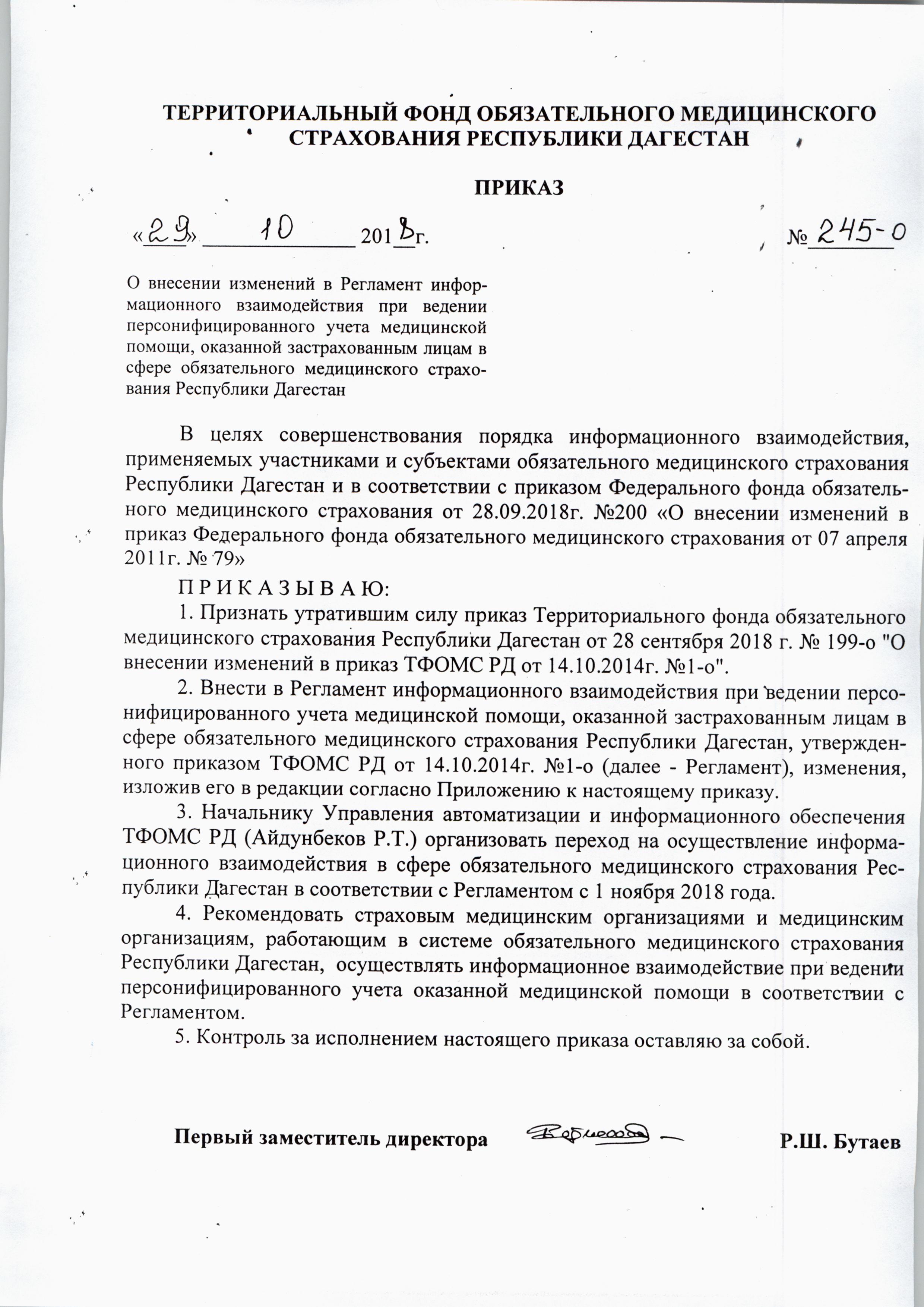
****

Приложение

к Приказу ТФОМС РД

от «25» 09.2018г. №99

в редакции Приказа ТФОМС

РД от «14».01.2014г. 1-о

Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования Республики Дагестан

Настоящий Регламент разработан в соответствии с:

Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда ОМС от 07.04.2011г. №79 с последующими изменениями (далее – Общие принципы);

Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011г. №158н (с последующими изменениями);

Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 25.01.2011года № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;

Концепцией создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденной приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.04.2011 года № 364;

Приказом ФФОМС от 01.12.2011 №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

Методическими указаниями ФФОМС от 30.12.2011 года по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования.

**Принятые сокращения и определения:**

Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом №326 " Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

полис ОМС – Полис обязательного медицинского страхования– документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи:

полис ОМС единого образца – полис ОМС, оформленный и выданный в соответствии с действующим Законом об ОМС;

полис ОМС старого образца – полис ОМС, выданный до вступления в силу действующего Закона об ОМС, а также в переходный период до 30 апреля 2011 года включительно. Полисы старого образца действительны до замены их полисами единого образца (ст. 51, ч. 2).

временное свидетельство– документ, подтверждающий оформление полиса обязательного медицинского страхования;

ЕРЗ – Единый регистр застрахованных лиц;

ЦС ЕРЗ – Центральный сегмент ЕРЗ – часть ЕРЗ, ведение которой отнесена к исключительной компетенции Федерального фонда ОМС;

РС ЕРЗ - Региональный сегмент ЕРЗ – часть ЕРЗ, ответственность за ведение которой возложена на соответствующий ТФОМС.

ЕНП – Единый номер полиса ОМС– номер полиса обязательного медицинского страхования, рассчитанный в соответствии с правилами формирования номера страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования.

ДПФС – Документ, подтверждающий факт страхования по ОМС;

***ТФОМС РД*** – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

Территория страхования – субъект Российской Федерации, в котором застрахованное лицо состоит на учёте в выбранной страховой медицинской организации;

Страховая принадлежность застрахованного лица, состояние на учёте – совокупность следующих данных о факте страховании ЗЛ в системе ОМС:

* сведения о СМО, в которой застрахованное лицо состоит на учёте,
* территория страхования.

***ОМС*** - обязательное медицинское страхование;

***СМО*** – страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в системе ОМС на территории Республики Дагестан;

***МО*** – медицинская организация, осуществляющая деятельность в системе ОМС на территории Республики Дагестан;

***МП*** – медицинская помощь;

***Общие принципы*** – "Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования", утвержденные приказом Федерального фонда ОМС от 7 апреля 2011 г. №79 с последующими изменениями;

***МЭК*** – медико-экономический контроль;

***МЭЭ*** – медико-экономическая экспертиза;

***ЭКМП*** – экспертиза качества медицинской помощи.

***ФЛК*** – автоматизированный форматно-логический контроль.

**1. Взаимодействие участников информационного обмена**

В информационном обмене при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, осуществляются следующие взаимодействия:

