

## ПРИКАЗ

« 18 » 03 2014г.

№ 376

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 18.02.2014г. №234/1/106/1 «Об информационном взаимодействии при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области»

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

### ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Внести 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 18.02.2014г. № 234/1/106/1 (далее именуется – Правила), изложив их в новой редакции:
  - 1.1. Раздел 1 «Структура файлов персонифицированного учета медицинской помощи» (Приложение 1);
  - 1.2. Раздел 2 «Структура файлов нормативно-справочной информации» (Приложение 2);
  - 1.3. Раздел 4 «Порядок входного контроля файлов персонифицированного учета медицинской помощи» (Приложение 3);
  - 1.4. Раздел 5 «Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения» (Приложение 4).
  - 1.5. Раздел 6 «Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения медицинских осмотров определенных групп населения» (Приложение 5).

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

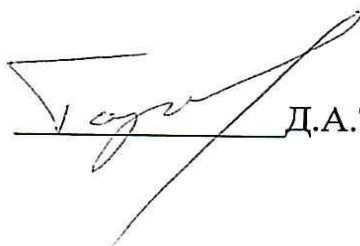
3. Начальнику управления информационных технологий территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Севергиной В.Г. довести до сведения руководителей МО и СМО о внесении изменений в Правила, утвержденные настоящим приказом.

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


5. Настоящий приказ вступает в силу с 1 апреля 2014г.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за нами.

Министр здравоохранения  
Челябинской области

  
Д.А.Тарасов

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

  
С.А. Устьянцева



## Структура файлов персонафицированного учета медицинской помощи

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Следует учитывать, что некоторые символы в файлах формата XML кодируются следующим образом:

Символ	Способ кодирования
двойная кавычка ("")	&quot;
одинарная кавычка (')	&apos;
левая угловая скобка ("<")	&lt;
правая угловая скобка (">")	&gt;
амперсant ("&")	&amp;

В таблицах с описанием форматов файлов информационного обмена в столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:

Н – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;

У – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.

М – реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

В столбце «Формат» для каждого атрибута указывается – символ формата, а вслед за ним в круглых скобках – максимальная длина атрибута. Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

N – <число>;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно;

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP.

1.1 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактических медицинских осмотрам взрослому населению

Имя файла формируется по следующему принципу:

HRiNiPrNr\_YUMMN.XML, где

Hi – константа, обозначающая передаваемые данные.

Pr – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pr – Параметр, определяющий организацию-получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Nr – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода.

N – тип передаваемых данных:

01 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике;

02 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по стационару;

03 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по параклинике;

04 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по скорой помощи;

11 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике;

12 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару;

13 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по параклинике;

14 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи.



Таблица 1 – Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи)

Код-элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о медпомощи)</i>					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
<i>Заголовок файла</i>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	2.1
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
<i>Счёт</i>					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счёта	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	Соответствует полю NREESTR в файле формата DBF.
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Y	T(5)	Платежи. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	COMENTS	Y	T(250)	Служебное поле к счёту	Передача дополнительных полей. Кодированные поля см. в таблице 1.1. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ “ ”

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
<b>Записи</b>					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	OM	S	Сведения о случае	
<b>Сведения о пациенте</b>					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП.



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	Только для файлов перс. учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. Только для файлов перс. учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
	NOVOR	О	T(9)	Признак новорожденного	Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (один знак).
	VNOV_D	У	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
<i>Сведения о случае</i>					
SLUCH	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	О	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи. Справочник V006.
	VIDPOM	О	N(4)	Вид помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	FOR_POM	О	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. При отсутствии сведений может не заполняться. Соответствует полю LPU_FROM в файле формата DBF.
	EXTR	У	N(2)	Направление (госпитализация)	1 – плановая; 2 – экстренная
	LPU	О	T(6)	Код МО	Только для мед. услуг, оказанных в круглосуточном стационаре.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	О	N(3)	Профиль	Отделение МО лечения из регионального справочника.
	DET	О	N(1)	Признак детского профиля	Классификатор V002. (В справочнике Special.dbf, Rsrch.dbf – поле PRMP2)
	NHISTORY	О	T(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	0-нет, 1-да.
	DATE_1	О	D	Дата начала лечения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATE_2	О	D	Дата окончания лечения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DS0	Н	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии
	DS1	О	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	VNOV_M	УМ	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.
	CODE_MES1	УМ	T(20)	Код МЭС	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утвержденного стандарта.
	CODE_MES2	У	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	
	RSLT	О	N(3)	Результат обращения/госпитализации	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009).
	ISHOD	О	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (V012).
	PRVS	О	N(4)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон	Классификатор медицинских специальностей (V015). Указывается значение параметра «Code». (В справочнике Special.dbf, Rsrch.dbf – поле PRVS3)
	VERS_SPEC	О	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Всегда указывается значение «V015».
	IDDOKT	О	T(25)	Код врача, закрывшего талон/историю болезни	Территориальный справочник. При отсутствии врача в справочнике – СНИЛС врача без разделителей с префиксом 's': sXXXXXXX
	OS_SLUCH	НМ	N(1)	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.
	IDSP	О	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010. (В соответствии со справочником Purpose.dbf – поле IDSP)
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Соответствует полю SUMV в файле формата DBF.
	OPLATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF); 1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF); 2 – полный отказ (DELETED=3 в файле формата DBF); 3 – частичный отказ (в настоящее время не используется).
	SUMP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Равна сумме описанных ниже санкций.
	SANK	YM	S	Сведения о санкциях	
	USL	YM	S	Сведения об услуге	
	COMENTSL	Y	T(250)	Служебное поле	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	O	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TIP	O	N(1)	Тип санкции	1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	S_OSN	O	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи. Код причины отказа по санкции МЭК (S_TIP=1) соответствует полю SANK в файле формата DBF.
	S_COM	Y	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникально в пределах FIN_ID=1 услуг одного типа передаваемых данных. При кодировании разных фин. потоков одной услуги указывать один номер. Соответствует полю N_ZAP в файле формата DBF.
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
LPU_1		У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
PODR		У	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника
PROFIL		О	N(3)	Профиль	Классификатор V002. (В справочнике Special.dbf, Rsrch.dbf – поле PRMP2)
VID_VME		У	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001)
DET		О	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да.
DATE_IN		О	D	Дата начала оказания услуги	В формате ГГГГ-ММ-ДД
DATE_OUT		О	D	Дата окончания оказания услуги	В формате ГГГГ-ММ-ДД
DS		О	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики
CODE_USL		О	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.
KOL_USL		О	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	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 УЕТ в файле формата DBF); 3) Стационар в поликлинике (Place=6): 1 (случай); 4) Круглосуточный стационар (Purpose=K): 1 (законченный случай); 5) Дневной стационар при КС (Purpose=D): 1 (законченный случай); 6) Параклиника (Place=10): - R-хирургические методы диагностики (Purpose=7), иммунология и бактериальная диагностика (Purpose=20): 1 (обследование) (кроме того нужно кол-во УЕ передать в ComentU (UET)); - КТ,МРТ (Purpose=18), лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (Purpose=21): 1 (обследование);

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Пренатальная диагностика (Purpose=17): количество УЕ (поле UET в файле формата DBF)</li> <li>- Диагноз (Purpose=19): количество сеансов (поле AMOUNT в файле формата DBF, кроме того нужно передать количество койко-дней (пациенто-дней) в ComentU (Bed_Day))</li> </ul>
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	Для соответствующего фин. потока услуги.
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Для соответствующего фин. потока услуги
	PRVS	O	N(9)	Специальность медработника, выполнявшего услугу	Классификатор медицинских специальностей (V015). (В справочнике Special.dbf, Rsrch.dbf – поле PRVS3)
	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': sXXXXXXXXXX
	COMENTU	Y	T(500)	Служебное поле	Передача дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение# Разделитель между полями: символ “ ” Кодируемые поля см. в таблице 1.2.

Таблица 1.1 – Поля, кодируемые в элементе COMMENTS

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
FILE_TYPE	C	2			Тип файла: 01 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике; 02 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по стационару; 03 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по параклинике; 04 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по скорой помощи; 11 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике; 12 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару; 13 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по параклинике; 14 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи.



Таблица 1.2 – Поля, кодируемые в элементе COMENTU

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
KVAL	C	1			Квалификация врача в поликлинике: «В» - врач, «Ф» - фельдшер (поликлиника: посещения в поликлинике и на дому, и стоматология).
BED_DAY	N	3	0		Квалификация бригады скорой помощи: «В» - врачевная, «Ф» - фельдшерская.
UET	N	5	2		Количество койко-дней для стационара, пациенто-дней для дневного стационара (только для параклиники, диализ)
					Количество УЕ (параклиника, для рипрозе=7,20)
MED_KIND	N	2	0		Вид оказываемой основной медицинской помощи: (параклиника) 0 – поликлиника, 1 – стационар, 2 – дневной стационар при стационаре, 3 – стационар при поликлинике
SROKBER	N	2	0		Срок беременности, полных недель (параклиника)
					Признак лечения по несчастному случаю: 0 – не несчастный случай; 1 – страховой несчастный случай оплачивается по ОМС; 2 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение не закончено; 3 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение закончено;
FSS_TRAUMA	N	1	0		
COD_PRER	N	1	0	Pret.dbf	Код незаконченного лечения (стационар)
ATTACH	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления (на начало отчетного периода)
HEIGHT	N	2	0		Рост новорожденного (стационар)
WEIGHT	N	4	0		Вес новорожденного (стационар)
					Перечень номенклатуры медучастков (стационар). Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги для каждой записи в движении пациента. Если у пациента было несколько разнотипных (с разными кодами) медучастков, то все они перечисляются через разделитель «_» (символ подчеркивания), при этом первой должна быть указана основная медицинская услуга. Перечень элементов, характеризующих КДЦ (поликлиника, параклиника): sg - Признак того, что консультацию врача-специалиста КДЦ или обследование в КДЦ прошел студент очной формы обучения. Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.
MEDUS_ID	C	250		Uslugi.dbf	
DATE_TAR	D	10		Tarif.dbf Ptarif.dbf	Дата начала действия тарифа услуги (соответствующего фин. потока) в формате ГГГГ-ММ-ДД
SIZETAR_ID	N	2	0	SizeTar.dbf	Код размера тарифа (стационар)
TIME_BEG	C	5			Время приема вызова скорой помощи
TIME_END	C	5			Время окончания вызова скорой помощи
SP_REAS	N	2	0	Sp_reas.dbf	Повод для вызова (для скорой помощи)
SP_VID	N	2	0	Sp_vid.dbf	Вид вызова (для скорой помощи)
SP_BRIG	N	2	0	Sp_brig.dbf	Состав бригады скорой помощи (сумма значений кодов из справочника)
SP_FROM	N	2	0	Sp_from.dbf	Место вызова скорой помощи
SP_DATE	D	10			Дата доставки пациента в МО / смерти пациента / передачи пациента специализированной бригаде скорой помощи

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
SP_TIME	C	5			(для скорой помощи). В формате ГГГГ-ММ-ДД Время доставки пациента в МО / смерти пациента / передачи пациента специализированной бригаде скорой помощи (для скорой помощи).
SP_KM	N	4	0		Километраж выезда (для скорой помощи)
VISIT_DATE	D	10			Дата посещения в поликлинике или дата направления на обследование (назначения лечения) в параклинике. В формате ГГГГ-ММ-ДД
ATTACH_VIS	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления на момент посещения в файле персонафицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике.
KPG	N	3	0	Ksg.dbf	Код клинико-профильной группы (стационар, дневной стационар и стационар на дому при поликлинике)
KSG	N	3	0	Ksg.dbf	Код клинико-статистической группы (стационар, дневной стационар и стационар на дому при поликлинике)
BED_CARE	N	3	0		Количество койко-дней по уходу



## 1.2 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

Имя файла формируется по следующему принципу:

TRiNiPrNr\_YUMMN.XML, где

T – константа, обозначающая передаваемые данные.

Ri – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pr – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Nr – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода.

N – тип передаваемых данных:

02 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по стационару;

12 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару.

Таблица 2 – Файл со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о медпомощи)</i>					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
<i>Заголовок файла</i>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	2.1
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
<i>Счёт</i>					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счёта	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	Соответствует полю NREESTR в файле формата DBF.
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Y	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	COMENTS	Y	T(250)	Служебное поле к счёту	Передача дополнительных полей. Кодированные поля см. в таблице 2.1. Формат кодирования: ID=#значение# Разделитель между полями: символ “ ”



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
<i>Записи</i>					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	OM	S	Сведения о случае	
<i>Сведения о пациенте</i>					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняется при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	Только для файлов перс. учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. Только для файлов перс. учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
	NOVOR	О	T(9)	Признак новорожденного	Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (один знак).
	VNOV_D	У	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
<i>Сведения о случае</i>					
SLUCH	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	О	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи. Справочник V006.
	VIDPOM	О	N(4)	Вид помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	FOR_POM	О	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014.



