, отражающих исследования в рамках диспансеризации или медицинского осмотра, указывать значение 0.
	...	...	...	...	...
	RSLT_D	O	N(2)	Результат диспансеризации	Классификатор результатов диспансеризации V017(для тарифицируемых / итоговых записей по диспансеризации и медицинским осмотрам). Для записей, отражающих осмотры специалистами / исследования в рамках диспансеризации или медицинского осмотра, указывать значение 0.
	...	...	...	...	...



1.7. Изложить в новой редакции описание поля CODE\_USL, CODE\_MD, COMENTU 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>					
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 Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.
	...	...	...	...	...
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником. При отсутствии врача в справочнике – СНИЛС врача без разделителей с префиксом 's': sXXXXXXXXX Может принимать пустое значение в файлах по диспансеризации в записях, отражающих исследования.
	COMENTU	Y	T(500)	Код услуги	Передача дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение# Разделитель между полями: символ “ ” Кодируемые поля см. в таблице 3.3. Для FIN_ID=1 (фин.поток – основной тариф) передаются все поля, имеющие значение для данной услуги. Для FIN_ID≠1 – передается только значение поля DATE_TAR - дата начала действия тарифа соответствующего фин. потока услуги.

1.8. Изложить в новой редакции описание поля LPU\_FROM, кодируемого в элементе COMENTSL, для файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам (Таблица 3.2).

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
LPU_FROM	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО, из которой привлечен специалист для проведения осмотра / в которой выполнялось исследование, в рамках диспансеризации или медицинского осмотра.

1.9. Изложить в новой редакции описание поля VISIT\_DATE, кодируемого в элементе COMENTU, для файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам (Таблица 3.3).

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
VISIT_DATE	D	10			Дата посещения (осмотра специалистом / исследования в рамках случая диспансеризации или медицинского осмотра). Для тарифицированной / итоговой записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра указывается дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром. В формате ГГГГ-ММ-ДД



## 2. В Приложении 2:

## 2.1. Изложить в новой редакции описание структуры справочника special.dbf

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_TYP=1 - диспансеризация определенных групп взрослого населения, DISP_TYP=2 - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, DISP_TYP=3 - профилактические медицинские осмотры взрослого населения, DISP_TYP=4 - профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, DISP_TYP=5 - предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних, DISP_TYP=6 - периодические медицинские осмотры несовершеннолетних, DISP_TYP=7 - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, DISP_TYP=8 - диспансеризация инвалидов и участников Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступивших в повторный брак, и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда", бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их



				<p>противоправных действий);</p> <p>DISP_LEVEL – уровень диспансеризации (медицинского осмотра):</p> <p>DISP_LEVEL=1 – I этап,</p> <p>DISP_LEVEL=2 – II этап (I+II этап);</p> <p>AGE – возрастной период;</p> <p>SCHOOL – тип образовательного учреждения для предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних: 1 – ДОУ; 2 – ООУ; 3 – ОУПО;</p> <p>STOM_PROF: 1 – врач стоматологического профиля; 2 – врач-ортодонт;</p> <p>REANIM – тариф для оплаты реанимационной койки;</p> <p>NOVOR – тариф для оплаты койки «Для новорожденных»;</p> <p>A16 – признак наличия операции для применения тарифа (профиля):</p> <p>A16=0 – обязательное отсутствие,</p> <p>A16=1 – обязательное наличие;</p> <p>CZ – тарифы для Центров здоровья;</p> <p>KPG=0 – признак того, что в файле персонифицированного учета в записи с данным кодом тарифа не нужно указывать КПП/КСГ;</p> <p>WEIGHT=500-1499 – вес новорожденного с ЭНМТ и ОНМТ;</p> <p>FAP – фельдшер ФАП;</p> <p>KDC – тарифы для оплаты консультаций врачей-специалистов КДЦ;</p> <p>MINVOP – тарифы для оплаты малоинвазивных операций;</p> <p>PATHOLOGY – признак патологии:</p> <p>PATHOLOGY=1 – новорожденных,</p> <p>PATHOLOGY=2 – беременности;</p> <p>TERAP – признак терапевтической специальности или общепрофильной бригады скорой медицинской помощи;</p> <p>KVAL – ограничение на квалификацию специалиста/бригады скорой помощи (В-врач/врачебная, Ф-фельдшер/фельдшерская);</p> <p>NEOTLOG – признак неотложной помощи (для поликлиники);</p> <p>OVER_BASE – признак тарифа «сверх базовой программы ОМС»;</p> <p>SPEC_TAR – индивидуальный тариф для МО, применение которого описано в Тарифном соглашении;</p> <p>BEREM – тариф для оплаты коек:</p> <p>BEREM=1 – «Для беременных и рожениц»; BEREM=2 – «Для беременных и рожениц с новорожденным(и)»;</p> <p>REABIL – признак «Реабилитационной койки/специальности»;</p> <p>EKO – признак «ЭКО»;</p> <p>ONCO – тариф для оплаты коек/ специальностей:</p> <p>ONCO = 1 – «Онкологические»,</p> <p>ONCO = 2 – «Радиологические»,</p> <p>ONCO = 3 – «Химиотерапевтические»;</p> <p>DIAL – профиль диализа:</p> <p>DIAL=1 – «Гемодиализ»,</p> <p>DIAL=2 – «Перитонеальный диализ»;</p>
--	--	--	--	--

				VB – признак «выездной бригады»; UZI=1 – «с проведением пренатальной диагностики»; DETAIL – признак осмотра/исследования по диспансеризации; DETAIL=1 – осмотр специалистом в рамках диспансеризации, DETAIL=2 – исследование в рамках диспансеризации.
PRVS3	N	4	0	В соответствии со справочником V015.