1. **Информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования Республики Дагестан.**

| № | Взаимодействие | Отпра-  витель | Полу-  чатель | Формат обмена |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Медицинская организация представляет сведения об оказанной медицинской помощи | МО | ТФОМС | Приложение 1  Таблица 1.1.  Файлы типа HM |
| 2 | Территориальный фонд проводит ФЛК реестров-счетов, по завершении работ, в случае наличия ошибок ФЛК формирует протокол с ошибками и направляет в МО, в случае соответствия по структуре и составу определяет страховую принадлежность, осуществляет разбивку массивов по страховым медицинским организациям согласно принадлежности, а также выделяет медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным за пределами РД, и передаёт эту информацию в страховые медицинские организации и в отдел по межтерриториальным взаиморасчетам ТФОМС РД в день принятия файлов от МО. | ТФОМС | СМО | Приложение 2  Таблица 2.1.  Файлы типа HT и LT |
| 3 | Страховая медицинская организация проводит медико-экономический контроль и сверку соответствия полученного файла реестров-счетов от ТФОМС с комплектом документов полученных от МО, а также контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и отправляет результаты в территориальный фонд ОМС и в медицинскую организацию. | СМО | ТФОМС, МО | Приложение 2  Файлы типа E, FS |
| 4 | Медицинская организация представляет счета и реестры счетов оказанной медицинской помощи на бумажных носителях в соответствующие страховые медицинские организации и в отдел межтерриториальных взаиморасчетов ТФОМС РД в сроки, не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным месяцем. | МО | СМО | Приложение №4 |
| 5 | Территориальный фонд проводит контроль деятельности страховых медицинских организаций и направляет результаты в медицинские и страховые медицинские организации. | ТФОМС | МО, СМО |  |
| 6 | Территориальный фонд проводит контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на других территориях, и отправляет результаты в медицинские организации. | ТФОМС | МО |
| 7 | Территориальный фонд формирует счета и реестры счетов на медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным на других территориях, и направляет их в ТФОМС по месту страхования в порядке, установленном приложением Е Общих принципов. | ТФОМС1 | ТФОМС2 | Приложение Е Общих принципов. |

**2. Действия участников**

Организация-получатель производит форматно-логический контроль целостности данных в файлах, представленных в пакете информационного обмена. При наличии ошибок формирует протокол ФЛК и направляет его организации-отправителю. Организация-отправитель устраняет их и повторяет процедуру информационного обмена.

При отсутствии ошибок ФЛК файл протокола не формируется.

ТФОМС РД ведет сводный реестр счетов оказанной медицинской помощи. Электронный реестр счетов по каждой МО в СМО поступает из информационной системы Фонда в день приема реестра от МО. По результатам приема реестров счетов Фонд и СМО проводят сверку переданных и полученных данных в соответствии с приказом ТФОМС РД от 21.10.2011г. №136-о.

Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи СМО представляют в Фонд в ежедневном режиме по мере готовности электронных файлов, но не реже 1 раза в месяц к 10 числу по случаям предыдущего отчетного периода (одновременно с МЭК текущего отчетного периода).

**3. Способ передачи и приема объектов**

Информационный обмен осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая сеть «Интернет», с использованием средств криптографической защиты информации и электронной подписи в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в сфере защиты информации и персональных данных гражданина.

Подтверждение приема/передачи сведений обеспечивается средствами программного обеспечения, используемого участниками обмена для приема/передачи данных. При использовании ViPNet Клиент Деловая почта, входящей в состав ПАК защиты информации «ViPNet», - в соответствии с «Руководством пользователя ViPNet Кли­ент Деловая почта».

Участники информационного обмена заключают соглашение об информационном взаимодействии в электронном виде, включающем в себя Порядок организации межведомственного информационного взаимодействия и протокол установления межсетевого взаимодействия.

В случае отсутствия возможности обеспечения юридически значимого электронного документооборота, передаваемые документы должны подтверждаться на бумажных носителях.

В случае невозможности осуществления защищенного телекоммуникационного взаимодействия субъектов информационного обмена, передача-приемка данных производится в явочном порядке. При этом носители информации с данными должны соответствовать требованиям по защите от НСД согласно Федерального Закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных». Ответственность за соблюдение требований по защите персональных данных при этом лежит на главных врачах медицинских организаций.

**4. Ответственный по процессу**

Организация-источник отвечает за подготовку и передачу данных.

Организация-получатель отвечает за готовность программно-технологической среды, организацию приема данных, прием и контроль полученных данных по установленным правилам.

**5. Порядок информационного взаимодействия**

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

Имя файла формируется по следующему принципу:

HPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где

H – константа, обозначающая передаваемые данные:

H – файл со сведения об оказанной медицинской помощи;

L – файл с персональными данными;

P – файл с протоколом ФЛК;

E – файл с результатами МЭК, МЭЭ, ЭКМП;

M – файл со сведениями о прикреплении (откреплении) ЗЛ к МО.

Pi –Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

Pp –Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя архива совпадает с именем основного файла. При передаче сведений об оказанной медицинской помощи от МО в ТФОМС и от ТФОМС в СМО в архив помещаются два файла (типа H и типа L). Имя архива совпадает с именем файла со сведения об оказанной медицинской помощи (типа H).

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации -получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

* соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;
* возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;
* наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;
* отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК (типа P).

**6. Структура файлов обмена**

Описание структуры таблиц приведены в приложениях 1 – 2 к настоящему регламенту

При формировании файлов формата XMLнеобходимо учитывать следующие особенности.

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; |
| амперсант ("&") | &amp; |

В столбце «Обяз.» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:

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

Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе.

У – условно-обязательный реквизит.

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:

С – <текст>;

N – <число>;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

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

VC - <VARCHAR>или <MEMO>- тип данных используется для отображения текста длиною более 254 символов.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

**7. Нормативно-справочная информация**

При осуществлении информационного взаимодействия используются Региональные справочники согласно приложению №3 к настоящему регламенту, а также классификаторы, справочники и кодификаторы согласно Общим принципам.

Приложение №1

к Регламенту информационного

взаимодействия при осуществлении

персонифицированного учета

медицинской помощи

**Структура файлов информационного взаимодействия между МО и ТФОМС при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи**