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	VID_HMP	O	T(9)	Вид высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018.
	METOD_HMP	O	N(3)	Метод высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019.
	NPR_MO	Y	T(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. При отсутствии сведений может не заполняться.
	EXTR	Y	N(2)	Направление (госпитализация)	1 – плановая; 2 – экстренная
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	Y	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	Y	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Классификатор V002. (В соответствии со справочником Special.dbf – поле PRMP2)
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да.
	NHISTORY	O	T(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	В формате ГГТТГ-ММ-ДД
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	В формате ГГТТГ-ММ-ДД
	DS0	H	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DS1	O	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	DS2	YM	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	YM	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	VNOV_M	YM	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.
	CODE_MES1	YM	T(20)	Код МЭС	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утвержденного стандарта.
	CODE_MES2	Y	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	
	RSLT	O	N(3)	Результат обращения/госпитализации	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009).
	ISHOD	O	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (V012).
	PRVS	O	N(4)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон	Классификатор медицинских специальностей (V015). Указывается значение параметра «Code». (В справочнике Special.dbf – поле PRVS3)
	VERS_SPEC	O	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Всегда указывается значение «V015».
	IDDOKT	O	T(25)	Код врача, закрывшего талон/историю болезни	Территориальный справочник. При отсутствии врача в справочнике – СНИЛС врача без разделителей с префиксом 's': sXXXXXXX
	OS_SLUCH	HM	N(1)	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010. Указывается значение 13 – «Стандарт медицинской помощи в стационаре (включая ВМП)».
	ED_COL	Y	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Соответствует полю SUMV в файле формата DBF.
	OPLATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF); 1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF); 2 – полный отказ (DELETED=3 в файле формата DBF); 3 – частичный отказ (в настоящее время не используется).
	SUMP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Равна сумме описанных ниже санкций.
	SANK	YM	S	Сведения о санкциях	
	USL	YM	S	Сведения об услуге	
	COMENTSL	Y	T(250)	Служебное поле	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая
<i>Сведения о санкциях</i>					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	O	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TIP	O	N(1)	Тип санкции	1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	S_OSN	O	N(3)	Код причины отказа	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				(частичной) оплаты	
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	О	N(1)	Источник	1 – СМО/ГФОМС к МО.
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	О	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникально в пределах FIN_ID=1 услуг одного типа передаваемых данных. При кодировании разных финансовых потоков одной услуги указывать один номер.
	LPU	О	T(6)	Код МО	Соответствует полю N_ZAP в файле формата DBF.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PROFIL	О	N(3)	Профиль	Отделение МО лечения из регионального справочника
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Классификатор V002.
	DET	О	N(1)	Признак детского профиля	(В соответствии со справочником Special.dbf – поле PRMP2)
	DATE_IN	О	D	Дата начала оказания услуги	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001)
	DATE_OUT	О	D	Дата окончания оказания услуги	0-нет, 1-да.
	DS	О	T(10)	Диагноз	В формате ГТТГ-ММ-ДД
	CODE_USL	О	T(20)	Код услуги	В формате ГТТГ-ММ-ДД
					Код из справочника МКБ до уровня подгруппы
					Территориальный классификатор услуг USL_FIN.
					Указывается код UF_ID.
					Финансовые потоки (FIN_ID):
					1-tarif – основной тариф
					Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике.
					Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.
	KOL_USL	О	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	Указывается в зависимости от вида услуг:
					1) Круглосуточный стационар (Purpose= K): 1 (законченный случай).



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Для соответствующего финансового потока услуги.
	SUMV_USL	О	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Для соответствующего финансового потока услуги
	PRVS	О	N(9)	Специальность медработника, выполнявшего услугу	Классификатор медицинских специальностей (V015). (В справочнике Special.dbf – поле PRVS3)
	CODE_MD	О	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': sXXXXXXXXXX
	COMENTU	У	T(500)	Служебное поле	Передача дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение# Разделитель между полями: символ "  " Кодируемые поля см. в таблице 2.2.

Таблица 2.1 – Поля, кодируемые в элементе COMMENTS

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
FILE_TYPE	C	2			Тип файла: 02 – файл персонафицированного учета застрахованных Челябинской области по стационару; 12 – файл персонафицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару.

Таблица 2.2 – Поля, кодируемые в элементе COMENTU

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
FSS_TRAUMA	N	1	0		Признак лечения по несчастному случаю: 0 – не несчастный случай; 1 – страховой несчастный случай оплачивается по ОМС; 2 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение не закончено; 3 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение закончено;
COD_PRER	N	1	0	Prer.dbf	Код незаконченного лечения. Если выписная койка в движении не относится к высокотехнологичной медицинской помощи.
ATTACH	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления (на начало отчетного периода)
MEDUS_ID	C	250		Uslugi.dbf	Перечень медицинских услуг. Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги для каждой записи в движении пациента. Если у пациента было несколько разнотипных (с разными кодами) медуслуг, то все они перечисляются через разделитель «_» (символ подчеркивания), при этом первой должна быть указана основная медицинская услуга. Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.
DATE_TAR	D	10		Hmp_Tar.dbf	Дата начала действия тарифа услуги (соответствующего фин. потока) в формате ГГГГ-ММ-ДД
KPG	N	3	0	Ksg.dbf	Код клинико-профильной группы (на тех койках в движении, которые не относятся к оказанию ВМП)
KSG	N	3	0	Ksg.dbf	Код клинико-статистической группы (на тех койках в движении, которые не относятся к оказанию ВМП)
BED_CARE	N	3	0		Количество койко-дней по уходу



1.3 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонализированного учета оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактических медицинских осмотрам взрослых населения

Имя файла формируется по следующему принципу:

XPiNIPrNr\_YUUMN.XML, где

X – одна из констант, обозначающая передаваемые данные:

- DP - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- DV - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- DO - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических осмотров взрослого населения;
- DS - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- DU - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- DF - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (профилактических);
- DD - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (предварительных);
- DR - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (периодических).

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;  
S – СМО;  
M – МО.

Ni – Номер источника (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).  
Pr – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;  
S – СМО;  
M – МО.

Nr – Номер получателя (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.  
MM – порядковый номер месяца отчетного периода.

N – тип передаваемых данных:

01 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике;  
11 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике.

Таблица 3 – Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о медпомощи)</i>					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHEТ	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
<i>Заголовок файла</i>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	2.1
	DATA	O	D	Дата	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	В формате ГТГГ-ММ-ДД Имя файла без расширения.
<i>Счёт</i>					
SCHEТ	CODE	O	N(8)	Код записи счёта	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО	Код МО – юридического лица. Справочник F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	
	NSCHEТ	O	T(15)	Номер счёта	Соответствует полю NREESTR в файле формата DBF.
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГТГГ-ММ-ДД
	PLAT	Y	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	COMENTS	Y	T(250)	Служебное поле к счету	Передача дополнительных полей. Кодированные поля см. в таблице 3.1.1. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ “;”
	SUMMAP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
	DISP	Y	T(3)	Тип диспансеризации	Классификатор типов диспансеризации V016.
<b>Записи</b>					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	OM	S	Сведения о случае	
<b>Сведения о пациенте</b>					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	О	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП.
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	Только для файлов персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. Только для файлов персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
<i>Сведения о случае</i>					
SLUCH	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	VIDPOM	О	N(4)	Вид помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	NHISTORY	О	T(50)	Номер карты	
	DATE_1	О	D	Дата начала лечения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATE_2	О	D	Дата окончания лечения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DS1	О	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	RSLT_D	O	N(1)	Результат диспансеризации	Классификатор результатов диспансеризации V017( для тарифицируемых записей по диспансеризации или итоговой записи по медицинскому осмотру). Для записей, отражающих осмотры специалистами в рамках диспансеризации или медицинского осмотра, указывать значение 0.
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010. (В соответствии со справочником Рntrpose.dbf – поле IDSP)
	ED_COL	Y	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Соответствует полю SUMV в файле формата DBF.
	OPDATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медицинской помощи: 0- не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF); 1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF); 2 – полный отказ (DELETED=3 в файле формата DBF); 3 – частичный отказ (в настоящее время не используется).
	SUMP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Равна сумме описанных ниже санкций.
	SANK	YM	S	Сведения о санкциях	
	USL	YM	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая
	COMENTSL	Y	T(250)	Служебное поле	Передача дополнительных полей. Кодированные поля см. в таблице 3.2. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ “ ”
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	S_SUM	O	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TIP	O	N(1)	Тип санкции	1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	S_OSN	O	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи.
	S_COM	Y	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникально в пределах FIN_ID=1 услуг одного типа передаваемых данных. При кодировании разных финансовых потоков одной услуги указывать один номер. Соответствует полю N_ZAP в файле формата DBF.
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	Y	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	Для соответствующего финансового потока услуги.
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Для соответствующего финансового потока услуги.
	PRVS	O	N(9)	Специальность медработника, выполнявшего услугу	Классификатор медицинских специальностей (V015). (В справочнике Special.dbf, Rsrch.dbf – поле PRVS3)
	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
	COMENTU	Y	T(500)	Служебное поле	Передача дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					Разделитель между полями: символ “ ” Кодируемые поля см. в таблице 3.3.

Таблица 3.1 – Поля, кодируемые в элементе COMMENTS

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
FILE_TYPE	C	2			Тип файла: 01 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике; 11 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике.

Таблица 3.2 – Поля, кодируемые в элементе COMENTSL

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
NOVOR	C	9			Признак новорожденного. Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 (1 – Муж., 2 – Жен.); ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (один знак).
LPU_FROM	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации или медицинского осмотра.
COD_MKB1	C	250		Mkb.dbf	Код диагноза по справочнику МКБ-10 (сопутствующее заболевание) до уровня подрубки. Если имеется одновременно несколько диагнозов, заполняется по шаблону "X X X" (« » - символ подчеркивания).
OS_SLUCH	C	3			Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью. Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. Заполняется по шаблону "X X" (« » - символ подчеркивания). Если имеется одновременно несколько особых случаев, коды проставляются в порядке возрастания (например: 1_2, где « _ » - символ подчеркивания). Если признак «Особый случай» отсутствует, то поле не заполняется.

Таблица 3.3 – Поля, кодируемые в элементе COMENTU

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
KVAL	C	1			Квалификация врача: «В» - врач, «Ф» - фельдшер (поликлиника).
ATTACH	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления на начало отчетного периода
MEDUS_ID	C	250			Перечень элементов, характеризующих случаи диспансеризации или медицинских осмотров: sg - Признак того, что диспансеризацию, профилактический медицинский осмотр прошел студент очной формы обучения; cs - Код тарифа по оплате случая диспансеризации или кода итоговой записи по случаю медицинского осмотра; age_disp - Признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в данном возрастном периоде. Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.
DATE_TAR	D	10		Tarif.dbf	Дата начала действия тарифа услуги (соответствующего фин. потока) в формате ГГГГ-ММ-ДД



Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
VISIT_DATE	D	10			Дата посещения (осмотра специалистом в рамках случая диспансеризации или медицинского осмотра). Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации или итоговой записи по случаю медосмотра указывается дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром. В формате ГГГГ-ММ-ДД
ATTACH_VIS	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления на дату окончания профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в файле персонафицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлиннке. Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID.
CODE_USL	C	20		Usl_Fin.dbf	Финансовые потоки (FIN_ID): I-tarif – основной тариф Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.
KOL_USL	N	6	2		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 УЕТ в файле формата DBF) для осмотров специалистами в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних.

# 1.4 Структура файла персональных данных

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо Н указывается L.

Таблица 4 – Файл персональных данных

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о медпомощи)</i>					
PERS_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	PERS	OM	S	Данные	Содержит персональные данные пациента
<i>Заголовок файла</i>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	2.1
	DATA	O	D	Дата	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	В формате ГТТГ-ММ-ДД
	FILENAME1	O	T(26)	Имя основного файла	Имя файла без расширения.
<i>Данные</i>					
PERS	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи.
	FAM	Y	T(40)	Фамилия пациента	FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия кого-либо
	IM	Y	T(40)	Имя пациента	реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента	соответствующее значение, и реквизит не указывается.
					ОТ (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.
					Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.
	W	O	N(1)	Пол пациента	Заполняется в соответствии с классификатором V005.
	DR	O	D	Дата рождения пациента	В формате ГТТГ-ММ-ДД. Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					должно быть указано значение «4». Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение «5». Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно.
	DOST	УМ	N(1)	Код надёжности идентификации пациента	1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место.
	FAM_P	У	T(40)	Фамилия представителя пациента	Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля.
	IM_P	У	T(40)	Имя представителя пациента	FAM_P (фамилия представителя) и/или IM_P (имя представителя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.
	OT_P	У	T(40)	Отчество представителя пациента	В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.
	W_P	У	N(1)	Пол представителя пациента	OT_P (отчество представителя) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST_P можно опустить соответствующее значение.
	DR_P	У	D	Дата рождения представителя пациента	Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «4». Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «5». Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно.
	DOST_P	YM	N(1)	Код надёжности идентификации представителя	1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место.
	MR	Y	T(100)	Место рождения пациента или представителя	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность.
	DOSTYPE	Y	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».
	DOCSE	Y	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	DOCNUM	Y	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	SNILS	Y	T(14)	СНИЛС	СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.
	OKATOG	Y	T(11)	Код места жительства по ОКATO	Заполняется при наличии сведений



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	ОКАТОР	У	T(11)	Код места пребывания по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений
	СОМЕНТР	У	T(250)	Служебное поле	Передача дополнительных полей. Формат кодирования: ID-#значение# Разделитель между полями: символ “ ” Кодируемые поля см. в таблице 4.1

Таблица 4.1 – Поля, кодируемые в элементе СОМЕНТР

Поле(ID)	Тип	Len	Dec	Справочник	Комментарий
CITYSTREET	C	15			Код места жительства пациента (представителя) – поликлиника, стационар, параклиника
HOUSE	N	4	0		Адрес вызова – скорая помощь
IND_HOUSE	C	3			Номер дома (для скорой помощи - адреса вызова)
ROOM	N	4	0		Индекс дома (для скорой помощи - адреса вызова)
IND_ROOM	C	1			Номер квартиры (для скорой помощи - адреса вызова)
STATUS	N	1	0		Индекс квартиры (для скорой помощи - адреса вызова)
					Соц. статус пациента: 0 – неработающий; 1 – работающий
SMO_NAT	N	2		Smo.dbf	Код СМО из территориального справочника (в случае, если это филиал СМО и его нет в справочнике F002) для файлов персонализированного учета застрахованных Челябинской области.

Приложение 2  
к приказу Минздрава Челябинской области  
и ТФОМС Челябинской области  
от 18.03.2014 № 376/1

Структуру справочников: **special.dbf**, **rsrch.dbf** считать недействующей, новая структура справочников приведена ниже.