## 2.2. Изложить в новой редакции описание структуры справочника ptarif.dbf

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
RSRCH_ID	C	15		Код услуги(обследования) по параклинике
CATEGORY	N	1	0	Категория МО
PURPOSE	C	2		Цель посещения
TARIF	N	10	2	Величина тарифа
DATE_TAR	D	8	0	Дата начала действия тарифа
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия тарифа
PRIZNAK	L	1	0	1 - Действующий тариф
COND_ID	N	3	0	Код условий применения тарифа (cndptar.dbf)
TYPED	N	1	0	0-взрослый тариф, 1-детский
MUT_FD	N	1	0	Признак тарифа для взаиморасчетов: 0 – обычный тариф, 1 – тариф для взаиморасчетов при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Челябинской области, 2 – тариф для взаиморасчетов при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на других территориях, 3 – рекомендуемый тариф для взаиморасчетов между медицинскими организациями при выполнении услуг по договорам гражданско-правового характера (не для оплаты в ФОМС).

## 2.3. 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_dop – дополнительный тариф
DB	D	8	0	Дата начала действия
DE	D	8	0	Дата окончания действия
UPD	N	4	0	Номер обновления



## 2.4. Добавить описания структуры справочника dtarif.dbf

### Структура справочника dtarif.dbf (дополнительные тарифы)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
COD_LPU	N	4	0	Код МО (из lpu.dbf)
COD_SPEC	N	4	0	Код специальности/профиля коек (из special.dbf)
TARIF	N	10	2	Тариф
DATE_TAR	D	8	0	Дата начала действия
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия

## 3. В Приложении 4:

### 3.1. Пункт 1.3.4.3 изложить в новой редакции:

1.3.4.3 Поле VIDPOM обязательно для заполнения в соответствии со справочником V008:

- 1 – первичная медико-санитарная помощь;
- 11 – первичная доврачебная медико-санитарная помощь;
- 12 – первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- 13 – первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- 2 – скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), 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.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам, следует указывать коды видов медицинской помощи:

11 – если амбулаторно-поликлиническая или стоматологическая помощь оказана специалистом не врачебной квалификации (KVAL=Ф в файле персонифицированного учета);

12 – если амбулаторно-поликлиническая помощь оказана врачом (KVAL=B в файле персонифицированного учета) по терапевтической специальности (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TERAP=1});

13 – если оказана амбулаторно-поликлиническая помощь врачом (KVAL=B в файле персонифицированного учета) по узкой специальности, или стоматологическая помощь (KVAL=B в файле персонифицированного учета), или помощь в условиях дневного стационара при поликлинике (кроме экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) – для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {EKO=1});



31 – если оказана медицинская помощь с применением ЭКО в условиях дневного стационара при поликлинике (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {EKO=1}).

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам следует указывать коды видов медицинской помощи:

0 – для записей, отражающих исследования;

11 – для записей, отражающих осмотры фельдшерами (KVAL=Ф в файле персонифицированного учета) на должности врача;

12 – для тарифицируемой/итоговой записи по диспансеризации или по медицинским осмотрам; для записей, отражающих осмотры врачами терапевтических специальностей (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {TERAP=1});

13 – для записей, отражающих осмотры врачами (KVAL=B в файле персонифицированного учета) узких специальностей.

В файлах персонифицированного учета по стационару, кроме ВМП, следует указывать значение 31.

В файлах по оказанной ВМП необходимо использовать только значение 32.

В файлах персонифицированного учета по параклинике следует указывать коды видов медицинской помощи:

13 – если основная медицинская помощь оказана в амбулаторно-поликлинических условиях (MED\_KIND=0 в файле персонифицированного учета) или условиях стационара при поликлинике (MED\_KIND=3 в файле персонифицированного учета);

31 – если основная медицинская помощь оказана в условиях круглосуточного стационара (MED\_KIND=1 в файле персонифицированного учета) или условиях дневного стационара при круглосуточном (MED\_KIND=2 в файле персонифицированного учета).

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи следует указывать значения:

2 – если помощь оказана общепрофильной бригадой (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TERAP=1});

21 – если помощь оказана специализированной бригадой.

### 3.2. Пункт 1.3.4.7 изложить в новой редакции:

1.3.4.7 В поле NPR\_MO в файлах персонифицированного учета по параклинике указывается код медицинской организации, направившей на обследование, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код медицинской организации, в которую доставили пациента, в файлах персонифицированного учета по поликлинике – код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для консультации у врача-специалиста, в соответствии со справочником F003.

Для файлов по скорой медицинской помощи:

– если медицинская организация, в которую доставили пациента, находится вне Челябинской области, то в поле NPR\_MO следует указывать значение «-1»;



– если медицинская организация, в которую доставили пациента, не является участником системы ОМС и/или отсутствует в справочнике, то в поле NPR\_MO следует указывать значение «-2».