**Таблица 1.1.Файл типа HM со сведениями об оказанной медицинской помощи (в формате XML)**

| **Код элемента** | | **Содержание элемента** | | **Обяз.** | | **Формат** | **Наименование** | | **Дополнительная информация** | **Соответствие Таблицы 10 п. 4.3.1.2 Общих принципов** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | | | | |  |
| ZL\_LIST | | ZGLV | | О | | S | Заголовок файла | | Информация о передаваемом файле |  |
|  | | SCHET | | О | | S | Счёт | | Информация о счёте |  |
|  | | ZAP | | ОМ | | S | Записи | | Записи о случаях оказания медицинской помощи |  |
| **Заголовок файла** | | | | | | | | | |  |
| ZGLV | | VERSION | | O | | С(5) | Версия взаимодействия | | Текущей редакции соответствует значение «3.1». |  |
|  | | DATA | | О | | D | Дата | | В формате ГГГГ-ММ-ДД |  |
|  | | FILENAME | | О | | С(26) | Имя файла | | Имя файла без расширения. |  |
| **Счёт** | | | | | | | | | |  |
| SCHET | | CODE | | О | | N(8) | Код записи счета | | Уникальный код (например, порядковый номер). |  |
|  | | CODE\_MO | | О | | С(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 | | О | | С(15) | Номер счёта | |  |  |
|  | | DSCHET | | О | | D | Дата выставления счёта | | В формате ГГГГ-ММ-ДД |  |
|  | | PLAT | | У | | С(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |  |
|  | | SUMMAV | | О | | N(15.2) | Сумма МО, выставленная на оплату | |  |  |
|  | | COMENTS | | У | | С(250) | Служебное поле к счету | |  |  |
|  | | 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. |  |
| **Записи** | | | | | | | | | |  |
| ZAP | | N\_ZAP | | О | | N(8) | Номер позиции записи | | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |  |
|  | | PR\_NOV | | О | | N(1) | Признак исправленной записи | | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;  1 – запись передается повторно после исправления. |  |
|  | | PACIENT | | О | | S | Сведения о пациенте | |  |  |
|  | | SLUCH | | ОМ | | S | Сведения о случае | |  |  |
|  | | VRACH | | OM | | S | Сведения врачах | |  |  |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | | | | |  |
| PACIENT | | ID\_PAC | | О | | С(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. | п.2 |
|  | | SPOLIS | | У | | С(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | |  | п.3 |
|  | | NPOLIS | | O | | С(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | Для полисов единого образца указывается ЕНП | п.4 |
|  | | FAM | | У | | С(40) | Фамилия пациента | | FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  В случае отсутствия кого-либо реквизита, в поле DOST включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. |  |
|  | | IM | | У | | С(40) | Имя пациента | |  |  |
|  | | OT | | У | | С(40) | Отчество пациента | |  |  |
|  | | W | | O | | N(1) | Пол пациента | | Заполняется в соответствии с классификатором V005 . |  |
|  | | DR | | O | | D | Дата рождения пациента | | Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4».  Если в документе, 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(1,0) | 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 кален-дарю.  Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |  |
|  | | FAM\_P | | У | | С(40) | Фамилияпредставителя пациента | | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.  Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля.  FAM\_P (фамилия представителя) и/или IM\_P (имя представителя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST\_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  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.  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 |  |
|  | | IM\_P | | У | | С(40) | Имя представителя пациента | |  |  |
|  | | OT\_P | | У | | С(40) | Отчество представителя пациента | |  |  |
|  | | W\_P | | У | | N(1) | Пол представителя пациента | |  |  |
|  | | DR\_P | | У | | D | Дата рожденияпредставителя пациента | |  |  |
|  | | DOST\_P | | УМ | | N(1,0) | 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 кален-  дарю.  Поле повторяется  столько раз, сколько  особых случаев имеет  место |  |
|  | | MR | | У | | С(100) | Место рождения пациента или представителя | | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |  |
|  | | DOCTYPE | | У | | С(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».  При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |  |
|  | | DOCSER | | У | | С(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |  |
|  | | DOCNUM | | У | | С(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |  |
|  | | SNILS | | У | | С(14) | СНИЛС | | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |  |
|  | | OKATOG | | У | | С(11) | Код места жительства по ОКАТО | | Заполняется при наличии сведений |  |
|  | | OKATOP | | У | | С(11) | Код места пребывания по ОКАТО | | Заполняется при наличии сведений |  |
|  | | ADRES[[1]](#footnote-2) | | О | | С(100) | Адрес фактического места жительства | | Не структированный. |  |
|  | | IDENT\_SP[[2]](#footnote-3) | | У | | С(100) | Результат проверки страховой принадлежности | | Формируется в информационной системе ТФОМС при передаче массивов в СМО. |  |
|  | | COMENTP | | У | | С(250) | Служебное поле | |  |  |
|  | | ST\_OKATO | | У | | С(5) | Регион страхования | | Указывается ОКАТО  территории выдачи  ДПФС для полисов  старого образца при  наличии данных. |  |
|  | | SMO | | У | | С(5) | Реестровый номер СМО. | | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |  |
|  | | SMO\_OGRN | | У | | С(15) | ОГРН СМО | | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |  |
|  | | SMO\_OK | | О | | С(5) | ОКАТО территории страхования | |  |  |
|  | | SMO\_NAM | | У | | С(100) | Наименование СМО | | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. |  |
|  | | INV | | У | | N(1) | Группа инвалидности | | 0 – нет инвалидности;  1 – 1 группа;  2 – 2 группа;  3 – 3 группа;  4 – дети-инвалиды.  Заполняется только при впервые установленной инвалидности(1-4) или в случае отказа в признании лица инвалидом (0). |  |
|  | | NOVOR | | О | | С(9) | Признак новорождённого | | 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 (до двух знаков). |  |
|  | | 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. |  |
| **Сведения о случае** | | | | | | | | | |  |
| SLUCH | | IDCASE | | O | | N(8) | Номер записи в реестре случаев | | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |  |
|  | | USL\_OK | | O | | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 )[[3]](#footnote-4). | п.6 |
|  | | VIDPOM | | O | | N(4) | Вид помощи | | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 | п.5 |
|  | | FOR\_POM | | О | | N(1,0) | Форма оказания МП | | Классификатор форм  оказания медицин-  ской помощи. Спра-  вочник V014 . |  |
|  | | DISP | | У | | С(3) | Тип диспансеризации. Обязательно для заполнения, если запись относится к диспансеризации. | | Классификатор типов диспансеризации V016 |  |
|  | | VID\_HMP | | У | | С(9) | Вид высокотехнологичной медицинской помощи. Обязательно к заполнению в случае оказания ВМП. | | Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 |  |
|  | | METOD\_HMP | | У | | N(3) | Метод высокотехнологичной медицинской помощи. Обязательно к заполнению в случае оказания ВМП. | | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 |  |
|  | | NPR\_MO | | У | | С(6) | Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию) | | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполнение обязательно в случаях оказания медицинской помощи кроме высокотехнологичной:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 2);  Для высокотехнологичной:  3. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  4. в условиях дневного стационара (USL\_OK = 2);  5. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "С") и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |  |
|  | | NPR\_DATE | | У | | D | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполнение обязательно в случаях оказания медицинской помощи кроме высокотехнологичной:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 2);  Для высокотехнологичной: |  |
|  | | LPU | | О | | С(6) | Код МО | | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |  |
|  | | LPU\_1 | | У | | С(6) | Подразделение МО | | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |  |