Структура справочника **special.dbf** (медицинские специальности\профили)

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 для случаев диспансеризации и медицинских осмотров. Указываются тип диспансеризации (DISP_TYP), уровень (DISP_LEVEL) и возрастной период (AGE). Дополнительные параметры: DISP_TYP – тип диспансеризации; DISP_LEVEL – уровень диспансеризации; AGE - возрастной период; SCHOOL – тип образовательного учреждения для предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних: 1 – ДОУ; 2 – ООУ; 3 – ОУПО; STOM_PROF: 1 – врач стоматологического профиля; 2 – врач-ортодонт; REANIM – тариф для оплаты реанимационной койки;



				NOVOR - тариф для оплаты койки «Для новорожденных»; A16 – признак обязательного наличия операции для применения тарифа; CZ – тарифы для Центров здоровья; KPG=0 – признак того, что в файле персонифицированного учета в записи с данным кодом тарифа не нужно указывать КПП/КСГ; WEIGHT=500-999 – вес новорожденного с ЭНМТ; FAP – фельдшер ФАП; KDC – тарифы для оплаты консультаций врачей-специалистов КДЦ; MINVOP - тарифы для оплаты малоинвазивных операций.
<b>PRVS3</b>	<b>N</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>В соответствии со справочником V015.</b>

Структура справочника **rsrch.dbf** (Справочник обследований по параклинике)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
RSRCH_ID	C	15		Код обследования
NAME	C	250		Наименование обследования
OTDEL_ID	N	2	0	Код отделения диагностики(цель, из purpose.dbf)
UE	N	10	2	Кол-во УЕТ для данного обследования
PRVS	C	9		Код специальности врача (справочник prvs.dbf(приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97)
COMPLEXITY	N	1	0	Категория сложности (КТ,МРТ) 1-4
PRMP	N	2	0	Код медицинской помощи (справочник prmp.dbf(приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97)
AGE	N	2	0	Максимальный возраст пациента, к которому применяется детский тариф
VIDMP	N	1	0	Вид медицинской помощи. В соответствии со справочником V008.
NAMESHORT	C	30		Короткое наименование
PRMP2	N	3	0	Код медицинской помощи. В соответствии со справочником V002.
PRVS2	N	9	0	Код специальности врача. В соответствии со справочником V004.
PROFIL	N	4	0	Код профиля по муниципальному заданию
<b>PRVS3</b>	<b>N</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>Код специальности врача. В соответствии со справочником V015.</b>

В структуру файлов нормативно-справочной информации добавляются структуры справочников по применению медицинских услуг высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП): Hmp\_Mod.dbf, Hmp.dbf, Hmp\_Tar.dbf, Hmp\_Mkb.dbf, Hmp\_Spc.dbf, которые приведены ниже.

Структура справочника **Hmp\_Mod.dbf** (модели пациента ВМП)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
MODEL_HMP	N	4	0	Код модели пациента ВМП
NAME	C	1000		Наименование модели пациента ВМП
DIAG	C	1000		Список кодов основного диагноза, разрешенных к использованию для данной модели пациента. В соответствии со справочником МКВ.DBF

Структура справочника **Hmp.dbf** (коды тарифов на оплату ВМП)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_ID	N	4	0	Код тарифа на оплату ВМП
MODEL_HMP	N	4	0	Код модели пациента ВМП. В соответствии со справочником HMP_MOD.DBF
VID_HMP	C	9		Код вида ВМП. В соответствии со справочником V018.
METHOD_HMP	N	3	0	Код метода ВМП. В соответствии со справочником V019.

Структура справочника **Hmp\_Tar.dbf** (тарифы на оплату ВМП )

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_ID	N	4	0	Код тарифа на оплату ВМП
COD_LPU	N	4	0	Код медицинской организации. В соответствии со справочником LPU.DBF
TARIF	N	10	2	Размер тарифа
DATE_TAR	D	8		Дата начала действия тарифа
DATE_END	D	8		Дата окончания действия тарифа

Структура справочника **Hmp\_Mkb.dbf** (соответствие моделей пациента ВМП кодам диагнозов МКБ)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
MODEL_HMP	N	4	0	Код модели пациента ВМП. В соответствии со справочником HMP_MOD.DBF
COD_MKB	C	7		Код основного диагноза, разрешенный к использованию для данной модели пациента. В соответствии со справочником МКВ.
DATE_BEG	D	8		Дата начала действия разрешения
DATE_END	D	8		Дата окончания действия разрешения



Структура справочника – **Hmp\_Spc.dbf** (соответствие кодов тарифов ВМП профилям  
коек)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_ID	N	4	0	Код тарифа на оплату ВМП. В соответствии со справочником HMP.DBF
COD_SPEC	N	4		Код профиля койки, разрешенный к использованию для данного ВМП. В соответствии со справочником SPECIAL.DBF
DATE_BEG	D	8		Дата начала действия разрешения
DATE_END	D	8		Дата окончания действия разрешения

Порядок входного контроля файлов персонифицированного учета  
медицинской помощи

**1. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи**

*1.1 Информация о передаваемом файле (элемент ZGLV)*

1.1.1 Поле VERSION обязательно для заполнения. Указывается версия информационного взаимодействия между ТФОМС Челябинской области, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML, в настоящее время – «2.1».

1.1.2 Поле DATA обязательно для заполнения. Указывается дата формирования передаваемых данных в формате ГТТГ-ММ-ДД.

1.1.3 Поле FILENAME обязательно для заполнения. Указывается имя файла со сведениями об оказанной медицинской помощи без расширения.

Первый символ в имени файла указывает на вид оказанной медицинской помощи:  
«Н» – основной файл,  
«Т» – высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП),  
«Д» – диспансеризация и медицинские осмотры.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам второй символ в имени файла указывает на тип диспансеризации или медицинского осмотра:  
«Р» - первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе первый этап диспансеризации инвалидов и участников Великой Отечественной войны,  
«V» - второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе первый этап диспансеризации инвалидов и участников Великой Отечественной войны,  
«О» - профилактические медицинские осмотры взрослого населения,  
«S» - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,  
«U» - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью,  
«F» - медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические),  
«D» - медицинские осмотры несовершеннолетних (предварительные),  
«R» - медицинские осмотры несовершеннолетних (периодические).



Следует учесть, что:

- 1) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам передаются как тарифицируемые записи по диспансеризации или итоговые записи по медицинским осмотрам, так и записи, отражающие осмотры специалистами в рамках диспансеризации или медицинского осмотра.
- 2) В файле по оказанной ВМП передаются все случаи круглосуточного стационара, оплата которых производится по тарифу для ВМП. При этом передается все движение пациента – как койки, относящиеся к оказанию ВМП, так и койки, не связанные с оказанием ВМП, но присутствующие в движении пациента в рамках его пребывания в стационаре. Следует учесть, что ВМП оплачивается только тогда, когда она оказана в полном объеме. На койках, относящихся к оказанию ВМП, должно быть указано одно сочетание кода МКБ, модели пациента, метода и вида ВМП; на койках, не связанных с оказанием ВМП, модель пациента, метод и вид ВМП не указываются.

Последние два символа в имени файла указывают на тип передаваемых данных:

- 01 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике;
- 02 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по стационару;
- 03 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по параклинике;
- 04 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по скорой помощи;
- 11 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике;
- 12 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару;
- 13 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по параклинике;
- 14 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи.

Возможные виды оказанной медицинской помощи для каждого типа передаваемых данных: 01 – Н, D; 02 – Н, Т; 03 – Н; 04 – Н; 11 – Н, D; 12 – Н, Т; 13 – Н; 14 – Н.

Следует учесть, что для каждого типа файла в отчетном периоде формируется один пакет (zip-архив), содержащий все необходимые файлы по оказанной медицинской помощи.

Например, в отчетном периоде для типа «01 – поликлиника Челябинская область» передаются в одном пакете:

- три файла по видам оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP – I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения».

## 1.2 Информация о счете (элемент SCHET)

1.2.1 Поле CODE обязательно для заполнения. Указывается код записи счета, которым может служить, например, порядковый номер счета.



1.2.2 Поле CODE\_MO обязательно для заполнения. Указывается код медицинской организации в соответствии с федеральным справочником F003 (Реестр МО). Шестизначный код медицинской организации в F003, используя код МО из регионального справочника LPU.DBF, формируется по следующему алгоритму:  $MCOD_{F003} = 740000 + NPP_{LPU.DBF}$

Например, для МО с кодом в региональном справочнике  $NPP=123$  код в F003 MCODE будет равен 740123:  $740000+123=740123$ .

1.2.3 Поле YEAR обязательно для заполнения. Указывается год отчетного периода, за который передаются данные персонифицированного учета.

1.2.4 Поле MONTH обязательно для заполнения. Указывается месяц отчетного периода, за который передаются данные персонифицированного учета.

1.2.5 Поле NSCHET обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Указывается номер счета (реестра).

1.2.6 Поле DSCHECH обязательно для заполнения. Указывается дата выставления счета в формате ГГГГ-ММ-ДД.

1.2.7 Поле PLAT заполняется при наличии сведений о плательщике оказанной медицинской помощи. Служит для указания реестрового номера СМО в соответствии со справочником F002. Пятизначный код СМО в F002, используя код из регионального справочника SMO.DBF, формируется по следующему алгоритму:  $SMOCOD_{F002} = 74000 + NPP_{SMO.DBF}$

Например, для СМО с кодом в региональном справочнике  $NPP=53$  код в F002 SMOCOD будет равен 74053:  $74000+53=74053$ .

В федеральный реестр СМО F002 передаются коды только головных СМО.

В настоящее время поле не заполняется.

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

1.2.9 Поле COMENTS является обязательным для заполнения. Служебное поле к счету. Служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|».

Поля, кодируемые в COMENTS:

1.2.9.1 Поле FILE\_TYPE обязательно для заполнения. Соответствует типу передаваемых данных, указанных в имени файла (последние два символа). Указывается тип файла:

01 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике;

02 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по стационару;

03 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по параклинике;

04 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по скорой помощи;

11 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по поликлинике;

12 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по стационару;



13 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по параклинике;

14 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по скорой помощи.

1.2.10 В поле SUMMAP указывается сумма по счету, принятая к оплате СМО (ТФОМС Челябинской области). Равна сумме значений полей SUMP (элемент SLUCH) по всем позициям счета. Заполняется СМО (ТФОМС).

1.2.11 Поле SANK\_MEK является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.

1.2.12 Поле SANK\_MEE является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.

1.2.13 Поле SANK\_EKMP является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.

1.2.14 Поле DISP заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам в соответствии со справочником V016. В основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

### *1.3 Записи о случаях оказания медицинской помощи (элемент ZAP)*

1.3.1 Поле N\_ZAP обязательно для заполнения. Указывается номер позиции записи в счете (файле персонифицированного учета оказанной медицинской помощи). Уникально в пределах счета (файла).

1.3.2 Поле PR\_NOV обязательно для заполнения. Служит для указания признака исправленной записи: 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. В настоящее время заполняется значением 0.

### *1.3.3 Сведения о пациенте (элемент PACIENT)*

1.3.3.1 Поле ID\_PAC обязательно для заполнения. Указывается код записи о пациенте. Необходим для связи с файлом персональных данных. Соответствует аналогичному полю в файле персональных данных (элемент PERS). Поле уникально в пределах одного типа передаваемых данных в отчетном периоде (например, для типа «01 – поликлиника Челябинская область» передаются файлы с видами оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP – I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения», тогда в последовательности всех ID\_PAC из этих файлов значения не повторяются).

1.3.3.2 Поле VPOLIS заполняется в соответствии с F008: 1 – полис ОМС старого образца; 2 – временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС единого образца; 3 – полис ОМС единого образца. При отсутствии документа, подтверждающего факт страхования по ОМС:

а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области в поле VPOLIS заносится значение 0,



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

1.3.3.3 Поле SPOLIS заполняется при наличии серии в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС.

а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области для полиса ОМС старого образца и полиса ОМС единого образца поле не заполняется. Для временного свидетельства поле обязательно для заполнения. Серия временного свидетельства в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области должна соответствовать файлу SNPOLIC.DBF.

б) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ заполняется в соответствии со справочником форматов серии и номера документа ОМС POLTMPL.DBF. Допускается использовать русские или латинские буквы, цифры, дефис, пробел.

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

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

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

Полис ОМС единого образца может состоять из 11 (номер бланка полиса ОМС единого образца), 16 (ЕНП) или 20 (номер универсальной электронной карты) знаков. Если в качестве полиса ОМС указан ЕНП, то: он должен состоять из 16 знаков; фасеты номера (8 символов – с 3-го по 10-ый) должны соответствовать дате рождения и полу застрахованного (исключения содержатся в файле UPR\_EXC.DBF); в номере должен быть правильно указан 16-ый контрольный разряд.

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

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

1.3.3.5 Поле ST\_OKATO является условно-обязательным для заполнения. Указывается OKATO территории выдачи документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, для полисов старого образца при наличии данных. В настоящее время не заполняется.

1.3.3.6 Поле SMO заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ OKATO СМО по справочнику F002 должно соответствовать значению поля SMO\_OK (OKATO территории страхования).



1.3.3.7 Поле SMO\_OGRN заполняется только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ при невозможности указать реестровый номер СМО. В настоящее время не заполняется.

1.3.3.8 Поле SMO\_OK обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Указывается ОКАТО территории страхования в соответствии со справочником REGIONS.DBF. Для неработающих пациентов регионом страхования может быть только регион постоянной регистрации (CITYSTREET). Для новорожденных детей указывается регион, в котором выдан полис ОМС представителю пациента.

1.3.3.9 Поле SMO\_NAM заполняется только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Обязательно для заполнения при отсутствии кода СМО в справочнике F002.

1.3.3.10 Поле NOVOR (признак новорожденного) обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. «0» – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по шаблону ПДДММГГН, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 (1 – Муж., 2 – Жен.);

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

Н – порядковый номер ребёнка (один знак).