Для файлов персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по параклинике (с мая 2015 года):

– если направившая медицинская организация находится вне Челябинской области, то в поле NPR\_MO следует указывать значение «-1».

Для файлов персонифицированного учета застрахованных на территории Челябинской области по параклинике (с мая 2015 года):

– не допускается подавать на оплату исследования по направлениям из медицинской организации, которая их проводит (COD\_LPU≠LPU\_FROM).

Поле обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по параклинике и для консультаций специалистами КДЦ в поликлинике (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {KDC=1}) в файлах по поликлинике.

Консультативную помощь и диагностические медицинские услуги КДЦ может получать пациент, направленный из АПП медицинской организации - Фондодержателя, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи (ATTACH\_VIS=LPU\_FROM), кроме студентов очной формы обучения и в случае, когда направляющая МО является КДЦ. 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).

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

### 3.3. Пункт 1.3.4.16 изложить в новой редакции:

1.3.4.16 Поле DATE\_1 обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД). В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения, в стационаре при поликлинике – дата начала лечения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения:

- для диспансеризации взрослого населения (DISP\_TYP = 1) и инвалидов BOB (DISP\_TYP=8) во всех записях по случаям диспансеризации в поле DATE\_1 должна быть дата первого осмотра специалистом / исследования, выполненных при диспансеризации (дата начала диспансеризации);

- для других типов диспансеризации и медицинских осмотров во всех записях по случаям диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_1 должна быть дата первого осмотра специалистом.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается дата начала лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни. В файлах персонифицированного учета по параклинике - дата начала обследования, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата приема вызова скорой помощи.



Для КСГ гемодиализа и перитонеального диализа (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно) дата должна находиться в отчетном периоде файла. Соответствует полю DATE\_IN в элементе USL.

#### 3.4. Пункт 1.3.4.26 изложить в новой редакции:

1.3.4.26 В поле RSLT\_D указывается результат диспансеризации. Элемент формируется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. В тарифицированных / итоговых записях по случаям диспансеризации и медицинских осмотров заполняется в соответствии со справочником V017. Для записей, отражающих осмотры специалистами / исследования в случаях диспансеризации и медицинских осмотров, заполняется значением 0.

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

#### 3.5. Пункт 1.3.4.40.8 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.8 Поле DATE\_IN обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД). В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения, в стационаре при поликлинике – дата начала лечения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения:

- для диспансеризации взрослого населения (DISP\_TYP = 1) и инвалидов BOB (DISP\_TYP=8) во всех записях по случаям диспансеризации в поле DATE\_IN должна быть дата первого осмотра специалистом / исследования, выполненных при диспансеризации (дата начала диспансеризации);
- для других типов диспансеризации и медицинских осмотров во всех записях по случаям диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_IN должна быть дата первого осмотра специалистом.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается дата начала лечения на каждом профиле коек, включающего в себя и реанимационные койко-дни. В файлах персонифицированного учета по параклинике - дата начала обследования, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата приема вызова скорой помощи.

Для КСГ гемодиализа и перитонеального диализа (в справочнике KSG.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {DIAL=1} или {DIAL=2} соответственно) дата должна находиться в отчетном периоде файла.

#### 3.6. 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).

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 CNDPTAR.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.

### 3.7. 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), «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.

3.8. 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.
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 в случае лечения по профилю коек «Патологии беременности» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PATHOLOGY=2}) продолжительностью более 5 дней с последующим родоразрешением (т.е. переводом на профиль 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. Для оставшихся профилей коек в госпитализации действует общий алгоритм определения оплаты по КСГ в круглосуточном стационаре.

- 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.

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.

3.9. 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 FIN\_ID.

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):

$$\text{SUMV\_USL} = \text{BC} * \text{K3} * \text{ПК} * \text{KOL\_USL} * \text{PR} / 100.$$

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

Коэффициенты индексации не применяются к тарифам:

- по ВМП (файлы по оказанной ВМП);
- по медицинской помощи, оказанной сверх базовой программы ОМС (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=1});
- по диспансеризации и медицинским осмотрам (файлы по диспансеризации и медицинским осмотрам);
- для взаиморасчетов (в справочнике TARIF.DBF: MUT\_FD=1 – для застрахованных лиц Челябинской области, MUT\_FD=2 – для застрахованных на территории других субъектов РФ).

Б) FIN\_ID=6

В поле SUMV\_USL указывается сумма оплаты по дополнительному тарифу.

3.10. Пункт 1.3.4.40.16 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.16 Поле CODE\_MD обязательно для заполнения. Следует указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с префиксом 's' (в нижнем регистре): sXXXXXXXXXXXX. Может принимать пустое значение в файлах по диспансеризации или медицинским осмотрам в записях, отражающих исследования.

3.11. Пункт 1.3.4.40.17.1 изложить в новой редакции:

1.3.4.40.17.1 Поле KVAL заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании амбулаторно-поликлинической и стоматологической помощи. Указывается квалификация врача: «В» - врач, «Ф» - фельдшер.

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи в поле KVAL указывается квалификация бригады скорой помощи: «В» - врачебная, «Ф» - фельдшерская.