|  | | PODR | | У | | N(8) | Код отделения | | Для USL\_OK=1 и 2 отделение МО лечения, для USL\_OK=3 код ФАП(ФП) из региональных справочников |  |
|  | | NHISTORY | | O | | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи | |  |  |
|  | | PROFIL | | O | | N(3) | Профиль | | Классификатор V002. |  |
|  | | DATE\_1 | | O | | D | Дата начала лечения | |  | п.7 |
|  | | DATE\_2 | | O | | D | Дата окончания лечения | |  | п.8 |
|  | | DS0 | | Н | | С(10) | Диагноз первичный | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии |  |
|  | | DS1 | | O | | С(10) | Диагноз основной | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. (USL\_OK = 4). Недопускает следующие значения: 1. первый символ кода основного диагноза "C"; код основного диагноза D70 и сопутствующий диагноз C97 или входит в диапазон C00-C80 |  |
|  | | DS2 | | У | | С(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |  |
|  | | DS3 | | У | | С(10) | Диагноз осложнения заболевания | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |  |
|  | | C\_ZAB | | У | | N(1) | Характер основного заболевания | | Классификатор характера заболевания V027. Приложение А. Обязательно к заполнению, если USL\_OK не равен 4 или основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z |  |
|  | | VNOV\_M | | У | | N(4) | Вес при рождении | | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |  |
|  | | CODE\_MES1 | | У | | С(16) | Код МЭС | | Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта. |  |
|  | | CODE\_MES2 | | У | | С(16) | Код МЭС сопутствующего заболевания | |  |
|  | | RSLT | | О | | N(3) | Результат обращения/ госпитализации | | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение V009). |  |
|  | | RSLT\_D | | У | | N(1) | Результат диспансеризации. Обязательно для заполнения, если запись относится к диспансеризации | | Классификатор результатов диспансеризации V017 |  |
|  | | MSE | | У | | N(1) | Направление на МСЭ | | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. |  |
|  | | ISHOD | | O | | N(3) | Исход заболевания | | Классификатор исходов заболевания (Приложение V012). |  |
|  | | PRVS | | O | | N(9) | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон | | Классификатор медицинских специальностей (Приложение V004или V015). Указывается значение параметра «Code» |  |
|  | | VERS\_SPEC | | У | | С(4) | Код классификаторамедицинских специальностей | | Указывается код используемого справочника медицинских специальностей. Отсутствие поля обозначает использование справочника V004 |  |
|  | | IDDOKT | | O | | С(25) | Код врача, закрывшего талон/историю болезни | | Территориальный справочник |  |
|  | | DS2\_PR | | У | | N(1) | Установлен впервые (сопутствующий) | | Обязательно указывается «1», если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра |  |
|  | | PR\_DS2\_N | | У | | N(1) | Диспансерное наблюдение | | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания:  1 - состоит,  2 – взят. |  |
|  | | OS\_SLUCH | | У | | 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. |  |
|  | | VBR | | У | | N(1) | Признак внутрибольничного перевода | | Указывается«1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. |  |
|  | | NAZ\_N | | О | | N(2) | Номер по порядку | |  |  |
|  | | NAZ\_R | | О | | N(2) | Вид назначения | | Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II.  1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления;  2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию;  3 – направлен на обследование;  4 – направлен в дневной стационар;  5 – направлен на госпитализацию;  6 – направлен в реабилитационное отделение. |  |
|  | | NAZ\_SP | | У | | N(4) | Специальность врача | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 1 или 2.  Классификатор V021. |  |
|  | | NAZ\_V | | У | | N(1) | Вид обследования | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 3.  1 – лабораторная диагностика;  2 – инструментальная диагностика;  3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих;  4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография) |  |
|  | | NAZ\_PMP | | У | | N(3) | Профиль медицинской помощи | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 4 или 5.  Классификатор V002. |  |
|  | | NAZ\_PK | | У | | N(3) | Профиль койки | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 6.  Классификатор V020. |  |
|  | | IDSP | | О | | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |  |
|  | | ED\_COL | | У | | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи | |  |  |
|  | | TARIF | | У | | N(15.2) | Тариф | | Тариф с учетом всех примененных коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом - стоимость расчитывается в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.  Обязательно к заполнению при DS\_ONK=0 и установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "C"; код основного диагноза D70 и сопутствующий диагноз C97 или входит в диапазон C00-C80) |  |
|  | | SUMV | | O | | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | |  |  |
|  | | OPLATA | | У | | N(1) | Тип оплаты | | Оплата случая оказания медпомощи:  0- не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ;  3 – частичный отказ. |  |
|  | | SUMP | | У | | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | | Заполняется СМО (ТФОМС). |  |
|  | | SANK\_IT | | У | | N(15.2) | Сумма санкций по случаю | | Равна сумме описанных в элементе SANK. |  |
|  | | SANK | | УМ | | S | Сведения о санкциях | |  |  |
|  | | USL | | УМ | | S | Сведения об услуге | | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая |  |
|  | | COMENTSL | | У | | С(250) | Служебное поле | |  |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | | | | |  |
| SANK | | S\_CODE | | О | | С(36) | Идентификатор санкции | | Уникален в пределах случая. |  |
|  | | S\_SUM | | О | | N(15.2) | Финансовая санкция | |  |  |
|  | | S\_TIP | | О | | N(1) | Тип санкции | | 1 – МЭК,  2 – МЭЭ,  3 – ЭКМП. |  |
|  | | S\_OSN | | О | | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи. |  |
|  | | S\_COM | | У | | С(250) | Комментарий | | Комментарий к санкции. |  |
|  | | S\_IST | | О | | N(1) | Источник | | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |  |
|  | | DATE\_ACT | | O | | D | Дата акта МЭК, МЭЭ, ЭКМП | |  |  |
|  | | NUM\_ACT | | O | | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ, ЭКМП | |  |  |
|  | | CODE\_EXP | | У | | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |  |
|  | | S\_COM | | У | | T(250) | Комментарий | | Комментарий к санкции |  |
|  | | S\_IST | | О | | N(1) | Источник | | 1- СМО/ТФОМС к МО |  |
| **Сведения об услуге** | | | | | | | | | |  |
| USL | | IDSERV | | O | | С(36) | Номер записи в реестре услуг | |  |  |
|  | | LPU | | O | | С(6) | Код МО | | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |  |
|  | | LPU\_1 | | У | | С(6) | Подразделение МО | | Подразделение МО лечения из регионального справочника |  |
|  | | PODR | | У | | N(8) | Код отделения | | Для USL\_OK=1 и 2 отделение МО лечения, для USL\_OK=3 код ФАП (ФП) из региональных справочников |  |
|  | | P\_CEL | | У | | Т(3) | Цель посещения | | Классификатор целей посещения V025 Приложения А.  Обязательно к заполнению только для амбулаторных условий. |  |
|  | | DS\_ONK | | О | | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | | Указывается 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявления подозрения на злокачественное новообразование. |  |
|  | | DN | | У | | N(1) | Диспансерное наблюдение | | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния):  1 - состоит,  2 - взят,  4 - снят по причине выздоровления,  6- снят по другим причинам.  Обязательно для заполнения, если P\_CEL=1.3 |  |
|  | | PROFIL | | O | | N(3) | Профиль | | Классификатор V002. |  |
|  | | PROFIL\_K | | У | | N(3) | Профиль койки | | Классификатор V020 Приложения А.  Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара. |  |
|  | | DET | | О | | N(1) | Признак детского профиля | | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |  |
|  | | DATE\_IN | | O | | D | Дата начала оказания услуги | |  |  |
|  | | DATE\_OUT | | O | | D | Дата окончания оказания услуги | |  |  |
|  | | DS | | O | | С(10) | Диагноз | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |  |
|  | | CODE\_USL | | O | | С(20) | Код услуги | | Территориальный классификаторуслуг. |  |
|  | | ED\_COL | | O | | N(5,2) | Количество койко-дней | |  |  |