Признак новорожденного может быть указан только у детей, не достигших возраста 6 месяцев на дату окончания лечения и медицинская помощь которых будет оплачена по данным представителя. Признак новорожденного заполняется в каждой записи движения в стационаре.

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

1.3.3.11 Поле VNOV\_D (вес при рождении) заполняется при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.

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

#### 1.3.4 Сведения о случае

1.3.4.1 Поле IDCASE обязательно для заполнения. Указывается номер записи в реестре случаев, который должен соответствовать порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.

1.3.4.2 Поле USL\_OK обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код условия оказания медицинской помощи в соответствии со справочником V006. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).



В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре следует указывать код условия оказания медицинской помощи 1 (СМП); в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов – 2 (ДС); в файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии – 3 (АПМП); в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – 4 (СП). В файлах персонифицированного учета по параклинике при оказании основной медицинской помощи в круглосуточном стационаре (MED\_KIND=1) следует указывать код условия оказания медицинской помощи 1 (СМП); при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (MED\_KIND=2 и 3) – 2 (ДС); при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (MED\_KIND=0) – 3 (АПМП).

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

- 1 – первичная медико-санитарная помощь;
- 11 – первичная доврачебная медико-санитарная помощь;
- 12 – первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- 13 – первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- 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 можно указывать коды видов медицинской помощи 1, 11, 12, 13, 3, 31; в файлах персонифицированного учета по стационару, кроме ВМП – 1, 11, 12, 13, 3, 31; в файлах персонифицированного учета по параклинике – 3, 31; в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – 2, 21. В файлах по оказанной ВМП необходимо использовать только значение 32.

1.3.4.4 В поле FOR\_POM указывается форма оказания медицинской помощи в соответствии со справочником V014: 1 – экстренная, 2 – неотложная, 3 – плановая. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.5 В поле VID\_HMP указывается вид высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии со справочником V018. Обязательно для заполнения для файлов по оказанной ВМП. Для всех профилей коек, связанных с оказанием ВМП, в движении одного пациента по случаю оказания ВМП поле должно быть заполнено одинаковыми значениями. Элемент (поле) с пустым значением формируется для коек, не связанных с оказанием ВМП, но присутствующих в движении пациента в рамках его пребывания в стационаре по случаю оказания ВМП.



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

1.3.4.6 В поле `METHOD_HMP` указывается метод высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии со справочником V019. Обязательно для заполнения для файлов по оказанной ВМП. Для всех профилей коек, связанных с оказанием ВМП, в движении одного пациента по случаю оказания ВМП поле должно быть заполнено одинаковыми значениями.

Значение 0 указывается для коек, не связанных с оказанием ВМП, но присутствующих в движении пациента в рамках его пребывания в стационаре по случаю оказания ВМП.

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

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.

Поле обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по параклинике для четырех видов параклинических услуг: пренатальная диагностика (`PURPOSE=17`), иммунологическая и бактериологическая диагностика (`PURPOSE=20`), лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (`PURPOSE=21`). Проверяется на соответствии справочнику `LPUFROM.DBF`.

Консультативную помощь и диагностические медицинские услуги КДЦ может получать пациент, направленный из АПП медицинской организации, которая относится к закрепленной за КДЦ территории (соответствие справочнику `LPUFROM.DBF`).

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

1.3.4.8 Поле `EXTR` обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре: 1 – плановая госпитализация; 2 – экстренная госпитализация. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.9 Поле `LPU` обязательно для заполнения. Указывается код медицинской организации из поля `CODE_MO` (элемент `SCHET`) в соответствии с федеральным справочником F003 (Реестр МО).

1.3.4.10 Поле `LPU_1` является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода подразделения МО. В настоящее время не заполняется.

1.3.4.11 Поле `PODR` является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода отделения. В настоящее время не заполняется.

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



1.3.4.12 Поле PROFIL обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код профиля оказанной медицинской помощи в соответствии с классификатором V002. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRMP2 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRMP2 справочника RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL в элементе USL). Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

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

1.3.4.13 Поле DET обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинских осмотров. Указывается признак детского профиля оказываемой медицинской помощи: 0-нет, 1-да. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля TYPED справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL в элементе USL, например). В файлах персонифицированного учета по параклинике признак детского профиля определяется по возрасту пациента при условии указания возраста в поле AGE справочника RSRCH.DBF на записи, соответствующей коду услуги CODE\_USL в элементе USL: если возраст пациента на дату окончания обследования не превышает значение в поле AGE, то поле DET заполняется значением «1». Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

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

1.3.4.14 Поле NHISTORY обязательно. Может иметь пустое значение для случаев оказания медицинской помощи в поликлинике и стоматологии и случаев оказания скорой медицинской помощи в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области. В поле указывается номер амбулаторной карты пациента, или номер истории болезни номер, или номер карты новорожденного, или номер протокола параклинического обследования, или номер карты вызова скорой медицинской помощи.

1.3.4.15 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: 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, в файлах персонифицированного учета по параклинике - дата начала обследования (сеанса, обмена), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата приема вызова скорой помощи.

Соответствует полю DATE\_IN в элементе USL.

1.3.4.16 Поле DATE\_2 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 окончания лечения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаю диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_2 должна быть дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается дата окончания лечения на каждом профиле коек. При этом дата окончания лечения на переводной койке должна быть равна дате начала лечения на следующей койке в движении.

В файлах персонифицированного учета по параклинике указывается дата окончания обследования (сеанса, обмена), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата окончания вызова скорой помощи.

Случай оказания медицинской помощи подается к оплате в файле персонифицированного учета того периода, в который попадает дата окончания лечения (в стационаре — по дате выписки).

Соответствует полю DATE\_OUT в элементе USL.

1.3.4.17 Поле DS0 заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии сведений о первичном диагнозе, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи — при наличии сведений о диагнозе приемного отделения медицинской организации, в которую доставлен пациент. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. В файлах персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять.

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

1.3.4.18 Поле DS1 обязательно для заполнения. Соответствует полю DS в элементе USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код диагноза основного заболевания, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи — код диагноза, установленный бригадой скорой помощи, из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR\_USE=1 в справочнике МКБ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE\_USE=1 в справочнике МКБ.DBF). В файлах персонифицированного учета по стационару при оплате отдельных страховых случаев по тарифу с признаком «спец» код диагноза должен соответствовать справочнику SPECМКБ.DBF.

1.3.4.19 В поле DS2 для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются коды всех установленных диагнозов сопутствующего заболевания. Для каждого диагноза формируется отдельный



элемент. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять.

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

1.3.4.20 В поле DS3 для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются коды всех установленных диагнозов осложнения заболевания. Для каждого диагноза формируется отдельный элемент. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять.

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

1.3.4.21 Поле VNOV\_M (вес при рождении) для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП заполняется при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. Если при этом недоношенных и/или маловесных детей больше одного, то формируется отдельный элемент для веса каждого из них.

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

1.3.4.22 Поле CODE\_MES1 является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается код МЭС при наличии утверждённого стандарта. В настоящее время не заполняется.

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

1.3.4.23 Поле CODE\_MES2 является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается код МЭС сопутствующего заболевания при наличии утверждённого стандарта. В настоящее время не заполняется.

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

1.3.4.24 В поле RSLT для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указывается результат обращения за медицинской помощью (выезда скорой помощи) в соответствии с условиями оказания медицинской помощи по федеральному справочнику V009.XML (поле IDRMP). Из справочника ТФОМС V009.DBF нужный код можно получить по алгоритму:  $IDRMP_{XML} = 100 * DL\_USLOV_{DBF} + IDRMP_{DBF}$ .

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

Обязательно для заполнения: во всех записях файлов персонифицированного учета по поликлинике, кроме файлов по диспансеризации и медицинским



осмотрам; в файлах персонифицированного учета по стационару – только на выписных койках; во всех записях файлов персонифицированного учета по параклинике и скорой помощи.

В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (СМП) нельзя использовать коды результат обращения 104, 106, 109, 110; в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару при оказании медицинской помощи в дневных стационарах (ДС) – 204 и 206. В файлах персонифицированного учета по параклинике при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (СМП) (MED\_KIND=1) можно использовать только код результата обращения 109, при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (ДС) (MED\_KIND=2 и 3) - код результата обращения 201, при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (АПМП) (MED\_KIND=0) - код результата обращения 304.

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

1.3.4.26 В поле ISHOD для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указывается исход заболевания (результат оказания скорой медицинской помощи) в соответствии с условиями оказания медицинской помощи по федеральному справочнику V012.XML (поле IDIZ). Из справочника ТФОМС V012.DBF нужный код можно получить по алгоритму:  $IDIZ_{XML} = 100 * DL\_USLOV_{DBF} + IDIZ_{DBF}$ .

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

Обязательно для заполнения: во всех записях файлов персонифицированного учета по поликлинике; в файлах персонифицированного учета по стационару – только на выписных койках; во всех записях файлов персонифицированного учета по параклинике и скорой помощи.

В файлах персонифицированного учета по параклинике при оказании стационарной медицинской помощи в круглосуточном стационаре (MED\_KIND=1) можно использовать только код исхода заболевания 103, при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (MED\_KIND=2, 3) можно использовать только код исхода заболевания 203, при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи - код исхода заболевания 304.

1.3.4.27 Поле PRVS обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код специальности врача, оказавшего медицинскую помощь, – поле Code из классификатора V015. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRVS3 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRVS3 справочника



RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL в элементе USL). Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

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

1.3.4.28 В поле VERS\_SPEC указывается код используемого справочника медицинских специальностей. Для основного файла оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП указывается значение «V015». Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.29 Поле IDDOCT обязательно для заполнения в соответствии со справочником DOCT.DBF, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. При отсутствии кода медработника в справочнике следует указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с префиксом 's' (в нижнем регистре) : sXXXXXXXXXXXX. Соответствует полю CODE\_MD в элементе USL. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.30 В поле OS\_SLUCH для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются все имевшиеся особые случаи при регистрации обращения за медицинской помощью:

- 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;
- 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента/родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.

Для каждого значения создается отдельный элемент OS\_SLUCH.

Если признак «Особый случай» отсутствует, то поле не заполняется (элемент не создается).

Признак «Особый случай» заполняется в каждой записи движения в стационаре.

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

1.3.4.31 Поле IDSP обязательно для заполнения. Указывается код способа оплаты медицинской помощи в соответствии с классификатором V010. Заполняется из поля IDSP справочника PURPOSE.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL элемента USL для основного файла по оказанной медицинской помощи, или поля CODE\_USL, указанного в COMENTU элемента USL для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам). Для записей в файле по оказанной ВМП следует указывать значение 13 – «Стандарт медицинской помощи в стационаре (включая ВМП)».

1.3.4.32 Поле ED\_COL не заполняется. Количество единиц оплаты медицинской помощи указывается в поле KOL\_USL элемента USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП, или в поле KOL\_USL, указанного в COMENTU элемента USL для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам.

1.3.4.33 Поле TARIF не заполняется. Тариф указывается в аналогичном поле элемента USL.

1.3.4.34 В поле SUMV указывается итоговая сумма, выставленная к оплате, по случаю оказания медицинской помощи. Равна сумме значений полей SUMV\_USL



(элемент USL) по всем финансовым потокам услуги в случае оказания медицинской помощи.

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

0 - не принято решение об оплате;

1 – полная;

2 – полный отказ;

3 – частичный отказ (в настоящее время не используется).

Решение об оплате принимается СМО.

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

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

1.3.4.37 Поле SANK\_IT является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма санкций по случаю.

1.3.4.38 Сведения о санкциях (элемент SANK). Является условно-обязательным для заполнения. Указываются сведения о всех санкциях.

1.3.4.38.1 Поле S\_CODE обязательно для заполнения. Указывается идентификатор санкции. Уникален в пределах случая.

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

1.3.4.38.3 Поле S\_TIP обязательно для заполнения. Указывается тип санкции: 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.

1.3.4.38.4 Поле S\_OSN обязательно для заполнения. Указывается код причины отказа в соответствии с классификатором причин отказа в оплате медицинской помощи F014.

1.3.4.38.5 Поле S\_COM является условно-обязательным для заполнения. Служебное поле для комментариев по санкции. В настоящее время не заполняется.

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

1.3.4.39 Сведения об услуге (по финансовым потокам) – элемент USL. В сведениях об услуге число записей будет равно числу финансовых потоков, по которым будет осуществляться финансирование медицинской услуги. Запись по услуге, соответствующей финансированию по основному тарифу, должна быть всегда (независимо от значения основного тарифа). Все поля в записях по услуге должны иметь одинаковое значение и равны полям по финансовому потоку, соответствующему основному тарифу, за исключением полей CODE\_USL,



KOL\_USL, TARIF, SUMV\_USL и COMENTU, которые зависят от финансового потока FIN\_ID.

1.3.4.39.1 Поле IDSERV обязательно для заполнения. Указывается номер записи в реестре услуг, уникально в пределах одного типа передаваемых данных в отчетном периоде. При этом для разных финансовых потоков одной услуги указывается один номер. Например, для типа «01–поликлиника Челябинской области» передаются файлы с видами оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP - I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения», тогда упорядоченная по возрастанию последовательность всех IDSERV услуг по финансовым потокам FIN\_ID=1(основной тариф) из этих файлов начинается с 1, значения в ней не повторяются, каждый последующий элемент больше предыдущего на 1. В настоящее время в рамках одного случая оказания медицинской помощи IDSERV должен иметь одинаковое значение во всех записях по услугам и равен IDCASE.

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

1.3.4.39.3 Поле LPU\_1 является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода подразделения MO. В настоящее время не заполняется.