Может принимать пустое значение в файлах по диспансеризации или медицинским осмотрам в записях, отражающих исследования.

3.12. 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.

#### 4. В Приложении 5:

##### 4.1. Раздел 1 изложить в новой редакции:

#### Раздел 1. Диспансеризация определенных групп взрослого населения.

1. Диспансеризация застрахованного лица может быть проведена только в той медицинской организации, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи. В файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области, и для лиц, застрахованных на территории других субъектов РФ, случаи диспансеризации могут подавать для оплаты только те медицинские организации, которые являются фондодержателями, при этом в файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области COD\_LPU=ATTACH\_VIS (кроме студентов очной формы обучения).

Данный раздел регулирует порядок учета диспансеризации определенных групп взрослого населения, за исключением лиц, относящихся к категориям, перечисленным в разделе 4 настоящего Порядка.

2. Оплата диспансеризации осуществляется за законченный случай, включающий посещения к врачам-специалистам и исследования в соответствии с приказом Минздрава РФ № 36ан от 03.02.2015. Коэффициенты индексации при оплате не применяются.

2.1. Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате, если выполнено не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного. При этом, процент выполнения объема диспансеризации определяется отношением количества выполненных осмотров/исследований к общему количеству осмотров/исследований, установленных для данного возраста и пола застрахованного.

2.1.1. Первый этап оплачивается по тарифам по законченному случаю диспансеризации, если число осмотров и исследований, выполненных ранее и



учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного. При этом, процент ранее проведенных осмотров/исследований определяется отношением количества ранее выполненных осмотров/исследований к общему количеству осмотров/исследований, установленных для данного возраста и пола застрахованного.

2.1.2. Если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного, то оплате подлежат только те осмотры и исследования, которые были выполнены при диспансеризации.

Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1}, {DISP\_LEVEL=1} и нет элемента DETAIL). В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(21,24,27,30,33,36)	1966
2	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(39,45)	1955
3	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(42)	1967
4	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(48,54,60,66)	1956
5	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(51,57,63,69)	1957
6	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(72)	1958
7	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(75)	1959
8	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(78,84,90,96)	1960
9	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(81,87,93,99)	1961
10	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(21,24,27,30,33,36)	1968
11	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(39,45,81,87,93,99)	1963
12	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(42,78,84,90,96)	1962
13	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(48,54,60,66,72)	1965
14	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(51,57,63,69,75)	1964

2.2. Второй этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения осмотров врачами-специалистами и исследований, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа. К оплате подаются только те осмотры и исследования, которые были выполнены в рамках второго этапа диспансеризации.

В настоящее время определены коды специальностей, соответствующие законченному случаю второго этапа диспансеризации взрослого населения (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1}, {DISP\_LEVEL=2} и нет элемента DETAIL):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.взр.нас. (II эт) (ж)	1979
2	Случай дисп.взр.нас. (II эт) (м)	1980



3. На I этапе диспансеризации взрослого населения определены следующие осмотры врачами-специалистами (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1,8}, {DISP\_LEVEL=1}, {DETAIL=1}) и исследования (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1,8}, {DISP\_LEVEL=1}, {DETAIL=2}):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	I эт.дисп. Анализ крови биохимический общетерапевтический	1983
2	I эт.дисп. Антропометрический расчет индекса массы тела	1984
3	I эт.дисп. Измерение артериального давления	1985
4	I эт.дисп. Измерение внутриглазного давления	1986
5	I эт.дисп. Исследование кала на скрыт.кровь иммунохим.мет.	1987
6	I эт.дисп. Исследование уровня глюкозы в крови экспресс-мет.	1988
7	I эт.дисп. Клинический анализ крови	1989
8	I эт.дисп. Клинический анализ крови развернутый	1990
9	I эт.дисп. Маммография обеих молочных желез	1991
10	I эт.дисп. Общий анализ мочи	1992
11	I эт.дисп. Определение уровня общ.холест.в крови(эксп.-мет.)	1993
12	I эт.дисп. Осмотр фельдшером(акушеркой)(цитолог.исслед.)	1994
13	I эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта	1995
14	I эт.дисп. УЗИ на предмет исключения новообразований	1996
15	I эт.дисп. Флюорография легких	1997
16	I эт.дисп. Электрокардиография (в покое)	1998
17	I эт.дисп. Опрос (анкетирование)	1999
18	I эт.дисп. Определение суммарного сердечно-сосудистого риска	2000

Объемы диспансеризации установлены по половозрастным группам I этапа следующим образом:

№ п/п	Случай диспансеризации (половозрастная группа)	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
1	Случай дисп.взр.нас. (I эт)(ж)(21,24,27,30,33,36)	21-36	2,3,6,7,10,11,12,13,15,[16],17,18
2	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(39,45)	39	1,2,3,4,8,9,10,12,13,14,15,[16],17,18
		45	1,2,3,4,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18
3	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(42)	42	2,3,4,6,7,9,10,11,12,13,15,[16],17,18
4	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(48,54,60,66)	48, 54, 60	2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17,18
		66	2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17
5	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(51,57,63,69)	51,57,63	1,2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18
		69	1,2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15,16,17
6	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(72)	72	2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,15,16,17
7	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(75)	75	1,2,3,4,5,8,9,10,13,14,15,16,17
8	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(78,84,90,96)	78,84,90,96	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17
9	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(81,87,93,99)	81,87,93,99	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17
10	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(21,24,27,30,33,36)	21-33	2,3,6,7,10,11,13,15,[16],17,18
		36	2,3,6,7,10,11,13,15,16,17,18