|  | | KOEF\_K | | У | | N(4,2) | Коэффициент сложности курации пациента | | Обязательно для заполнения для стационарной МП. Принимает значение от 1.0 до 1.3. Устанавливает врач (с оформлением протокола). Для поликлиник всегда имеет значение 1. |  |
|  | | POUH[[4]](#footnote-5) | | O | | N(1,0) | Признак госпитализации пациента с ухаживающим лицом | | 0 – Нет;  1 – Да.  Для поликлиник всегда имеет значение 0. |  |
|  | | ZAK[[5]](#footnote-6) | | O | | N(1.0) | Признак законченности случая  0 – Нет;  1 – Да. | | Только для стационарной МП |  |
|  | | KOL\_USL | | O | | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) | |  |  |
|  | | TARIF | | O | | N(15.2) | Тариф | |  |  |
|  | | SUMV\_USL | | O | | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | |  |  |
|  | | P\_PER | | У | | N(1) | Признак поступления/ перевода | | Обязательно для дневного и круглосуточного стационара.  1 – Самостоятельно  2 – СМП  3 – Перевод из другой МО  4 – Перевод внутри МО с другого профиля |  |
|  | | PRVS | | O | | N(9) | Специальность медработника, выполнившего услугу | | Применяется классификатор, используемый при формировании аналогичного поля в сегменте SLUCH |  |
|  | | CODE\_MD | | O | | С(16) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | | В соответствии с территориальным справочником |  |
|  | | COMENTU | | У | | С(250) | Служебное поле | |  |  |
|  | | DIR2 | | O | | N(1.0) | Статус направления на 2- этап диспансеризации | |  |  |
|  | | GR\_ZDOROV | | O | | N(1.0) | Группа здоровья по результатам проведения диспансеризации | |  |  |
|  | | STUDENT | | O | | N(1.0) | Статус является ли пациент учащимся очной формы обучения | |  |  |
|  | | NAPR | | УM | | S | Направления | | Заполняется в случае оформления направления:  1. при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1);  2. при установленном основном диагнозе ЗНО (первый символ значения DS1 - «С») и нейтропении (DS1=D70 и значение DS2 в диапазоне C00-C80 или C97) |  |
|  | | ONK\_SL | | У | | S | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода диагноза по МКБ-10 - «С») и нейтропении (код диагноза по МКБ-10 D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97), если USL\_OK<>4 или (элемент DS\_ONK или элемент REAB отсутствует).  Не подлежит заполнению при P\_CEL=1.3 |  |
|  | | HRRGD | | УМ | | S | Сведения о медицинских вмешательствах | | |  |
| HRRGD | | DATE\_O | | О | | D | Дата медицинского вмешательства | | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001) |  |
|  | | HKOD | | О | | C(25) | Код номенклатуры медицинского вмешательства | |  |  |
|  | | NAME\_O | | О | | C(254) | Наименование номенклатуры медицинского вмешательства | |  |  |
|  | | PRICE | | Н | | N(15.2) | Стоимость медицинского вмешательства (только для услуг стационарного гемодиализа) | |  |  |
| Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | | | | | | | |  |
| ONK\_SL | | DS1\_T | | О | | N(1) | Повод обращения | | Заполняется значениями:  0 - первичное лечение;  1 – рецидив;  2 - прогрессирование |  |
|  | | STAD | | О | | N(3) | Стадия заболевания | | Заполняется в соответствии со справочником N002 Приложения А |  |
|  | | ONK\_T | | О | | N(3) | Значение Tumor | | Заполняется в соответствии со справочником N003 Приложения А |  |
|  | | ONK\_N | | О | | N(3) | Значение Nodus | | Заполняется в соответствии со справочником N004 Приложения А |  |
|  | | ONK\_M | | О | | N(3) | Значение Metastasis | | Заполняется в соответствии со справочником N005 Приложения А |  |
|  | | MTSTZ | | У | | N(1) | Признак выявления отдалённых метастазов | | Подлежит заполнению значением 1 при выявлении отдалённых метастазов только при DS1\_T=1 или DS1\_T=2 |  |
|  | | B\_DIAG | | УМ | | S | Диагностический блок | | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах |  |
|  | | B\_PROT | | УМ | | S | Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения |  |
|  | | ONK\_USL | | ОМ | | S | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | |  |  |
|  | | SOD | | У | | N(3.2) | Суммарная очаговая доза | | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4) |  |
|  | | PR\_CONS | | У | | N(1) | Цель проведении консилиума | | Обязателен к заполнению из классификатора N019 при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "C"; код основного диагноза D70 и сопутствующий диагноз C97 или входит в диапазон C00-C80). При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит |  |
|  | | DT\_CONS | | У | | D | Дата проведения консилиума | | Обязательно к заполнению при заполненном PR\_CONS не равен 0 |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| Направления | | | | | | | | | |  |
| NAPR | | NAPR\_DATE | | O | | D | Дата направления | |  |  |
|  | | NAPR\_MO | | У | | T(6) | Код МО, куда оформлено направление | | Обязателен к заполнению в случаях оформления направления в другую МО.  Код МО - юридического лица, Заполняется в соответствии со справочником F003 |  |
|  | | NAPR\_V | | O | | N(2) | Вид направления | | Классификатор видов направлений V028 |  |
|  | | MET\_ISSL | | У | | N(1) | Метод диагностического исследования | | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 |  |
|  | | NAPR\_USL | | У | | Т(15) | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL |  |
| Диагностический блок | | | | | | | | | |  |
| B\_DIAG | | DIAG\_DATE | | У | | D | Дата взятия материала | | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. Обязательно к заполнению только при отсутствии DIAG\_TIP |  |
|  | | DIAG\_TIP | | У | | N(1) | Тип диагностического показателя | | При отсутствии DIAG\_DATE обязательно к заполнению значениями:  1 – гистологический признак;  2 – маркёр (ИГХ)  При наличии DIAG\_DATE заполнению не подлежит |  |
|  | | DIAG\_CODE | | У | | N(3) | Код диагностического показателя | | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007. При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 Приложения А. |  |
|  | | DIAG\_RSLT | | У | | N(3) | Код результата диагностики | | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011. При наличии DIAG\_DATE заполнению не подлежит |  |
|  | | REC\_RSLT | | У | | N(1) | Признак получения результата диагностики | | Заполняется значением "1" в случае получения результата диагностики |  |
| Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | | | | | | | | |  |
| B\_PROT | | PROT | | О | | N(1) | Код противопоказания или отказа | | Заполняется в соответствии со справочником N001. |  |
|  | | D\_PROT | | О | | D | Дата регистрации противопоказания или отказа | |  |  |
| Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | | | | | | | | | | |
| ONK\_USL | | USL\_TIP | | О | | N(1) | Тип услуги | | Заполняется в соответствии со справочником N013 |  |
|  | | HIR\_TIP | | У | | N(1) | Тип хирургического лечения | | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1. |  |
|  | | LEK\_TIP\_L | | У | | N(1) | Линия лекарственной терапии | | При USL\_TIP=2 заполняется при лекарственной терапии в соответствии со справочником N015. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |  |
|  | | LEK\_TIP\_V | | У | | N(1) | Цикл лекарственной терапии | | При USL\_TIP=2 заполняется при лекарственной терапии в соответствии со справочником N016. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |  |
|  | | LEK\_PR | | УМ | | S | Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4 |  |
|  | | LUCH\_TIP | | У | | N(1) | Тип лучевой терапии | | Заполняется при лучевой или химиолучевой терапии в соответствии со справочником N017 Приложения А.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP=1. |  |
| Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | | | | | | | | | |
| LEK\_PR | | REGNUM | | О | | T(40) | Регистрационный номер лекарственного препарата | | Заполняется в соответствии с Государственным реестром лекарственных средств V011 |  |
|  | | DATE\_INJ | | О | | D | Дата введенного лекарственного препарата | |  |  |
| **Сведения об врачах** | | | | | | | | | |  |
| **VRACH** | **KOD** | | **O** | | **C(4)** | | | **Код врача** | **Указывается их справочника врачей МО** |  |
|  | **FIO** | | **O** | | **C(60)** | | | **Ф.И.О. врача** |  |  |
|  | **LPU\_1** | | **O** | | **C(6)** | | | Подразделение МО |  |  |
|  | **IDMSP** | | **O** | | **N(9)** | | | Код специальности врача | **Справочник V021** |  |