1.3.4.39.4 Поле PODR является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Служит для передачи кода отделения. В настоящее время не заполняется. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.39.5 Поле PROFIL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Указывается код профиля оказанной медицинской помощи в соответствии с классификатором V002. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRMP2 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRMP2 справочника RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL в элементе USL). Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.39.6 Поле VID\_VME является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Указывается вид медицинского вмешательства в соответствии с номенклатурой медицинских услуг V001. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.39.7 Поле DET обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается признак детского профиля оказываемой медицинской помощи: 0-нет, 1-да. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля TYPED справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL в элементе USL). В файлах персонифицированного учета по параклинике признак детского профиля определяется по возрасту пациента при условии указания возраста в поле AGE справочника RSRCH.DBF на записи, соответствующей коду услуги CODE\_USL в



элементе USL: если возраст пациента на дату окончания обследования не превышает значение в поле AGE, то поле DET заполняется значением «1». Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.39.8 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: 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, в файлах персонифицированного учета по параклинике - дата начала обследования (сеанса, обмена), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата приема вызова скорой помощи.

1.3.4.39.9 Поле DATE\_OUT 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 окончания лечения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаю диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_OUT должна быть дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается дата окончания лечения на каждом профиле коек. При этом дата окончания лечения на переводной койке должна быть равна дате начала лечения на следующей койке в движении.

В файлах персонифицированного учета по параклинике указывается дата окончания обследования (сеанса, обмена), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата окончания вызова скорой помощи.

Случай оказания медицинской помощи подается к оплате в файле персонифицированного учета того периода, в который попадает дата окончания лечения (в стационаре – по дате выписки).

1.3.4.39.10 Поле DS обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код диагноза основного заболевания, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код диагноза, установленный бригадой скорой помощи, из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. В файлах персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR\_USE=1 в справочнике МКБ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других



субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE\_USE=1 в справочнике MKB.DBF). В файлах персонифицированного учета по стационару при оплате отдельных страховых случаев по тарифу с признаком «спец» код диагноза должен соответствовать справочнику SPECМКВ.DBF. При этом если для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {A16=1}, то для использования этого тарифа обязательно наличие операции.

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

1.3.4.39.11 Поле CODE\_USL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. 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 файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).

В настоящее время в финансировании медицинской помощи по ОМС действует один финансовый поток (FIN\_ID):

1 – финансирование по основному тарифу (TARIF, справочники TARIF.DBF, PTARIF.DBF, HMP\_TAR.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.



Применение тарифа для малоинвазивных операций разрешается для МО в соответствии со справочником KSG\_TF.DBF.

Тариф считается малоинвазивным, если в справочнике SPECIAL.DBF для этого COD\_SPEC в поле PARAM\_EX имеется параметр {MINVOP=1}.

- 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 для коек, которые связаны с оказанием ВМП.

Для всех профилей коек, связанных с оказанием ВМП, в движении одного пациента по случаю оказания ВМП поле HMP\_ID должно иметь одинаковое значение.

Для коек, не связанных с оказанием ВМП, но присутствующих в движении пациента в рамках его пребывания в стационаре по случаю оказания ВМП, HMP\_ID=0 и не участвует в определении кода услуги USL\_ID.

1.3.4.39.12 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 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): 1 (случай);
- 4) Круглосуточный стационар (PURPOSE=K): 1 (законченный случай);
- 5) Дневной стационар при КС (PURPOSE=Д): 1 (законченный случай);
- 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;

- Диализ (PURPOSE=19): количество сеансов;

- Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (PURPOSE=21): 1 (обследование)

1.3.4.39.13 В поле TARIF указывается тариф в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID=1.



В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи тариф в соответствии:

- со справочником TARIF.DBF – в файлах персонифицированного учета по поликлинике, в файлах персонифицированного учета по стационару (кроме ВМП), 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.

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 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, случаев диспансеризации, консультаций врачей-специалистов КДЦ), 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 КПП/КСГ (среднепрофильный тариф): на переводных профильных койках в круглосуточном стационаре (ISHOD=0 и RSLT=0), кроме случаев летального исхода в реанимации (RSLT=105) или перевода пациента из реанимации в другую МО (RSLT=102), если койка предшествовала реанимации; на реанимационных койках (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REANIM=1}); на койках для новорожденных (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {NOVOR=1});

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

2) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике 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}).

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

4) В файлах по диспансеризации в записях, отражающих осмотры специалистами, в случаях диспансеризации определенных групп населения.



5) В файлах по медицинским осмотрам в итоговых записях по случаям медицинских осмотров определенных групп населения.

1.3.4.39.14 В поле SUMV\_USL указывается стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате, в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID=1.

В поле SUMV\_USL указывается сумма оплаты с учетом размера тарифа и коэффициентов индексации. Заполняется на тарифицированных записях (TARIF≠0).

Коэффициент индексации не применяется к тарифу по ВМП (файлы по оказанной ВМП), тарифам для взаиморасчетов.

1.3.4.39.15 Поле PRVS обязательно для заполнения. Указывается код специальности врача, оказавшего медицинскую помощь, – поле Code из классификатора V015. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRVS3 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRVS3 справочника RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL элемента USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП, или поля CODE\_USL, указанного в COMENTU элемента USL для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам).

1.3.4.39.16 Поле CODE\_MD обязательно для заполнения в соответствии со справочником DOCT.DBF. При отсутствии кода медработника в справочнике следует указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с префиксом 's' (в нижнем регистре): sXXXXXXXXXXXX.

1.3.4.39.17 Поле COMETNU служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|».

Поля, кодируемые в COMENTU:

1.3.4.39.17.1 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.

1.3.4.39.17.2 Поле BED\_DAY заполняется только для параклинических услуг «Диализ» (PURPOSE=19). В записях по перитонеальному диализу (RSRCH\_ID=01.63.002) подсчет койко-дней осуществляется по правилам статистики в соответствии со значением в поле MED\_KIND.

1.3.4.39.17.3 Поле UET обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по параклинике при оплате медицинской помощи, оказанной с применением рентгенохирургических методов диагностики и лечения (PURPOSE=7) и медицинских услуг за иммунологические и бактериологические исследования, оказанные МБУЗ Диагностический центр г. Челябинска (PURPOSE=20). Количество UE за обследование должно соответствовать справочнику RSRCH.DBF: по иммунологической и бактериологической диагностике количество UE не должно превышать значения в RSRCH.DBF, по рентгенохирургическим методам диагностики и лечения должно быть равно значению в RSRCH.DBF.



1.3.4.39.17.4 Поле MED\_KIND заполняется только в файлах персонифицированного учета по параклинике. Указывается вид основной медицинской помощи, при которой оказана данная параклиническая услуга: 0 – поликлиника, 1 – круглосуточный стационар, 2 – дневной стационар при КС, 3 – стационар при поликлинике. Для вида параклинических услуг «Диализ» (PURPOSE=19) основная медицинская помощь не может быть оказана в поликлинике (MED\_KIND≠0). Для вида параклинических услуг «Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ» (PURPOSE=21) основная медицинская помощь может быть оказана только в поликлинике (MED\_KIND=0).

1.3.4.39.17.5 Поле SROKBER заполняется только в файлах персонифицированного учета по параклинике по случаям пренатальной диагностики. Указывается число полных недель срока беременности на момент проведения обследования. I УЗ скрининг (RSRCH\_ID= "01.61.001" ) проводится на сроках беременности 10-14 недель, II УЗ скрининг (RSRCH\_ID= "01.61.002" ) - на сроках беременности 18-21 недели.

1.3.4.39.17.6 Поле FSS\_TRAUMA заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике. В поле указывается признак лечения по несчастному случаю:

0 - не несчастный случай;

1 – страховой несчастный случай оплачивается по ОМС;

2 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение не закончено;

3 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение закончено.

1.3.4.39.17.7 Поле COD\_PRER заполняется только на записях выписных коек круглосуточного стационара в соответствии со справочником PRER.DBF. При отсутствии прерывания лечения следует указывать коды результатов обращения 101, 102, 103, 105. Коды прерывания со 2 по 5 можно указывать только при коде результата обращения 108 «Лечение прервано по инициативе ЛПУ», код прерывания 1 - только при коде результата обращения 107 «Лечение прервано по инициативе пациента», код прерывания 6 - только при кодах результатов обращений 102 «Переведен в другое ЛПУ» и 108 «Лечение прервано по инициативе ЛПУ».

В файле по оказанной ВМП:

- если выписная койка относится к оказанию ВМП, то прерывания не должно быть – учет (оплата) по ВМП осуществляется только при условии оказания ВМП в полном объеме;

- если выписная койка не относится к оказанию ВМП, то поле заполняется по вышеописанным правилам.

1.3.4.39.17.8 Поле АТТАСН заполняется в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области из регионального справочника LPU.DBF. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код МО прикрепления по оказанию амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на начало отчетного периода, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - код МО прикрепления по оказанию скорой помощи.

1.3.4.39.17.9 Поле HEIGHT заполняется только в файлах персонифицированного учета по стационару на профилях коек круглосуточного



стационара для новорожденных (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {NOVOR=1}).

1.3.4.39.17.10 Поле WEIGHT заполняется только в файлах персонифицированного учета по стационару на профилях коек круглосуточного стационара для новорожденных (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {NOVOR=1}). Вес новорожденного не может быть менее 500 грамм.

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

В файлах персонифицированного учета по поликлинике поле MEDUS\_ID используют для передачи перечня элементов, характеризующих случаи диспансеризации или медицинских осмотров определенных групп населения, а также консультаций врачей-специалистов КДЦ:

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

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

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

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

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

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

1.3.4.39.17.12 В поле DATE\_TAR указывается дата тариф в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID=1.

В поле DATE\_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи основного тарифа в записях, где заполнено поле TARIF, в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару (кроме ВМП) и скорой помощи в соответствии со справочником TARIF.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.

1.3.4.39.17.13 Поле SIZETAR\_ID заполняется только в файлах персонифицированного учета по стационару при оплате случаев оказания медицинской помощи в профильном отделении круглосуточного стационара на тарифицированных записях в соответствии со справочником SIZETAR.DBF,



кроме оплаты по ВМП (в файле по оказанной ВМП не заполняется). В нем указывается код размера основного тарифа, действующего на момент оказания медицинской услуги.

Размеры тарифов 10% («Пребывание до суток с целью наблюдения», код 2) и 40% («Обследование больного без назначения лечения», код 3) не применяются, если в движении у пациента были переводные койки или медицинские услуги оказывались по профилю коек «Для новорожденных».

Если не было прерывания лечения (COD\_PRER=0), то при выписке пациента (RSLT=101) и в случае летального исхода (RSLT=105) можно использовать размеры тарифа 100% («Законченный случай», код 0), 40% («Обследование больного без назначения лечения», код 3) и 10% («Пребывание до суток с целью наблюдения», код 2); при переводе в другое МО (RSLT=102) - 40% («Перевод в другую медицинскую организацию», код 4); при переводе в дневной стационар (RSLT=103) - 100% («Законченный случай», код 0). При наличии прерывания лечения (COD\_PRER=1, 2, 3, 4, 5) следует указывать размер тарифа 40% («Прерывание курса лечения (незаконченный случай)», код 1).

При отсутствии возможности для оказания медицинской помощи (COD\_PRER=6) и переводе в другое МО (RSLT=102) или прерыванию лечения по инициативе МО (RSLT=108) будет оплата в размере 100% («Прерывание курса лечения при отсутствии возможности оказания медицинской помощи», код 14).

1.3.4.39.17.14 Поле TIME\_BEG заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. Указывается время приема вызова скорой помощи в формате «ЧЧ:ММ». Диапазон значений от 00:00 до 23:59.

1.3.4.39.17.15 Поле TIME\_END заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. Указывается время окончания вызова скорой помощи в формате «ЧЧ:ММ». Диапазон значений от 00:00 до 23:59. Продолжительность вызова скорой помощи не может превышать 8 часов.

1.3.4.39.17.16 Поле SP\_REAS обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником SP\_REAS.DBF. В нем указывается повод для вызова бригады скорой помощи.

1.3.4.39.17.17 Поле SP\_VID обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником SP\_VID.DBF. В нем указывается вид вызова скорой помощи.

1.3.4.39.17.18 Поле SP\_BRIG обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. В нем указывается состав бригады скорой помощи как сумма значений из справочника SP\_BRIG.DBF.

1.3.4.39.17.19 Поле SP\_FROM обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником SP\_FROM.DBF. В нем указывается место вызова бригады скорой помощи.

1.3.4.39.17.20 Поле SP\_DATE заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. В нем указывается дата доставки пациента в МО, или дата смерти пациента, или дата передачи пациента специализированной бригаде скорой помощи.

1.3.4.39.17.21 Поле SP\_TIME заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. В нем указывается время



доставки пациента в МО, или время смерти пациента, или время передачи пациента специализированной бригаде скорой помощи.

1.3.4.39.17.22 Поле SP\_KM заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи, если известен километраж выезда.

1.3.4.39.17.23 Поле VISIT\_DATE обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании амбулаторно-поликлинической и стоматологической помощи. В нем указывается дата посещения в поликлинике, на дому, в стоматологии. В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам в записях по оплате случая диспансеризации и итоговой записи по медицинскому осмотру в поле VISIT\_DATE должна быть указана дата заключительного осмотра терапевтом (педиатром). В файлах персонифицированного учета по параклинике поле VISIT\_DATE заполняется при наличии даты направления на обследование.

1.3.4.39.17.24 Поле ATTACH\_VIS служит для указания: кода МО прикрепления на дату окончания профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в файлах по медицинским осмотрам для персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области; кода МО прикрепления на дату посещения в файлах для персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике. Заполняется в соответствии с региональным справочником LPU.DBF.

1.3.4.39.17.25 Поля KPG и KSG обязательны для заполнения в файлах персонифицированного учета по стационару и в файлах персонифицированного учета по поликлинике для случаев оказания медицинской помощи в стационаре при поликлинике, за исключением тех случаев, когда:

- для профиля коек (COD\_SPEC) не определяется КСГ (элемент {KPG=0} в поле PARAM\_EX в справочнике SPECIAL.DBF);
- в файлах по оказанной ВМП: для коек, связанных с оказанием ВМП. При этом для коек, не связанных с оказанием ВМП, но присутствующие в движении пациента в рамках его пребывания в стационаре по случаю оказания ВМП, данные о КПП/КСГ заполняются.