№ п/п	Случай диспансеризации (половозрастная группа)	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
11	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(39,45,81,87,93,99)	39,45	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17,18
		81,87,93,99	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17
12	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(42,78,84,90,96)	42	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17,18
		78,84,90,96	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17
13	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(48,54,60,66,72)	48,54,60	2,3,4,5,6,7,10,11,13,15,16,17,18
		66,72	2,3,4,5,6,7,10,11,13,15,16,17
14	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(51,57,63,69,75)	51,57,63	1,2,3,4,5,8,10,13,14,15,16,17,18
		69,75	1,2,3,4,5,8,10,13,14,15,16,17

При этом возможно только однократное указание исследования / осмотра у специалиста. Обязательным является проведение анкетирования и осмотр у терапевта. В [ ] указаны специалисты/обследования, которые не влияют на процент выполнения объема диспансеризации и процент ранее выполненных осмотров/исследований.

На II этапе диспансеризации проводится не менее двух различных осмотров специалистами/исследований, при этом обязательным является осмотр терапевтом, но не более того количества специалистов/исследований, которое определено для конкретной половозрастной группы.

На II этапе диспансеризации взрослого населения определены следующие осмотры врачами-специалистами (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1,8}, {DISP\_LEVEL=2}, {DETAIL=1}) и исследования (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1,8}, {DISP\_LEVEL=2}, {DETAIL=2}):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	II эт.дисп. Ан.крови на ур.содерж.простатспец.антигена	2001
2	II эт.дисп. Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	2002
3	II эт.дисп. Колоноскопия/ректороманоскопия	2003
4	II эт.дисп. Определение концентр.гликир.гемоглобина в крови	2004
5	II эт.дисп. Определение липидного спектра крови	2005
6	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-оториноларинголога	2006
7	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-акушера-гинеколога	2007
8	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-невролога	2008
9	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-офтальмолога	2009
10	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-колопроктолога(хирурга	2010
11	II эт.дисп. Осмотр(консульт.) врача-уролога (хирурга)	2011
12	II эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта	2012
13	II эт.дисп. Спирометрия	2013
14	II эт.дисп. Эзофагогастродуоденоскопия	2014

Осмотры специалистами/исследования распределены по половозрастным группам II этапа следующим образом:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов/исследований
21-36	м	2,3,4,5,8,10,12,13,14
	ж	2,3,4,5,7,8,10,12,13,14
39	м	2,3,4,5,8,9,10,12,13,14
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14



42-69	м	1,2,3,4,5,8,9,10,11,12,13,14
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14
72	м	2,3,4,5,8,9,10,12,13,14
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14
75-99	м	2,3,4,5,6,8,9,10,12,13,14
	ж	2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14

Кратность осмотров специалистами на II этапе может быть любой.

Обращаем внимание на то, что вместо врача-терапевта диспансеризацию может проводить фельдшер в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения.

Случай диспансеризации подается к оплате при последнем посещении к врачу-терапевту. При этом, в файле персонифицированного учета медицинских услуг в записи по оплате случая диспансеризации / итоговой записи в поле DATE\_BEG должна быть указана дата начала проведения этапа диспансеризации (дата первого осмотра/исследования, проведенных в рамках этапа диспансеризации), в полях DATE\_END, VISIT\_DATE – дата окончания этапа диспансеризации (дата заключительного осмотра терапевтом). При этом, для первого этапа диспансеризации датой начала проведения диспансеризации считается дата проведения опроса (анкетирования). Следует также учесть, что дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году.

Для определения принадлежности к возрастной группе используется возраст, достигаемый в год окончания этапа диспансеризации. Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды: 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57, 60, 63, 66, 69, 72, 75, 78, 81, 84, 87, 90, 93, 96, 99 лет.

4. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 17 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья».

б) 18 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена II группа здоровья».

в) 55 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIа группа здоровья».

г) 56 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIб группа здоровья».

д) 52 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена I группа здоровья».

е) 53 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

ж) 57 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIа группа здоровья».

з) 58 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIб группа здоровья».



В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды результата диспансеризации (справочник V017):

- а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».
- б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».
- в) 31 – «Присвоена IIIа группа здоровья».
- г) 32 – «Присвоена IIIб группа здоровья».
- д) 11 – «Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена I группа здоровья».
- е) 12 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

ж) 14 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIа группа здоровья».

з) 15 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIб группа здоровья».

5. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

6. Законченный случай диспансеризации подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания.