Приложение №2

к Регламенту информационного

взаимодействия при осуществлении

персонифицированного учета

медицинской помощи

**Структура файлов информационного взаимодействия между СМО и ТФОМС при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи**

**Таблица 2.1.Файл типа HT со сведениями об оказанной медицинской помощи (в формате XML)**

| **Код элемента** | | **Содержание элемента** | | **Обяз.** | | **Формат** | **Наименование** | | | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | | | | | |
| ZL\_LIST | | ZGLV | | О | | S | Заголовок файла | | | Информация о передаваемом файле |
|  | | SCHET | | О | | S | Счёт | | | Информация о счёте |
|  | | ZAP | | ОМ | | S | Записи | | | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | | | | | | |
| ZGLV | | VERSION | | O | | С(5) | Версия взаимодействия | | | Текущей редакции соответствует значение «3.1». |
|  | | DATA | | О | | D | Дата | | | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | | FILENAME | | О | | С(26) | Имя файла | | | Имя файла без расширения. |
| **Счёт** | | | | | | | | | | |
| SCHET | | CODE | | О | | N(8) | Код записи счета | | | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | | CODE\_MO | | О | | С(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 | | О | | С(15) | Номер счёта | | |  |
|  | | DSCHET | | О | | D | Дата выставления счёта | | | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | | PLAT | | У | | С(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | | | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | | SUMMAV | | О | | N(15.2) | Сумма МО, выставленная на оплату | | |  |
|  | | COMENTS | | У | | С(250) | Служебное поле к счету | | |  |
|  | | 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. |
| **Записи** | | | | | | | | | | |
| ZAP | | N\_ZAP | | О | | N(8) | Номер позиции записи | | | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | | PR\_NOV | | О | | N(1) | Признак исправленной записи | | | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;  1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | | PACIENT | | О | | S | Сведения о пациенте | | |  |
|  | | SLUCH | | ОМ | | S | Сведения о случае | | |  |
|  | | VRACH | | OM | | S | Сведения врачах | | |  |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | | | | | |
| PACIENT | | ID\_PAC | | О | | С(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 | | С(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | |  |
|  | | NPOLIS | | O | | С(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | | ST\_OKATO | | У | | С(5) | Регион страхования | | | Указывается ОКАТО  территории выдачи  ДПФС для полисов  старого образца при  наличии данных. |
|  | | SMO | | У | | С(5) | Реестровый номер СМО. | | | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | | SMO\_OGRN | | У | | С(15) | ОГРН СМО | | | Заполняются при невозможности указатьреестровый номер СМО. |
|  | | SMO\_OK | | О | | С(5) | ОКАТО территории страхования | | |  |
|  | | SMO\_NAM | | У | | С(100) | Наименование СМО | | | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. |
|  | | INV | | У | | N(1) | Группа инвалидности | | | 0 – нет инвалидности;  1 – 1 группа;  2 – 2 группа;  3 – 3 группа;  4 – дети-инвалиды.  Заполняется только при впервые установленной инвалидности(1-4) или в случае отказа в признании лица инвалидом (0). |
|  | | NOVOR | | О | | С(9) | Признак новорождённого | | | 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 (до двух знаков). |
|  | | 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. |
| **Сведения о случае** | | | | | | | | | | |
| SLUCH | | IDCASE | | O | | N(8) | Номер записи в реестре случаев | | | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | | USL\_OK | | O | | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | | | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 )[[6]](#footnote-7). |
|  | | VIDPOM | | O | | N(4) | Вид помощи | | | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 |
|  | | FOR\_POM | | О | | N(1,0) | Форма оказания МП | | | Классификатор форм  оказания медицин-  ской помощи. Спра-  вочник V014 . |
|  | | DISP | | У | | С(3) | Тип диспансеризации. Обязательно для заполнения, если запись относится к диспансеризации. | | | Классификатор типов диспансеризации V016 |
|  | | VID\_HMP | | У | | С(9) | Вид высокотехнологичной медицинской помощи. Обязательно к заполнению в случае оказания ВМП. | | | Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 |
|  | | METOD\_HMP | | У | | N(3) | Метод высокотехнологичной медицинской помощи. Обязательно к заполнению в случае оказания ВМП. | | | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 |
|  | | NPR\_MO | | У | | С(6) | Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию) | | | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполнение обязательно в случаях оказания медицинской помощи кроме высокотехнологичной:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 2);  Для высокотехнологичной:  3. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  4. в условиях дневного стационара (USL\_OK = 2);  5. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "С") и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  | | NPR\_DATE | | У | | D | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполнение обязательно в случаях оказания медицинской помощи кроме высокотехнологичной:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 2);  Для высокотехнологичной: |
|  | | LPU | | О | | С(6) | Код МО | | | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | | LPU\_1 | | У | | С(6) | Подразделение МО | | | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | | PODR | | У | | N(8) | Код отделения | | | Для USL\_OK=1 и 2 отделение МО лечения, для USL\_OK=3 код ФАП(ФП) из региональных справочников |
|  | | NHISTORY | | O | | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи | | |  |
|  | | PROFIL | | O | | N(3) | Профиль | | | Классификатор V002. |
|  | | DATE\_1 | | O | | D | Дата начала лечения | | |  |
|  | | DATE\_2 | | O | | D | Дата окончания лечения | | |  |
|  | | DS0 | | Н | | С(10) | Диагноз первичный | | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии |
|  | | DS1 | | O | | С(10) | Диагноз основной | | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. (USL\_OK = 4). Недопускает следующие значения: 1. первый символ кода основного диагноза "C"; код основного диагноза D70 и сопутствующий диагноз C97 или входит в диапазон C00-C80 |
|  | | DS2 | | У | | С(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | | DS3 | | У | | С(10) | Диагноз осложнения заболевания | | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | | C\_ZAB | | У | | N(1) | Характер основного заболевания | | | Классификатор характера заболевания V027. Приложение А. Обязательно к заполнению, если USL\_OK не равен 4 или основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z |
|  | | VNOV\_M | | У | | N(4) | Вес при рождении | | | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | | CODE\_MES1 | | У | | С(16) | Код МЭС | | | Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | | CODE\_MES2 | | У | | С(16) | Код МЭС сопутствующего заболевания | | |
|  | | RSLT | | О | | N(3) | Результат обращения/ госпитализации | | | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение V009). |
|  | | RSLT\_D | | У | | N(1) | Результат диспансеризации. Обязательно для заполнения, если запись относится к диспансеризации | | | Классификатор результатов диспансеризации V017 |
|  | | MSE | | У | | N(1) | Направление на МСЭ | | | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. |
|  | | ISHOD | | O | | N(3) | Исход заболевания | | | Классификатор исходов заболевания (Приложение V012). |
|  | | PRVS | | O | | N(9) | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон | | | Классификатор медицинских специальностей (Приложение V004или V015). Указывается значение параметра «Code» |
|  | | VERS\_SPEC | | У | | С(4) | Код классификаторамедицинских специальностей | | | Указывается код используемого справочника медицинских специальностей. Отсутствие поля обозначает использование справочника V004 |
|  | | IDDOKT | | O | | С(25) | Код врача, закрывшего талон/историю болезни | | | Территориальный справочник |
|  | | OS\_SLUCH | | У | | 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. |
|  | | VBR | | У | | N(1) | Признак внутрибольничного перевода | | | Указывается«1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. |
|  | | NAZ\_N | | О | | N(2) | Номер по порядку | | |  |
|  | | NAZ\_R | | О | | N(2) | Вид назначения | | | Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II.  1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления;  2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию;  3 – направлен на обследование;  4 – направлен в дневной стационар;  5 – направлен на госпитализацию;  6 – направлен в реабилитационное отделение. |
|  | | NAZ\_SP | | У | | N(4) | Специальность врача | | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 1 или 2.  Классификатор V021. |
|  | | NAZ\_V | | У | | N(1) | Вид обследования | | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 3.  1 – лабораторная диагностика;  2 – инструментальная диагностика;  3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих;  4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография) |
|  | | NAZ\_PMP | | У | | N(3) | Профиль медицинской помощи | | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 4 или 5.  Классификатор V002. |
|  | | NAZ\_PK | | У | | N(3) | Профиль койки | | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 6.  Классификатор V020. |
|  | | IDSP | | О | | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | | | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | | ED\_COL | | У | | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи | | |  |
|  | | TARIF | | Н | | N(15.2) | Тариф | | | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "C"; код основного диагноза D70 и сопутствующий диагноз C97 или входит в диапазон C00-C80) |
|  | | SUMV | | O | | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | | |  |
|  | | OPLATA | | У | | N(1) | Тип оплаты | | | Оплата случая оказания медпомощи:  0- не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ;  3 – частичный отказ. |
|  | | SUMP | | У | | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | | | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | | SANK\_IT | | У | | N(15.2) | Сумма санкций по случаю | | | Равна сумме описанных в элементе SANK. |
|  | | SANK | | УМ | | S | Сведения о санкциях | | |  |
|  | | USL | | УМ | | S | Сведения об услуге | | | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая |
|  | | COMENTSL | | У | | С(250) | Служебное поле | | |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | | | | | |
| SANK | | S\_CODE | | О | | С(36) | Идентификатор санкции | | | Уникален в пределах случая. |