Указывается код клинко-профильной группы (KPG) и клинко-статистической группы (KSG). Данные поля заполняются в соответствие со справочником KSG.DBF (в данном справочнике можно пользоваться всеми записями, кроме записей с кодом KPG\_ID=36 – КПП 36 - «Прочее» на данный момент не используется).

В случае применения тарифа для малоинвазивных операций КСГ должна соответствовать справочнику KSG\_TF.DBF (территориальный справочник КСГ, соответствующих малоинвазивным операциям), а также удовлетворять дополнительным критериям справочника KSG\_MU.DBF (поле PARAM\_EX). Применение тарифа для малоинвазивных операций разрешается для МО в соответствие со справочником KSG\_TF.DBF. Тариф считается малоинвазивным, если в справочнике SPECIAL.DBF для этого COD\_SPEC в поле PARAM\_EX имеется параметр {MINVOP=1}.

Если был применен тариф не для малоинвазивных операций, то КПП/КСГ должны соответствовать либо справочнику KSG\_MU.DBF (справочник разрешенных медицинских услуг для определенных КСГ), либо справочнику



KSG\_MKB.DBF (справочник разрешенных МКБ для определенных КСГ), либо справочнику KSG\_SPC.DBF (справочник соответствий территориальных КСГ (кодов тарифов) федеральным КПП/КСГ):

а) В том случае, если было оперативное вмешательство и код основной операции находится в справочнике KSG\_MU.DBF и КСГ, соответствующая основной операции, удовлетворяет дополнительным критериям, КСГ должна быть указана в соответствии со справочником KSG\_MU.DBF.

б) В том случае, если не было оперативного вмешательства или было оперативное вмешательство, но не удалось указать КСГ в соответствии с пунктом а), и код основного диагноза находится в справочнике KSG\_MKB.DBF и КСГ, соответствующая основному диагнозу, удовлетворяет дополнительным критериям, КСГ должна быть указана в соответствии со справочником KSG\_MKB.DBF. При этом если код МКБ основного диагноза состоит из 6-ти знаков, то для поиска используется первые 5.

в) В том случае, если не удалось указать КСГ в соответствии с пунктами а) и б), и в поле COD\_SPEC указана не реанимационная койка, то КПП/КСГ должны соответствовать справочнику KSG\_SPC.DBF.

1.3.4.39.17.26 Поле BED\_CARE заполняется только в тарифицированных записях профильного отделения круглосуточного стационара в файлах персонифицированного учета по стационару. Указывается количество койко-дней по уходу.

1.3.4.39.17.27 Поле CODE\_USL обязательно заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам.

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 действует один финансовый поток (FIN\_ID):

1 – финансирование по основному тарифу (TARIF, справочник TARIF.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 по диспансеризации и медицинским осмотрам PLACE может принимать следующие значения: 1 «Посещения в поликлинике», 7 «Стоматология по УЕТ»;

- С кодом цели обслуживания (PURPOSE, справочник PURPOSE.DBF). В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам PURPOSE может принимать значения: П «Профосмотр»; У «За ед. УЕТ».

- С кодом специальности врача (COD\_SPEC, справочник SPECIAL.DBF). Возраст пациента должен соответствовать значениям элемента AGE поля PARAM\_EX в справочнике SPECIAL.DBF для случаев диспансеризации и медицинских осмотров (условия для определения возраста пациента прописаны в порядках обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения).

Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП это поле передается непосредственно в элементе USL.



1.3.4.39.17.28 Поле KOL\_USL обязательно заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается количество услуг (кратность услуг) в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID=1:

- 1) Посещения в поликлинике и на дому (PLACE=1,2): 1 (посещение);
- 2) Стоматология по УЕТ (PLACE=7): количество УЕТ (для осмотров специалистами в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних);

Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП это поле передается непосредственно в элементе USL.

1.3.4.40 Поле COMENTSL является условно-обязательным для заполнения. Служебное поле для комментариев по случаю. Служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|». В настоящее время заполняется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам.

Поля, кодируемые в COMENTSL:

1.3.4.40.1 Поле NOVOR (признак новорожденного) обязательно для заполнения. Указывается в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. «0» – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по шаблону ПДДММГГН, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 (1 – Муж., 2 – Жен.);

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

Н – порядковый номер ребёнка (один знак).

Признак новорожденного может быть указан только у детей, не достигших возраста 6 месяцев на дату окончания лечения и медицинская помощь которых будет оплачена по данным представителя. Признак новорожденного заполняется в каждой записи случаев диспансеризации и медицинских осмотров.

1.3.4.40.2 В поле LPU\_FROM указывается в соответствии с региональным справочником LPU.DBF код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации или медицинского осмотра.

1.3.4.40.3 В поле OS\_SLUCH (признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью) указываются все имевшиеся особые случаи: 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента/родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. Заполняется в каждой записи случая диспансеризации или медицинского осмотра по шаблону "X\_X" («\_» - символ подчеркивания). Если имеется одновременно несколько особых случаев, коды проставляются в порядке возрастания (например: 1\_2, где «\_» - символ подчеркивания). Если признак «Особый случай» отсутствует, то поле не заполняется.

1.3.4.40.4 Поле COD\_MKB1 заполняется при наличии сведений о диагнозе сопутствующего заболевания. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. Если имеется одновременно несколько диагнозов, заполняется по шаблону "X\_X\_X" («\_» - символ подчеркивания).



## 2. Файл персональных данных

Является общим для одного типа передаваемых данных. Например, в отчетном периоде для типа «01 – поликлиника Челябинской области» передаются в одном пакете:

- три файла по видам оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP - I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения»;
- один файл персональных данных.

### 2.1 Информация о передаваемом файле (элемент ZGLV)

2.1.1 Поле VERSION обязательно для заполнения. Указывается версия информационного взаимодействия между ТФОМС Челябинской области, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML, в настоящее время – «2.1».

2.1.2 Поле DATA обязательно для заполнения. Указывается дата формирования передаваемых данных в формате ГГГГ-ММ-ДД.

2.1.3 Поле FILENAME обязательно для заполнения. Указывается имя файла персональных данных без расширения (первый символ в имени файла «L»). Например, LM740224S74000\_140401.

2.1.4 Поле FILENAME1 обязательно для заполнения. Указывается имя основного файла со сведениями об оказанной медицинской помощи без расширения и без префикса (первый символ в имени файла «H»). Например, M740224S74000\_140401.

### 2.2 Персональные данные пациента (элемент PERS)

2.2.1 Поле ID\_PAC обязательно для заполнения. Указывается код записи о пациенте. Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями об оказанной медицинской помощи (элемент SCHET, PACIENT). Поле уникально в пределах одного типа передаваемых данных в отчетном периоде (например, для типа «01 – поликлиника Челябинской области» передаются файлы с видами оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP - I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения», тогда в последовательности всех ID\_PAC из этих файлов значения не повторяются и соответствуют последовательности значений ID\_PAC файла персональных данных).

2.2.2 Поле FAM указывается обязательно при наличии в документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается значение «2», и реквизит не указывается.

Для детей до государственной регистрации реквизит не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.

В полях FAM, IM, OT, FAM\_P, IM\_P, OT\_P допускается использовать русские буквы, пробел или дефис. В случае, если фамилия, имя или отчество являются составными, слова должны отделяться друг от друга одним пробелом или одним дефисом. Фамилия, имя или отчество должны состоять по крайней мере из двух букв. У женщины отчество не должно оканчиваться на «ИЧ», у мужчин – на



«НА». Фамилия у мужчин не может оканчиваться на «КАЯ». Исключения содержатся в файле FIO\_EXC.DBF.

2.2.3 Поле IM указывается обязательно при наличии в документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается значение «3», и реквизит не указывается.

Для детей до государственной регистрации реквизит не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.

2.2.4 Поле OT указывается обязательно при наличии в документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.

Для детей до государственной регистрации реквизит не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.

2.2.5 Поле W обязательно для заполнения. Указывается пол пациента в соответствии с классификатором V005: 1 – мужской, 2 – женский.

2.2.6 Поле DR обязательно для заполнения. Указывается дата рождения пациента в формате ГГГГ-ММ-ДД.

Если в документе УДЛ не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4».

Если в документе УДЛ не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение «5».

Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно.

Возраст пациента в год окончания оказания медицинской помощи не должен превышать 130 лет. Дата рождения пациента не должна быть больше даты начала оказания медицинской помощи. Возраст работающего пациента должен быть от 14 до 100 лет. У новорожденного в круглосуточном стационаре дата начала оказания медицинской помощи (поля DATE\_1 в элементе SLUCH и DATE\_IN в элементе USL на первой койке в движении) не может быть меньше даты рождения или больше даты рождения более, чем на один день.

2.2.7 В поле DOST указываются все необходимые коды надежности идентификации пациента:

- 1 – отсутствует отчество;
- 2 – отсутствует фамилия;
- 3 – отсутствует имя;
- 4 – известен только месяц и год даты рождения;
- 5 – известен только год даты рождения;
- 6 – дата рождения не соответствует календарю.

Для каждого значения создается отдельный элемент DOST. Для новорожденных не заполняется.

2.2.8 Поле FAM\_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения (значение поля NOVOR отлично от нуля). Фамилия представителя пациента указывается при наличии в документе, удостоверяющем личность представителя пациента. В случае



отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST\_P обязательно включается значение «2», и реквизит не указывается.

2.2.9 Поле IM\_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения (значение поля NOVOR отлично от нуля). Имя представителя пациента указывается при наличии в документе, удостоверяющем личность представителя пациента. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST\_P обязательно включается значение «3», и реквизит не указывается.

2.2.10 Поле OT\_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения (значение поля NOVOR отлично от нуля). Отчество представителя пациента указывается при наличии в документе, удостоверяющем личность представителя пациента. В случае отсутствия реквизита не указывается и в поле DOST\_P можно опустить соответствующее значение.

2.2.11 Поле W\_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. Пол представителя пациента указывается в соответствии с классификатором V005: 1 – мужской, 2 – женский.

2.2.12 Поле DR\_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. Указывается дата рождения представителя пациента в формате ГГГГ-ММ-ДД.

Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «4».

Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «5».

Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно.

Разница в возрасте у представителя и пациента не должна быть меньше 12 лет.

2.2.13 В поле DOST\_P указываются все необходимые коды надежности идентификации представителя пациента:

- 1 – отсутствует отчество;
- 2 – отсутствует фамилия;
- 3 – отсутствует имя;
- 4 – известен только месяц и год даты рождения;
- 5 – известен только год даты рождения;
- 6 – дата рождения не соответствует календарю.

Для каждого значения создается отдельный элемент DOST\_P.

2.2.14 В поле MR указывается место рождения в том виде, в котором оно записано в документе, удостоверяющем личность пациента или представителя. При отсутствии данных поле не заполняется.

2.2.15 Поле DOCTYPE обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в



качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. В полях DOCTYPE, DOCSER, DOCNUM указываются данные документа, удостоверяющего личность пациента или представителя пациента при оказании медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения.

Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя, должен соответствовать F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».

В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ при указании типа документа «Свидетельство о рождении» (DOCTYPE=3) пациент (или представитель) не должен быть старше 14 лет, при указании типа документа «Паспорт гражданина РФ» (DOCTYPE=14) пациент (или представитель) - младше 14 лет.

2.2.16 Поле DOCSER обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. Серия документа, удостоверяющего личность, должна удовлетворять требованиям шаблона классификатора F011, соответствующего данному типу документа.

2.2.17 Поле DOCNUM обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. Номер документа, удостоверяющего личность, должен удовлетворять требованиям шаблона классификатора F011, соответствующего данному типу документа.

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

2.2.19 Поле OKATOG заполняется при наличии сведений. Указывается код места жительства по OKATO. В настоящее время не заполняется.

2.2.20 Поле OKATOR заполняется при наличии сведений. Указывается код места пребывания по OKATO. В настоящее время не заполняется.

2.2.21 Поле COMETNP служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|».

Поля, кодируемые в COMENTP:

2.2.21.1 Поле CITYSTREET обязательно для заполнения. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код адреса прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код адреса вызова. Код адреса должен состоять из 11 (без указания кода улицы) или 15 (с указанием кода улицы) цифр. персонифицированного учета В файлах застрахованных лиц на территории других субъектов РФ у неработающих пациентов код адреса должен соответствовать коду региона страхования (OKATO\_OMS). Проверка на соответствие справочникам CITY.DBF и STREET.DBF только в файлах



персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ.

2.2.21.2 Поле HOUSE заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии номера дома в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.21.3 Поле IND\_HOUSE заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии индекса номера дома в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.21.4 Поле ROOM заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии номера квартиры в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.21.5 Поле IND\_ROOM заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии индекса номера квартиры в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.21.6 Поле STATUS обязательно для заполнения: 0 – неработающий, 1 – работающий.

2.2.21.7 Поле SMO\_NAT заполняется только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области в соответствии с региональным справочником SMO.DBF при отсутствии кода СМО в федеральном справочнике F002 (Реестр СМО). В случае оказания медицинского помощи незастрахованному лицу, в поле указывается значение 0.



Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг,  
оказанных застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации  
определенных групп населения.

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 (кроме студентов очной формы обучения).

Диспансеризация проводится для взрослого населения, за исключением лиц, относящихся к категориям, перечисленным в разделе 4 настоящего Порядка.

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю диспансеризации. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации на I этапе установлены по половозрастным группам (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1} и {DISP\_LEVEL=1}, в настоящее время используются коды с 1578 по 1585), на II этапе – два тарифа: для женщин и мужчин (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1} и {DISP\_LEVEL=2}, в настоящее время используются коды специальностей 1586,1587).