6.1. При оплате первого этапа по тарифам по законченному случаю диспансеризации (если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного):

- все посещения к специалистам / исследования подаются отдельными записями без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю диспансеризации;

- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код исследования	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации (всегда 100%)
DATE_TAR	Не заполняется	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Если осмотр выполнен ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации.	Дата проведения исследования. Если исследование выполнено ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом	Код диагноза при проведении исследования	Заключительный диагноз по диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56, 52,53,57,58 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32,11,12,14,15 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр»



			(справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1966}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1966}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Не заполняется	Не заполняется	Равна значению поля TARIF
SUMV	Не заполняется	Не заполняется	Равна значению поля SUM_K

6.2. Если число осмотров и исследований на первом этапе диспансеризации, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного (оплата только тех осмотров и исследований, которые были выполнены при диспансеризации):

- все посещения к специалистам / исследования подаются отдельными записями с указанием тарифа и одна итоговая запись по законченному случаю диспансеризации;
- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код исследования	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%). Если дата осмотра ранее	Тариф на исследование (всегда 100%). Если дата исследования ранее периода	Не заполняется



	периода проведения диспансеризации, то не заполняется.	проведения диспансеризации, то не заполняется.	
DATE_TAR	Дата тарифа. Заполняется при наличии тарифа.	Дата тарифа. Заполняется при наличии тарифа.	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Если осмотр выполнен ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации.	Дата проведения исследования. Если исследование выполнено ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом	Код диагноза при проведении исследования	Заключительный диагноз по диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56, 52,53,57,58 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32,11,12,14,15 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1966}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1966}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Равна значению поля TARIF	Равна значению поля TARIF	Не заполняется
SUMV	Равна значению поля SUM_K	Равна значению поля SUM_K	Не заполняется

### 6.3. При оплате законченного случая второго этапа диспансеризации:

- все посещения к специалистам / исследования подаются отдельными записями с указанием тарифа и одна итоговая запись по законченному случаю диспансеризации;



- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код исследования	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%)	Тариф на исследование (всегда 100%)	Не заполняется
DATE_TAR	Дата тарифа на осмотр специалистом	Дата тарифа на исследование	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Не может быть вне периода диспансеризации.	Дата проведения исследования. Не может быть вне периода диспансеризации.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осматрившим специалистом	Код диагноза при проведении исследования	Заключительный диагноз по диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания б «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1979}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1979}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Равна значению поля TARIF	Равна значению поля TARIF	Не заполняется



SUMV	Равна значению поля SUM_K	Равна значению поля SUM_K	Не заполняется
------	---------------------------	---------------------------	----------------

В поле MEDUS\_ID элементы должны следовать друг за другом без пробелов.

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть дата начала проведения этапа диспансеризации (дата первого осмотра/исследования, проведенных в рамках этапа диспансеризации), в поле DATE\_END – дата окончания проведения этапа диспансеризации (дата заключительного осмотра терапевтом). При этом, для первого этапа диспансеризации датой начала проведения диспансеризации считается дата проведения опроса (анкетирования). Следует также учесть, что дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году.

#### 4.2. Раздел 4 изложить в новой редакции:

Раздел 4. Диспансеризация инвалидов и участников Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступивших в повторный брак, и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда", бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

1. Перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации инвалидов и участников Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступивших в повторный брак, и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда", бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий) (далее – участников ВОВ), определен справочником DISPLPU.DBF (для ТУР=8).

2. Оплата диспансеризации осуществляется за законченный случай, включающий посещения к врачам-специалистам и исследования в соответствии с приказом Минздрава РФ № 36ан от 03.02.2015. Коэффициенты индексации при оплате не применяются.

2.1. Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате, если выполнено не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного. При этом, процент выполнения объема диспансеризации определяется отношением количества выполненных



осмотров/исследований к общему количеству осмотров/исследований, установленных для данного возраста и пола застрахованного.

2.1.1. Первый этап оплачивается по тарифам по законченному случаю диспансеризации, если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного. При этом, процент ранее проведенных осмотров/исследований определяется отношением количества ранее выполненных осмотров/исследований к общему количеству осмотров/исследований, установленных для данного возраста и пола застрахованного.

2.1.2. Если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного, то оплате подлежат только те осмотры и исследования, которые были выполнены при диспансеризации.

Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=8}, {DISP\_LEVEL=1} и нет элемента DETAIL). В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(51,57,63,69)	1969
2	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(54,60,66)	1972
3	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(72)	1973
4	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(75)	1971
5	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(78,84,90,96)	1974
6	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(81,87,93,99)	1970
7	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (м)(51,57,63,69,75)	1975
8	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (м)(54,60,66,72)	1977
9	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (м)(78,84,90,96)	1978
10	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (м)(81,87,93,99)	1976

2.2. Второй этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения осмотров врачами-специалистами и исследований, необходимость проведения которых определена результатами первого этапа. К оплате подаются только те осмотры и исследования, которые были выполнены в рамках второго этапа диспансеризации.

В настоящее время определены коды специальностей, соответствующие законченному случаю второго этапа диспансеризации (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=8}, {DISP\_LEVEL=2} и нет элемента DETAIL):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.участ.ВОВ (II эт) (ж)	1981
2	Случай дисп.участ.ВОВ (II эт) (м)	1982



3. Участники ВОВ могут проходить диспансеризацию ежегодно в возрасте с 50 лет и старше. При этом используется возраст, достигаемый в год окончания этапа диспансеризации.