|  | | S\_SUM | | О | | N(15.2) | Финансовая санкция | | |  |
|  | | S\_TIP | | О | | N(1) | Тип санкции | | | 1 – МЭК,  2 – МЭЭ,  3 – ЭКМП. |
|  | | S\_OSN | | О | | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | | | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи. |
|  | | S\_COM | | У | | С(250) | Комментарий | | | Комментарий к санкции. |
|  | | S\_IST | | О | | N(1) | Источник | | | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |
|  | | DATE\_ACT | | O | | D | Дата акта МЭК, МЭЭ, ЭКМП | | |  |
|  | | NUM\_ACT | | O | | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ, ЭКМП | | |  |
|  | | CODE\_EXP | | У | | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | | | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | | S\_COM | | У | | T(250) | Комментарий | | | Комментарий к санкции |
|  | | S\_IST | | О | | N(1) | Источник | | | 1- СМО/ТФОМС к МО |
| **Сведения об услуге** | | | | | | | | | | |
| USL | | IDSERV | | O | | С(36) | Номер записи в реестре услуг | | |  |
|  | | LPU | | O | | С(6) | Код МО | | | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | | LPU\_1 | | У | | С(6) | Подразделение МО | | | Подразделение МО лечения из регионального справочника |
|  | | PODR | | У | | N(8) | Код отделения | | | Для USL\_OK=1 и 2 отделение МО лечения, для USL\_OK=3 код ФАП(ФП) из региональных справочников |
|  | | P\_CEL | | У | | Т(3) | Цель посещения | | | Классификатор целей посещения V025 Приложения А.  Обязательно к заполнению только для амбулаторных условий. |
|  | | DS\_ONK | | О | | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | | | Указывается 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявления подозрения на злокачественное новообразование. |
|  | | DN | | У | | N(1) | Диспансерное наблюдение | | | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния):  1 - состоит,  2 - взят,  4 - снят по причине выздоровления,  6- снят по другим причинам.  Обязательно для заполнения, если P\_CEL=1.3 |
|  | | PROFIL | | O | | N(3) | Профиль | | | Классификатор V002. |
|  | | PROFIL\_K | | У | | N(3) | Профиль койки | | | Классификатор V020 Приложения А.  Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара. |
|  | | DET | | О | | N(1) | Признак детского профиля | | | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | | DATE\_IN | | O | | D | Дата начала оказания услуги | | |  |
|  | | DATE\_OUT | | O | | D | Дата окончания оказания услуги | | |  |
|  | | DS | | O | | С(10) | Диагноз | | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | | CODE\_USL | | O | | С(20) | Код услуги | | | Территориальный классификаторуслуг. |
|  | | ED\_COL | | O | | N(5,2) | Количество койко-дней | | |  |
|  | | KOEF\_K | | У | | N(4,2) | Коэффициент сложности курации пациента | | | Обязательно для заполнения для стационарной МП. Принимает значение от 1.0 до 1.3. Устанавливает врач (с оформлением протокола). Для поликлиник всегда имеет значение 1. |
|  | | POUH[[7]](#footnote-8) | | O | | N(1,0) | Признак госпитализации пациента с ухаживающим лицом | | | 0 – Нет;  1 – Да.  Для поликлиник всегда имеет значение 0. |
|  | | ZAK[[8]](#footnote-9) | | O | | N(1.0) | Признак законченности случая  0 – Нет;  1 – Да. | | | Только для стационарной МП |
|  | | KOL\_USL | | O | | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) | | |  |
|  | | TARIF | | O | | N(15.2) | Тариф | | |  |
|  | | SUMV\_USL | | O | | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | | |  |
|  | | P\_PER | | У | | N(1) | Признак поступления/ перевода | | | Обязательно для дневного и круглосуточного стационара.  1 – Самостоятельно  2 – СМП  3 – Перевод из другой МО  4 – Перевод внутри МО с другого профиля |
|  | | PRVS | | O | | N(9) | Специальность медработника, выполнившего услугу | | | Применяется классификатор, используемый при формировании аналогичного поля в сегменте SLUCH |
|  | | CODE\_MD | | O | | С(16) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | | | В соответствии с территориальным справочником |
|  | | COMENTU | | У | | С(250) | Служебное поле | | |  |
|  | | DIR2 | | O | | N(1.0) | Статус направления на 2- этап диспансеризации | | |  |
|  | | GR\_ZDOROV | | O | | N(1.0) | Группа здоровья по результатам проведения диспансеризации | | |  |
|  | | STUDENT | | O | | N(1.0) | Статус является ли пациент учащимся очной формы обучения | | |  |
|  | | NAPR | | УM | | S | Направления | | | Заполняется только в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) |
|  | | ONK\_SL | | У | | S | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | Обязательно для заполнения при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода диагноза по МКБ-10 - «С») и нейтропении (код диагноза по МКБ-10 D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97).  Не подлежит заполнению при DS\_ONK=1 или P\_CEL=1.3 |
|  | | HRRGD | | УМ | | S | Сведения о медицинских вмешательствах | | | |
| HRRGD | | DATE\_O | | О | | D | Дата медицинского вмешательства | | | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001) |
|  | | HKOD | | О | | C(25) | Код номенклатуры медицинского вмешательства | | |  |
|  | | NAME\_O | | О | | C(254) | Наименование номенклатуры медицинского вмешательства | | |  |
|  | | PRICE | | Н | | N(15.2) | Стоимость медицинского вмешательства (только для услуг стационарного гемодиализа) | | |  |
| Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | | | | | | | | |
| ONK\_SL | | DS1\_T | | О | | N(1) | Повод обращения | | | Классификатор поводов обращения N018 |
|  | | STAD | | О | | N(3) | Стадия заболевания | | | Заполняется в соответствии со справочником N002 |
|  | | ONK\_T | | О | | N(4) | Значение Tumor | | | Заполняется в соответствии со справочником N003 |
|  | | ONK\_N | | О | | N(4) | Значение Nodus | | | Заполняется в соответствии со справочником N004 |
|  | | ONK\_M | | О | | N(4) | Значение Metastasis | | | Заполняется в соответствии со справочником N005 |
|  | | MTSTZ | | У | | N(1) | Признак выявления отдалённых метастазов | | | Обязательно к заполнению значением 1 при выявлении отдалённых метастазов только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2) |
|  | | B\_DIAG | | УМ | | S | Диагностический блок | | | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах |
|  | | B\_PROT | | УМ | | S | Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | | Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения |
|  | | ONK\_USL | | ОМ | | S | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | | |  |
|  | | SOD | | У | | N(3.2) | Суммарная очаговая доза | | | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4) |
|  | | PR\_CONS | | У | | N(1) | Цель проведении консилиума | | | Обязателен к заполнению из классификатора N019 при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "C"; код основного диагноза D70 и сопутствующий диагноз C97 или входит в диапазон C00-C80). При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит |
|  | | DT\_CONS | | У | | D | Дата проведения консилиума | | | Обязательно к заполнению при заполненном PR\_CONS не равен 0 |
| Направления | | | | | | | | | | |
| NAPR | | NAPR\_DATE | | O | | D | Дата направления | | |  |
|  | | NAPR\_MO | | У | | T(6) | Код МО, куда оформлено направление | | | Обязателен к заполнению в случаях оформления направления в другую МО.  Код МО - юридического лица, Заполняется в соответствии со справочником F003 |
|  | | NAPR\_V | | O | | N(2) | Вид направления | | | Классификатор видов направлений V028 |
|  | | MET\_ISSL | | У | | N(1) | Метод диагностического исследования | | | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 |
|  | | NAPR\_USL | | У | | Т(15) | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | | | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL |
| Диагностический блок | | | | | | | | | | |
| B\_DIAG | | DIAG\_DATE | | У | | D | Дата взятия материала | | | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. Обязательно к заполнению только при отсутствии DIAG\_TIP |
|  | | DIAG\_TIP | | У | | N(1) | Тип диагностического показателя | | | При отсутствии DIAG\_DATE обязательно к заполнению значениями:  1 – гистологический признак;  2 – маркёр (ИГХ)  При наличии DIAG\_DATE заполнению не подлежит |
|  | | DIAG\_CODE | | У | | N(3) | Код диагностического показателя | | | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 Приложения А.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 Приложения А. |
|  | | DIAG\_RSLT | | У | | N(3) | Код результата диагностики | | | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011. При наличии DIAG\_DATE заполнению не подлежит |
|  | | REC\_RSLT | | У | | N(1) | Признак получения результата диагностики | | | Заполняется значением "1" в случае получения результата диагностики |
| Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | | | | | | | | | |
| B\_PROT | | PROT | | О | | N(1) | Код противопоказания или отказа | | | Заполняется в соответствии со справочником N001 Приложения А. |
|  | | D\_PROT | | О | | D | Дата регистрации противопоказания или отказа | | |  |
| Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | | | | | | | | | | |
| ONK\_USL | | USL\_TIP | | О | | N(1) | Тип услуги | | | Заполняется в соответствии со справочником N013 |
|  | | HIR\_TIP | | У | | N(1) | Тип хирургического лечения | | | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1. |
|  | | LEK\_TIP\_L | | У | | N(1) | Линия лекарственной терапии | | | При USL\_TIP=2 заполняется при лекарственной терапии в соответствии со справочником N015. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | | LEK\_TIP\_V | | У | | N(1) | Цикл лекарственной терапии | | | При USL\_TIP=2 заполняется при лекарственной терапии в соответствии со справочником N016. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | | LEK\_PR | | УМ | | S | Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | | Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4 |
|  | | LUCH\_TIP | | У | | N(1) | Тип лучевой терапии | | | Заполняется при лучевой или химиолучевой терапии в соответствии со справочником N017 Приложения А.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP=1. |
| Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | | | | | | | | | |
| LEK\_PR | | REGNUM | | О | | T(40) | Регистрационный номер лекарственного препарата | | | Заполняется в соответствии с Государственным реестром лекарственных средств V011 |
|  | | DATE\_INJ | | О | | D | Дата введенного лекарственного препарата | | |  |
| **Сведения об врачах** | | | | | | | | | | |
| **VRACH** | **KOD** | | **O** | | **C(4)** | | | **Код врача** | **Указывается их справочника врачей МО** | |
|  | **FIO** | | **O** | | **C(60)** | | | **Ф.И.О. врача** |  | |
|  | **LPU\_1** | | **O** | | **C(6)** | | | Подразделение МО |  | |
|  | **IDMSP** | | **O** | | **N(9)** | | | Код специальности врача | **Справочник V021** | |