3. На I этапе диспансеризацию взрослого населения в возрасте с 21 до 48 лет проводит терапевт (терапевт участковый) или врач общей практики, в возрасте с 51 лет и старше – могут проводить два специалиста, один из которых является терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики, второй – неврологом с периодичностью 1 раз в 6 лет. При этом возможен только один осмотр у специалиста.

Во II этапе диспансеризации участвуют не менее двух специалистов, один из которых является терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики, но не более того количества специалистов, которое определено для конкретной возрастной группы у женщин или мужчин, за исключением случаев



проведения лабораторных исследований, соответствующих п.12.2.7 или 12.2.9 приказа МЗ РФ от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», когда возможен осмотр только терапевта:

Возрастные группы (лет)	Список специалистов для женщин	Список специалистов для мужчин
21-36	1,5,6	1,5
39-42	1,5,6,3	1,5,3
45-48	1,5,6,3,2	1,5,3,2
51 и старше	1,5,6,3,2	1,5,3,2,4

1. Невролог (код 94).
2. Хирург (код 78) или колопроктолог (код 79).
3. Офтальмолог (код 88).
4. Уролог (код 82) или хирург (код 78).
5. Терапевт (код 1418) (или терапевт участковый (код 61)) или врач общей практики (код 70).
6. Акушер-гинеколог (код 84).

Кратность осмотров специалистами на II этапе может быть любой.

Обращаем внимание на то, что вместо врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача общей практики - диспансеризацию может проводить фельдшер на должности врача.

Случай диспансеризации подается к оплате при последнем посещении к терапевту (терапевту участковому) или врачу общей практики. При этом в записи файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть указана дата первого осмотра специалистом, в полях DATE\_END, VISIT\_DATE - дата последнего осмотра терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики.

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) 16 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения».

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

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

г) 19 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена III 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) 3 – «Присвоена III группа здоровья».  
 г) 6 – «Направлен на II этап диспансеризации».

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. При этом все посещения к специалистам 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 тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации (всегда 100%)
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра терапевтом
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 16-19 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-3,6 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр	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=1578}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}.

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 первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра терапевтом.

## Раздел 2. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

1. Перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - детей-сирот), определен справочником DISPLPU.DBF (для TYP=2).

2. Оплата случаев диспансеризации детей-сирот производится по тарифам по законченному случаю по возрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=2} и {DISP\_LEVEL=1}) или I и II этапов (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=2} и {DISP\_LEVEL=2}).

В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Тип	Код (special.dbf)	Тариф
1	Случай диспансеризации детей-сирот(1 этап)(0-4 лет)	дет	1574	2350,00
2	Случай диспансеризации детей-сирот(1 этап)(5-17 лет)	дет	1575	3200,00
3	Случай диспансеризации детей-сирот(1 и 2 этапы)(0-4 лет)	дет	1576	2519,60
4	Случай диспансеризации детей-сирот(1 и 2 этапы этап)(5-17 лет)	дет	1577	3369,60

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной возрастной группы:

Возрастные группы (лет)	Список специалистов
0-2	1,2,3,4,5,6,7,8
3-4	1,2,3,4,5,6,7,8,9
5-17	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

1. Педиатр (код 1417), или педиатр участковый (код 117), или педиатр (выездной бригады) (код 1282) .
2. Невролог (код 127), или невролог (выездной бригады) (код 1289).
3. Офтальмолог (код 123), или офтальмолог (выездной бригады) (код 1294).
4. Детский хирург (код 133), или детский хирург (выездной бригады) (код 1300).
5. Оториноларинголог (код 125), или оториноларинголог (выездной бригады) (код 1292).
6. Травматолог-ортопед (код 134), или травматолог-ортопед (выездной бригады) (код 1298) ), или травматолог-ортопед (консульт.приём)\* (код 1309).



7. Акушер-гинеколог (код 1372), или акушер-гинеколог (выездной бригады) (код 1293).
8. Детский уролог-андролог (код 1235), или детский уролог-андролог (выездной бригады) (код 1325).
9. Детский стоматолог (код 160).
10. Детский эндокринолог (код 219), или детский эндокринолог (выездной бригады) (код 1302).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром.

Обращаем внимание на то, что диспансеризацию детей-сирот может проводить только врач.

Для определения принадлежности застрахованного ребенка к той или иной возрастной группе на I или II этапах диспансеризации возраст ребенка определяется по дате окончания этапа диспансеризации. Датой окончания этапа диспансеризации является дата заключительного осмотра педиатром (врачом ответственным за проведение диспансеризации).

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

а) 21 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена I группа здоровья».

б) 22 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена II группа здоровья».

в) 23 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена III группа здоровья».

г) 24 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена IV группа здоровья».

д) 25 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена V 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) 23 – «Присвоена III группа здоровья».

г) 24 – «Присвоена IV группа здоровья».

д) 25 – «Присвоена V 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. При этом все посещения к специалистам 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 тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 21-25 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводившего осмотр	Квалификация педиатра, 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=1574}.	

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра педиатром. Поле YET не заполняется, даже если осмотр был произведен стоматологом.

Раздел 3. Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

1. Перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе



усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (далее – детей-сирот и детей без попечения родителей), определен справочником DISPLPU.DBF (для TYP=7).

2. Оплата случаев диспансеризации детей-сирот и детей без попечения родителей производится по тарифам по законченному случаю по возрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=7} и {DISP\_LEVEL=1}) или I и II этапов (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=7} и {DISP\_LEVEL=2}). В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Тип	Код (special.dbf)	Тариф
1	Случай дисп. детей-сирот и детей б/попечения(1 эт)(0-4 лет)	дет	1630	2350,00
2	Случай дисп. детей-сирот и детей б/попечения(1 эт)(5-17 лет)	дет	1631	3200,00
3	Случай дисп. детей-сирот и детей б/попечения(1-2эт)(0-4 лет)	дет	1632	2519,60
4	Случай дисп. детей-сирот и детей б/попечения(1-2эт)(5-17лет)	дет	1633	3369,60

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной возрастной группы:

Возрастные группы (лет)	Список специалистов
0-2	1,2,3,4,5,6,7,8
3-4	1,2,3,4,5,6,7,8,9
5-17	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

1. Педиатр (код 1417), или педиатр участковый (код 117), или педиатр (выездной бригады) (код 1282) (далее – педиатр).
2. Невролог (код 127), или невролог (выездной бригады) (код 1289).
3. Офтальмолог (код 123), или офтальмолог (выездной бригады) (код 1294).
4. Детский хирург (код 133), или детский хирург (выездной бригады) (код 1300).
5. Оториноларинголог (код 125), или оториноларинголог (выездной бригады) (код 1292).
6. Травматолог-ортопед (код 134), или травматолог-ортопед (выездной бригады) (код 1298) ), или травматолог-ортопед (консульт.приём)\* (код 1309).
7. Акушер-гинеколог (код 1372), или акушер-гинеколог (выездной бригады) (код 1293).
8. Детский уролог-андролог (код 1235), или детский уролог-андролог (выездной бригады) (код 1325).
9. Детский стоматолог (код 160).
10. Детский эндокринолог (код 219), или детский эндокринолог (выездной бригады) (код 1302).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром.

Обращаем внимание на то, что диспансеризацию детей-сирот и детей без попечения родителей может проводить только врач.



Для определения принадлежности застрахованного ребенка к той или иной возрастной группе на I или II этапах диспансеризации возраст ребенка определяется по дате окончания этапа диспансеризации. Датой окончания этапа диспансеризации является дата заключительного осмотра педиатром (врачом ответственным за проведение диспансеризации).

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

а) 47 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена I группа здоровья».

б) 48 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена II группа здоровья».

в) 49 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена III группа здоровья».

г) 50 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена IV группа здоровья».

д) 51 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена V группа здоровья».

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

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».

д) 5 – «Присвоена V 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. При этом все посещения к специалистам 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 тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации



Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 47-51 из справочник V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводившего осмотр	Квалификация педиатра, 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=1630}.	

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра педиатром. Поле YET не заполняется, даже если осмотр был произведен стоматологом.

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 – инвалидов БОВ), определен справочником DISPLPU.DBF (для TYP=8).

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю диспансеризации. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации на I этапе установлены для мужчин и женщин (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=8} и {DISP\_LEVEL=1}, в настоящее время используются коды 1700 и 1701), на II этапе – два тарифа: для женщин и мужчин (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=8} и {DISP\_LEVEL=2}, в настоящее время используются коды 1702 и 1703).

3. На I этапе диспансеризацию инвалидов БОВ в возрасте с 50 лет и старше – могут проводить два специалиста, один из которых является терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики, второй – неврологом с периодичностью 1 раз в 6 лет. При этом возможен только один осмотр у специалиста.

Во II этапе диспансеризации участвуют не менее двух специалистов, один из которых является терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики, но не более того количества специалистов, которое определено для конкретной возрастной группы у женщин или мужчин, за исключением случаев проведения лабораторных исследований, соответствующих п.12.2.7 или 12.2.9 приказа МЗ РФ от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», когда возможен осмотр только терапевта:

Возрастные группы (лет)	Список специалистов для женщин	Список специалистов для мужчин
50 и старше	1,5,6,3,2	1,5,3,2,4

1. Невролог (код 94), или невролог\*\* (код 1596).
2. Хирург (код 78) или колопроктолог (код 79), или хирург\*\* (код 1608) или колопроктолог\*\* (код 1595).
3. Офтальмолог (код 88), или офтальмолог\*\* (код 1600).
4. Уролог (код 82) или хирург (код 78), или уролог\*\* (код 1607) или хирург\*\* (код 1608).
5. Терапевт (код 1418) (или терапевт участковый (код 61)) или врач общей практики (код 70), или терапевт\*\* (код 1605).
6. Акушер-гинеколог (код 84), или акушер-гинеколог\*\* (код 1590).

Кратность осмотров специалистами на II этапе может быть любой.

Обращаем внимание на то, что вместо врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача общей практики - диспансеризацию может проводить фельдшер на должности врача.



Случай диспансеризации подается к оплате при последнем посещении к терапевту (терапевту участковому) или врачу общей практики. При этом в записи файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть указана дата первого осмотра специалистом, в полях DATE\_END, VISIT\_DATE - дата последнего осмотра терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики.

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

а) 16 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения».

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

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

г) 19 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена III 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) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

г) 6 – «Направлен на II этап диспансеризации».

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. При этом все посещения к специалистам 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 тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации (всегда 100%)
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра терапевтом
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 16-19 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-3,6 из справочника V017)



Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр	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=1700}.	

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра терапевтом.



Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения медицинских осмотров определенных групп населения.

Раздел 1. Профилактические медицинские осмотры взрослого населения.

1. Профилактический медицинский осмотр застрахованного лица может быть проведен 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, профилактические медицинские осмотры 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 (кроме студентов очной формы обучения).

2. Оплата профилактических медицинских осмотров взрослого населения производится в рамках подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

3. Профилактический медицинский осмотр взрослого населения проводит терапевт (код 1418), или терапевт участковый (код 61) или врач общей практики (код 70) (далее – терапевт). Вместо врача-терапевта профилактический медицинский осмотр может проводить фельдшер на должности врача. При этом возможен только один осмотр у специалиста.

4. Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года. В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится. Для определения принадлежности к возрастной группе используется возраст, достигаемый в год проведения профилактического медицинского осмотра. Возрастные группы: 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, ..., 98 лет

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

а) 43 – «Проведен профилактический медицинский осмотр взрослого населения - присвоена I группа здоровья».

б) 44 – «Проведен профилактический медицинский осмотр взрослого населения - присвоена II группа здоровья».

в) 45 – «Проведен профилактический медицинский осмотр взрослого населения - присвоена III группа здоровья».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды из справочника V017:

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».



в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

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

7. Профилактический медицинский осмотр подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает осмотр терапевтом. При этом подаются отдельными записями посещение к терапевту и итоговая запись по профилактическому медицинскому осмотру взрослого населения. В обеих записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате профилактического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по профилактическому медицинскому осмотру взрослого населения
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код из справочника special.dbf, соответствующий профилактическому медицинскому осмотру взрослого населения, для которого в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=3} и {DISP_LEVEL=1} (в настоящее время используется код 1617 «Мед.осмотр взр.населения профилактический»)
TARIF	Заполняется в соответствии с правилами подушевого финансирования: - не заполняется при проведении профилактического медицинского осмотра застрахованного лица, прикрепленного к медицинской организации, проводившей профилактический медицинский осмотр; - заполняется тарифом для взаиморасчетов при проведении профилактического медицинского осмотра застрахованного лица, прикрепленного к иным медицинским организациям.	Не заполняется
DATE_TAR	Заполняется при наличии тарифа для взаиморасчетов.	Не заполняется
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 43-45 из справочника V009.DBF (Код 1-3 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
MEDUS_ID	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что профилактический медицинский осмотр прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код из справочника special.dbf, соответствующий профилактическому медицинскому осмотру взрослого населения (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1617}.	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что профилактический медицинский осмотр прошел студент очной формы обучения {sg=1}.



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

## Раздел 2. Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних.

1. Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнего может быть проведен 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, профилактические медицинские осмотры 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 (кроме новорожденных до государственной регистрации рождения, медицинская помощь которых оплачивается по полису представителя).