На I этапе диспансеризации определены следующие осмотры врачами-специалистами (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1,8}, {DISP\_LEVEL=1}, {DETAIL=1}) и исследования (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1,8}, {DISP\_LEVEL=1}, {DETAIL=2}):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	I эт.дисп. Анализ крови биохимический общетерапевтический	1983
2	I эт.дисп. Антропометрический расчет индекса массы тела	1984
3	I эт.дисп. Измерение артериального давления	1985
4	I эт.дисп. Измерение внутриглазного давления	1986
5	I эт.дисп. Исследование кала на скрыт.кровь иммунохим.мет.	1987
6	I эт.дисп. Исследование уровня глюкозы в крови экспресс-мет.	1988
7	I эт.дисп. Клинический анализ крови	1989
8	I эт.дисп. Клинический анализ крови развернутый	1990
9	I эт.дисп. Маммография обеих молочных желез	1991
10	I эт.дисп. Общий анализ мочи	1992
11	I эт.дисп. Определение уровня общ.холест.в крови(эксп.-мет.)	1993
12	I эт.дисп. Осмотр фельдшером(акушеркой)(цитолог.исслед.)	1994
13	I эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта	1995
14	I эт.дисп. УЗИ на предмет исключения новообразований	1996
15	I эт.дисп. Флюорография легких	1997
16	I эт.дисп. Электрокардиография (в покое)	1998
17	I эт.дисп. Опрос (анкетирование)	1999
18	I эт.дисп. Определение суммарного сердечно-сосудистого риска	2000

Первый этап диспансеризации участников ВОВ проводится в объеме, соответствующем объему диспансеризации, предусмотренному приказом Минздрава РФ № 36ан от 03.02.2015 для взрослого населения ближайшей возрастной категории.

Объемы диспансеризации установлены по половозрастным группам I этапа следующим образом:

№ п/п	Случай диспансеризации (половозрастная группа)	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
1	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(51,57,63,69)	50-52, 56-58, 62-64	1,2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18
		68-70	1,2,3,4,5,8,9,10,12,13,14,15,16,17
2	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(54,60,66)	53-55, 59-61	2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17,18
		65-67	2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17
3	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(72)	71-73	2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,15,16,17
4	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(75)	74-76	1,2,3,4,5,8,9,10,13,14,15,16,17
5	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(78,84,90,96)	77-79, 83-85, 89-91, 95-97	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17
6	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (ж)(81,87,93,99)	80-82, 86-88, 92-94, 98-99	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17



№ п/п	Случай диспансеризации (половозрастная группа)	Возраст, лет	Список специалистов/исследований
7	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (м)(51,57,63,69,75)	50-52, 56-58, 62-64	1,2,3,4,5,8,10,13,14,15,16,17,18
		68-70, 74-76	1,2,3,4,5,8,10,13,14,15,16,17
8	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (м)(54,60,66,72)	53-55, 59-61	2,3,4,5,6,7,10,11,13,15,16,17,18
		65-67, 71-73	2,3,4,5,6,7,10,11,13,15,16,17
9	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (м)(78,84,90,96)	77-79, 83-85, 89-91, 95-97	2,3,4,6,7,10,11,13,15,16,17
10	Случай дисп.участ.ВОВ (Iэт) (м)(81,87,93,99)	80-82, 86-88, 92-94, 98-99	1,2,3,4,8,10,13,14,15,16,17

При этом возможно только однократное указание исследования / осмотра у специалиста. Обязательным является проведение анкетирования и осмотр у терапевта. В [ ] указаны специалисты/обследования, которые не влияют на процент выполнения объема диспансеризации и процент ранее выполненных осмотров/исследований.

На II этапе диспансеризации проводится не менее двух различных осмотров специалистами/исследований, при этом обязательным является осмотр терапевтом, но не более того количества специалистов/исследований, которое определено для конкретной половозрастной группы.

На II этапе диспансеризации взрослого населения определены следующие осмотры врачами-специалистами (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1,8}, {DISP\_LEVEL=2}, {DETAIL=1}) и исследования (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1,8}, {DISP\_LEVEL=2}, {DETAIL=2}):

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	II эт.дисп. Ан.крови на ур.содерж.простатспец.антигена	2001
2	II эт.дисп. Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	2002
3	II эт.дисп. Колоноскопия/ректороманоскопия	2003
4	II эт.дисп. Определение концентр.гликир.гемоглобина в крови	2004
5	II эт.дисп. Определение липидного спектра крови	2005
6	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-оториноларинголога	2006
7	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-акушера-гинеколога	2007
8	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-невролога	2008
9	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-офтальмолога	2009
10	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-колопроктолога(хирурга	2010
11	II эт.дисп. Осмотр(консультац.) врача-уролога (хирурга)	2011
12	II эт.дисп. Прием (осмотр) врача-терапевта	2012
13	II эт.дисп. Спирометрия	2013
14	II эт.дисп. Эзофагогастродуоденоскопия	2014

Осмотры специалистами/исследования распределены по половозрастным группам II этапа следующим образом:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов/исследований
50-70	м	1,2,3,4,5,8,9,10,11,12,13,14
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14
71-73	м	2,3,4,5,8,9,10,12,13,14
	ж	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14



74-99	м	2,3,4,5,6,8,9,10,12,13,14
	ж	2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14

Кратность осмотров специалистами на II этапе может быть любой.