2. Оплата профилактических медицинских осмотров несовершеннолетнего производится в рамках подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной возрастной группы:

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (age_disp)	Возрастные группы, в которых несовершеннолетний может пройти профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для конкретного возрастного периода	Список специалистов
Новорожденный (age_disp=0.00)	0 мес., 1 мес.	1
1 месяц (age_disp=0.01)	0 мес., 1 мес., 2 мес.	1,2,3,4
2 месяца (age_disp=0.02)	1 мес., 2 мес., 3 мес.	1
3 месяца (age_disp=0.03)	2 мес., 3 мес., 4 мес.	1,2,6
4 месяца (age_disp=0.04)	3 мес., 4 мес., 5 мес.	1
5 месяцев (age_disp=0.05)	4 мес., 5 мес., 6 мес.	1
6 месяцев (age_disp=0.06)	5 мес., 6 мес., 7 мес.	1,2,4
7 месяцев (age_disp=0.07)	6 мес., 7 мес., 8 мес.	1
8 месяцев (age_disp=0.08)	7 мес., 8 мес., 9 мес.	1
9 месяцев (age_disp=0.09)	8 мес., 9 мес., 10 мес.	1
10 месяцев (age_disp=0.10)	9 мес., 10 мес., 11 мес.	1
11 месяцев (age_disp=0.11)	10 мес., 11 мес., 12 мес.	1
12 месяцев (1 год) (age_disp=1.00)	11 мес., 12 мес., 1 год и 1 мес., 1 год и 2 мес., 1 год и 3 мес., 1 год и 4 мес., 1 год и 5 мес.	1,2,3,4,5,9

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (age_disp)	Возрастные группы, в которых несовершеннолетний может пройти профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для конкретного возрастного периода	Список специалистов
1 год 3 месяца (age_disp=1.03)	1 год и 2 мес., 1 год и 3 мес., 1 год и 4 мес.	1
1 год 6 месяцев (age_disp=1.06)	1 год и 5 мес., 1 год и 6 мес., 1 год и 7 мес.	1
1 год 9 месяцев (age_disp=1.09)	1 год и 8 мес., 1 год и 9 мес., 1 год и 10 мес.	1
2 года (age_disp=2.00)	1 год и 11 мес., 2 года, 2 года и 1 мес.	1,9
2 года 6 месяцев (age_disp=2.06)	2 года и 5 мес., 2 года и 6 мес., 2 года и 7 мес.	1
3 года (age_disp=3.00)	3 года	1,2,3,4,5,7,8,9
4 года (age_disp=4.00)	4 года	1,4
5 лет (age_disp=5.00)	5 лет	1,4
6 лет (age_disp=6.00)	6 лет	1,2,3,9
7 лет (age_disp=7.00)	7 лет	1,2,3,4,5,6,7,8,9
8 лет (age_disp=8.00)	8 лет	1
9 лет (age_disp=9.00)	9 лет	1
10 лет (age_disp=10.00)	10 лет	1,2,3,4,5,6,9,10
11 лет (age_disp=11.00)	11 лет	1,3,4
12 лет (age_disp=12.00)	12 лет	1,7,8
13 лет (age_disp=13.00)	13 лет	1
14 лет (age_disp=14.00)	14 лет	1,2,3,5,7,8,9,10
15 лет (age_disp=15.00)	15 лет	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
16 лет (age_disp=16.00)	16 лет	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
17 лет (age_disp=17.00)	17 лет	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

1. Педиатр (код 1417) или педиатр участковый (код 117) (далее – педиатр).
  2. Невролог (код 127).
  3. Офтальмолог (код 123).
  4. Детский хирург (код 133).
  5. Оториноларинголог (код 125).
  6. Травматолог-ортопед (код 134).
  7. Акушер-гинеколог (код 1372).
  8. Детский уролог-андролог (код 1235).
  9. Детский стоматолог (код 160).
  10. Детский эндокринолог (код 219).
- У каждого специалиста может быть по одному осмотру.



Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром. Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнего может проводить только врач.

Для детей до 2 лет 6 месяцев (или до 2 лет и 7 месяцев при условии указания в MEDUS\_ID элемента {age\_disp=2.06}) включительно принадлежность к возрастной группе определяется месяцем окончания профилактического медицинского осмотра, в который он достигает определенного возраста. Для детей старше 2 лет 6 месяцев (или 2 лет и 7 месяцев) – годом окончания профилактического медицинского осмотра, в который он достигает определенного возраста.

В случае невозможности проведения профилактического медицинского осмотра ребенка в месяц достижения им возрастного периода, можно провести профилактический медицинский осмотр ранее или позднее в рамках возрастных групп, определенных для конкретного профилактического медицинского осмотра, при условии осмотра всеми специалистами, утвержденными перечнем исследований при проведении профилактических медицинских осмотров в этот возрастной период.

Датой начала этапа профилактического медицинского осмотра является дата первого осмотра специалистом, датой окончания – дата заключительного осмотра педиатром.

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

- а) 32 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена I группа здоровья».
- б) 33 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена II группа здоровья».
- в) 34 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена III группа здоровья».
- г) 35 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена IV группа здоровья».
- д) 36 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена V группа здоровья».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды из справочника V017:

- а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».
- б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».
- в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».
- г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».
- д) 5 – «Присвоена V группа здоровья».

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

6. Профилактический медицинский осмотр подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания. При этом подаются отдельными записями все посещения к специалистам и одна итоговая запись по профилактическому медицинскому осмотру. Во всех записях файла персонифицированного учета



медицинских услуг по оплате профилактического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по профилактическому медицинскому осмотру несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код из справочника special.dbf, соответствующий профилактическому медицинскому осмотру несовершеннолетнего I этапа (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=4} и {DISP_LEVEL=1}) или I и II этапа (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=4} и {DISP_LEVEL=2}). В настоящее время используются: 1618 - «Мед.осмотр несовершеннолет. профилактический (1 этап)»; 1619 - «Мед.осмотр несовершеннолет. профилактический (1 и 2 этапы)».
TARIF	По АГМПП заполняется в соответствии с правилами подушевого финансирования: - не заполняется при проведении профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, прикрепленного к медицинской организации, проводившей профилактический медицинский осмотр; - заполняется тарифом для взаиморасчетов при проведении профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, прикрепленного к иным медицинским организациям. По стоматологической помощи - базовый тариф за УЕТ.	Не заполняется
DATE_TAR	Заполняется при наличии тарифа.	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
UET	Заполняется в записях по осмотрам детским стоматологом	Не заполняется
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 32-36 из справочника V009.DBF (Код 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра.	Не заполняется
MEDUS_ID	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в возрастном	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр,



Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по профилактическому медицинскому осмотру несовершеннолетнего
	периоде G.MM {age_disp=G.MM}. - Код из справочника special.dbf, соответствующий профилактическому медицинскому осмотру несовершеннолетнего (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1618}.	предусмотренный для детей в возрастном периоде G.MM {age_disp=G.MM}.

Во всех записях по профилактическому медицинскому осмотру в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра педиатром.

### Раздел 3. Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних.

1. Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего может быть проведен медицинской организацией любой организационно-правовой формы собственности по заявлению несовершеннолетнего или его законного представителя.

2. Для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оплата предварительных медицинских осмотров производится в рамках подушевого финансирования. Для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оплата производится по тарифам за посещения с профилактической целью.

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретного типа образовательного учреждения, при поступлении в которое проводится предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего:

Типы образовательных учреждений	Список специалистов
Дошкольные образовательные учреждения	1,2,3,4,5,7,8,9
Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	1,2,3,4,5,6,7,8,9
Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

1. Педиатр (код 1417) или педиатр участковый (код 117) (далее – педиатр).
2. Невролог (код 127).
3. Офтальмолог (код 123).
4. Детский хирург (код 133).
5. Оториноларинголог (код 125).
6. Травматолог-ортопед (код 134).

7. Акушер-гинеколог (код 1372).
8. Детский уролог-андролог (код 1235).
9. Детский стоматолог (код 160).
10. Детский эндокринолог (код 219).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром. Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего может проводить только врач.

Датой начала этапа предварительного медицинского осмотра является дата первого осмотра специалистом, датой окончания - дата заключительного осмотра педиатром.

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

- |   |                             |             |        |
|---|-----------------------------|-------------|--------|
| а) 37   | – «Проведен предварительный | медицинский | осмотр |
| несовершеннолетнему - присвоена I группа здоровья».   |                             |             |        |
| б) 38   | – «Проведен предварительный | медицинский | осмотр |
| несовершеннолетнему - присвоена II группа здоровья».  |                             |             |        |
| в) 39   | – «Проведен предварительный | медицинский | осмотр |
| несовершеннолетнему - присвоена III группа здоровья». |                             |             |        |
| г) 40   | – «Проведен предварительный | медицинский | осмотр |
| несовершеннолетнему - присвоена IV группа здоровья».  |                             |             |        |
| д) 41   | – «Проведен предварительный | медицинский | осмотр |
| несовершеннолетнему - присвоена V группа здоровья».   |                             |             |        |

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды из справочника V017:

- а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».
- б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».
- в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».
- г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».
- д) 5 – «Присвоена V группа здоровья».

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

5. Предварительный медицинский осмотр подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания. При этом отдельными записями подаются все посещения к специалистам и одна итоговая запись по предварительному медицинскому осмотру.

Для итоговой записи по предварительному медицинскому осмотру несовершеннолетнего поле COD\_SPEC заполняется в зависимости от этапа медицинского осмотра и типа образовательного учреждения, при поступлении в которое он проводится.



В настоящее время используются:

Этап	Типы образовательных учреждений	COD_SPEC из справочника SPECIAL.DBF
1	Дошкольные образовательные учреждения	1620 – «Мед. осмотр несовершеннолет. предварительный ДОУ (1 этап)» (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=5}, {DISP_LEVEL=1} и {SCHOOL=1})
1	Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	1621 – «Мед. осмотр несовершеннолет. предварительный ООУ (1 этап)» (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=5}, {DISP_LEVEL=1} и {SCHOOL=2})
1	Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.	1622 – «Мед. осмотр несовершеннолет. предварительный ОУПО (1 этап)» (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=5}, {DISP_LEVEL=1} и {SCHOOL=3})
1 и 2	Дошкольные образовательные учреждения	1623 – «Мед. осмотр несовершеннолет. предварительный ДОУ (1 и 2 этапы)» (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=5}, {DISP_LEVEL=2} и {SCHOOL=1})
1 и 2	Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	1624 – «Мед. осмотр несовершеннолет. предварительный ООУ (1 и 2 этапы)» (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=5}, {DISP_LEVEL=2} и {SCHOOL=2})
1 и 2	Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.	1625 – «Мед. осмотр несовершеннолет. предварительный ОУПО (1 и 2 этапы)» (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=5}, {DISP_LEVEL=2} и {SCHOOL=3})

Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате предварительного медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по предварительному медицинскому осмотру несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код из справочника special.dbf, соответствующий предварительному

		медицинскому осмотру несовершеннолетнего (в настоящее время коды 1620-1625)
TARIF	По АПМП заполняется в соответствии с правилами финансирования: а) для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании: - не заполняется при проведении предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего, прикрепленного к медицинской организации, проводившей предварительный медицинский осмотр; - заполняется тарифом для взаиморасчетов при проведении предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего, прикрепленного к иным медицинским организациям. б) для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании – базовый тариф за посещения с профилактической целью. По стоматологической помощи - базовый тариф за УЕТ.	Не заполняется
DATE_TAR	Заполняется при наличии тарифа.	Не заполняется
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
UET	Заполняется в записях по осмотрам детским стоматологом	Не заполняется
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 37-41 из справочника V009.DBF (Код 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра.	Не заполняется
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код из справочника special.dbf, соответствующий предварительному медицинскому осмотру несовершеннолетнего (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1620}.	

Во всех записях по предварительному медицинскому осмотру в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра педиатром.

#### Раздел 4. Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних.

1. Периодический медицинский осмотр несовершеннолетнего может быть проведен медицинской организацией любой организационно-правовой формы собственности.



2. Для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оплата периодических медицинских осмотров производится в рамках подушевого финансирования. Для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оплата производится по тарифам за посещения с профилактической целью.

3. Периодический медицинский осмотр несовершеннолетнего проводит педиатр (код 1417) или педиатр участковый (код 117) (далее – педиатр) в должности врача. При этом возможен только один осмотр у специалиста.

4. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие код результата обращения (справочник V009.DBF) 42 «Проведен периодический медицинский осмотр несовершеннолетнему».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующий код из справочника V017: 7 «Проведен периодический медицинский осмотр несовершеннолетнему».

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

6. Периодический медицинский осмотр подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает осмотр педиатром. При этом подаются отдельными записями посещение к педиатру и итоговая запись по периодическому медицинскому осмотру несовершеннолетнего.

Для итоговой записи по периодическому медицинскому осмотру несовершеннолетнего поле COD\_SPEC заполняется в зависимости от типа образовательного учреждения, при обучении в котором он проводится.

В настоящее время используются:

Типы образовательных учреждений	COD_SPEC из справочника SPECIAL.DBF
Дошкольные образовательные учреждения	1626 – «Мед. осмотр несовершеннолет. периодический ДОУ» (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=6}, {DISP_LEVEL=1} и {SCHOOL=1})
Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	1627 – «Мед. осмотр несовершеннолет. периодический ООУ» (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=6}, {DISP_LEVEL=1} и {SCHOOL=2})
Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.	1628 – «Мед. осмотр несовершеннолет. периодический ОУПО» (в поле PARAM_EX содержатся элементы {DISP_TYP=6}, {DISP_LEVEL=1} и {SCHOOL=3})

В обеих записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате периодического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для итоговой записи по периодическому медицинскому осмотру несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код из справочника special.dbf, соответствующий периодическому медицинскому осмотру несовершеннолетних (в настоящее время коды 1626 – 1628)
TARIF	Заполняется в соответствии с правилами финансирования: а) для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании: - не заполняется при проведении периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего, прикрепленного к медицинской организации, проводившей периодический медицинский осмотр; - заполняется тарифом для взаиморасчетов при проведении периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего, прикрепленного к иным медицинским организациям. б) для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании – базовый тариф за посещения с профилактической целью	Не заполняется
DATE_TAR	Заполняется при наличии тарифа	Не заполняется
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 42 из справочника V009.DBF (Код 7 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код из справочника special.dbf, соответствующий периодическому медицинскому осмотру несовершеннолетних (COD_SPEC итоговой записи). Например, {cs=1626}.	Не заполняется