Обращаем внимание на то, что вместо врача-терапевта диспансеризацию может проводить фельдшер в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения.

Случай диспансеризации подается к оплате при последнем посещении к врачу-терапевту. При этом, в файле персонифицированного учета медицинских услуг в записи по оплате случая диспансеризации / итоговой записи в поле DATE\_BEG должна быть указана дата начала проведения этапа диспансеризации (дата первого осмотра/исследования, проведенных в рамках этапа диспансеризации), в полях DATE\_END, VISIT\_DATE – дата окончания этапа диспансеризации (дата заключительного осмотра терапевтом). При этом, для первого этапа диспансеризации датой начала проведения диспансеризации считается дата проведения опроса (анкетирования). Следует также учесть, что дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году.

4. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 17 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья».

б) 18 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена II группа здоровья».

в) 55 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIа группа здоровья».

г) 56 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена IIIб группа здоровья».

д) 52 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена I группа здоровья».

е) 53 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

ж) 57 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIа группа здоровья».

з) 58 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIб группа здоровья».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды результата диспансеризации (справочник V017):

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 31 – «Присвоена IIIа группа здоровья».

г) 32 – «Присвоена IIIб группа здоровья».

д) 11 – «Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена I группа здоровья».



е) 12 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

ж) 14 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIа группа здоровья».

з) 15 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена IIIб группа здоровья».

5. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

6. Законченный случай диспансеризации подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания.

6.1. При оплате первого этапа по тарифам по законченному случаю диспансеризации (если число осмотров и исследований, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного):

- все посещения к специалистам / исследования подаются отдельными записями без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю диспансеризации;
- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код исследования	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации (всегда 100%)
DATE_TAR	Не заполняется	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Если осмотр выполнен ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации.	Дата проведения исследования. Если исследование выполнено ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осмотревшим специалистом	Код диагноза при проведении исследования	Заключительный диагноз по диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56, 52,53,57,58 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32,11,12,14,15 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование	Не заполняется



KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1969}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1969}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Не заполняется	Не заполняется	Равна значению поля TARIF
SUMV	Не заполняется	Не заполняется	Равна значению поля SUM_K

6.2. Если число осмотров и исследований на первом этапе диспансеризации, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола застрахованного (оплата только тех осмотров и исследований, которые были выполнены при диспансеризации):

- все посещения к специалистам / исследования подаются отдельными записями с указанием тарифа и одна итоговая запись по законченному случаю диспансеризации;
- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код исследования	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%). Если дата осмотра ранее периода проведения диспансеризации, то не заполняется.	Тариф на исследование (всегда 100%). Если дата исследования ранее периода проведения диспансеризации, то не заполняется.	Не заполняется
DATE_TAR	Дата тарифа. Заполняется при наличии тарифа.	Дата тарифа. Заполняется при наличии тарифа.	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Если осмотр выполнен ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации.	Дата проведения исследования. Если исследование выполнено ранее и учитывается при диспансеризации, то дата должна быть ранее периода диспансеризации.	Дата заключительного осмотра терапевтом



COD_MKB	Код диагноза, поставленного осматрившим специалистом	Код диагноза при проведении исследования	Заключительный диагноз по диспансеризации
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56, 52,53,57,58 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32,11,12,14,15 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1969}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1969}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Равна значению поля TARIF	Равна значению поля TARIF	Не заполняется
SUMV	Равна значению поля SUM_K	Равна значению поля SUM_K	Не заполняется

### 6.3. При оплате законченного случая второго этапа диспансеризации:

- все посещения к специалистам / исследования подаются отдельными записями с указанием тарифа и одна итоговая запись по законченному случаю диспансеризации;
- во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для записей, отражающих исследования	Для итоговой записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код исследования	Код специальности случая диспансеризации
TARIF	Тариф на осмотр специалистом (всегда 100%)	Тариф на исследование (всегда 100%)	Не заполняется
DATE_TAR	Дата тарифа на осмотр специалистом	Дата тарифа на исследование	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста. Не может быть вне периода диспансеризации.	Дата проведения исследования. Не может быть вне периода диспансеризации.	Дата заключительного осмотра терапевтом
COD_MKB	Код диагноза, поставленного осматрившим специалистом	Код диагноза при проведении исследования	Заключительный диагноз по диспансеризации



RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Не заполняется	Код результата обращения 17,18,55,56 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1,2,31,32 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Код медицинской организации, в которой проводилось исследование	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр	Квалификация медработника, проводившего исследование. Может не заполняться.	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1981}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1981}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Не заполняется	Вид оказываемой медицинской помощи: 12
SUM_K	Равна значению поля TARIF	Равна значению поля TARIF	Не заполняется
SUMV	Равна значению поля SUM_K	Равна значению поля SUM_K	Не заполняется

В поле MEDUS\_ID элементы должны следовать друг за другом без пробелов.

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть дата начала проведения этапа диспансеризации (дата первого осмотра/исследования, проведенных в рамках этапа диспансеризации), в поле DATE\_END – дата окончания проведения этапа диспансеризации (дата заключительного осмотра терапевтом). При этом, для первого этапа диспансеризации датой начала проведения диспансеризации считается дата проведения опроса (анкетирования). Следует также учесть, что дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году.