**Таблица 2.2. Файл типа LTперсональных данных (в формате XML)**

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Обяз.** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | PERS | ОМ | S | Данные | Содержит персональные данные пациента |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | С(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «2.1». |
|  | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | С(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | FILENAME1 | О | С(26) | Имя основного файла | Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения. |
| **Данные** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | С(36) | Код записи о пациенте | Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи. |
|  | FAM | У | С(40) | Фамилия пациента | FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  В случае отсутствия кого-либо реквизита, в поле DOST включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. |
|  | IM | У | С(40) | Имя пациента |
|  | OT | У | С(40) | Отчество пациента |
|  | W | O | N(1) | Пол пациента | Заполняется в соответствии с классификатором V005 . |
|  | DR | O | D | Дата рождения пациента | Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4».  Если в документе, 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(1,0) | 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 | С(40) | Фамилия представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.  Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля.  FAM\_P (фамилия представителя) и/или IM\_P (имя представителя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST\_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  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.  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 |
|  | IM\_P | У | С(40) | Имя представителя пациента |
|  | OT\_P | У | С(40) | Отчество представителя пациента |
|  | W\_P | У | N(1) | Полпредставителя пациента |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя пациента |
|  | DOST\_P | УМ | N(1,0) | 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 кален-  дарю.  Поле повторяется  столько раз, сколько  особых случаев имеет  место |
|  | MR | У | С(100) | Место рождения пациента или представителя | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
|  | DOCTYPE | У | С(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».  При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | DOCSER | У | С(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | DOCNUM | У | С(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | SNILS | У | С(14) | СНИЛС | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
|  | OKATOG | У | С(11) | Код места жительства по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | OKATOP | У | С(11) | Код места пребывания по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | ADRES[[9]](#footnote-10) | О | С(100) | Адрес фактического места жительства | Не структурированный. |
|  | IDENT\_SP[[10]](#footnote-11) | У | С(100) | Результат проверки страховой принадлежности | Формируется в информационной системе ТФОМС при передаче массивов в СМО. |
|  | COMENTP | У | С(250) | Служебное поле |  |

**Таблица 2.3. Файл с протоколом ФЛК (в формате XML)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Обяз.** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| FLK\_P | FNAME | О | С(24) | Имя файла протокола ФЛК |  |
|  | FNAME\_I | О | С(24) | Имя исходного файла |  |
|  | PR | НМ | S | Причина отказа | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. |
| **Причины отказа** | | | | | |
| PR | OSHIB | O | N(3) | Код ошибки | В соответствии с классификатором F012 . |
|  | IM\_POL | У | С(20) | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | BAS\_EL | У | С(20) | Имя базового элемента | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка. |
|  | N\_ZAP | У | N(8) | Номер записи | Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка. |
|  | IDCASE | У | N(8) | Номер записи в реестре случаев | Номер случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «SLUCH», в том числе во входящих в него услугах). |
|  | IDSERV | У | С(16) | Номер записи в реестре услуг | Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL»). |
|  | COMMENT | У | С(250) | Комментарий | Описание ошибки. |

**Таблица 2.4. Файл типа FS cсанкциями СМО, применяемым в целом к МО (в формате XML)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Обяз.** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
|  | GLPU | О | C(4) | Код МО по региональному справочнику |  |
|  | MCOD | О | C(4) | Код подразделения МО по региональному справочнику |  |
|  | OT\_MES | О | N(2, 0) | Отчётный месяц |  |
|  | OT\_GOD | О | N(4, 0) | Отчётный год |  |
|  | OT\_PER | У | C(4) | Отчётный период |  |
|  | VVPREV | У | N(20, 2) | Суммы санкции применяемых в целом к МО, без привязки к страховым случаям |  |
|  | VVMEE | У | N(20, 2) |
|  | VVEKMP | У | N(20, 2) |
|  | VVDC | У | N(20, 0) |
|  | VVKRO | У | N(20, 0) |
|  | VVPROCH | У | N(20, 0) |
|  | SSHMEE | У | N(20, 0) |
|  | SSHEKMP | У | N(20, 0) |
|  | SSHKRO | У | N(20, 0) |
|  | SSHTRPR | У | N(20, 0) |
|  | VGOSP | У | N(20, 0) |
|  | VGOSPDC | У | N(20, 0) |
|  | VPROF | У | N(20, 0) |
|  | VNEOTL | У | N(20, 0) |
|  | VZABOL | У | N(20, 0) |
|  | VVIZOV | У | N(20, 0) |

**Таблица 2.5. Файл типа FN c суммами финансирования МО (в формате XML)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Обяз.** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
|  | GLPU | О | C(4) | Код МО по региональному справочнику |  |
|  | MCOD | О | C(4) | Код подразделения МО по региональному справочнику |  |
|  | OT\_MES | О | N(2, 0) | Отчётный месяц |  |
|  | OT\_GOD | О | N(4, 0) | Отчётный год |  |
|  | OT\_PER | У | C(4) | Отчётный период |  |
|  | FINOAV1 | У | N(20, 2) | Суммы финансирования МО |  |
|  | FINO1 | У | N(20, 2) |  |
|  | FINO2 | У | N(20, 0) |  |
|  | FINO3 | У | N(20, 0) |  |
|  | FINO4 | У | N(20, 0) |  |
|  | FINO5 | У | N(20, 0) |  |
|  | FOP1 | У | N(20, 0) |  |
|  | FOP2 | У | N(20, 0) |  |
|  | FOP3 | У | N(20, 0) |  |
|  | FOP4 | У | N(20, 0) |  |
|  | FOP5 | У | N(20, 0) |  |
|  | OFPG1 | У | N(20, 0) |  |

**Таблица 2.6. Файл типа U с информацией о санкциях СМО, применённых к МО (в формате XML)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Обяз.** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
|  | ID\_SLUCH | О | C(38) | Идентификатор случая |  |
|  | IDSERV | О | C(38) | Идентификатор услуги |  |
|  | POLIS | О | C(24) | Серия и номер полиса |  |
|  | LPU | О | C(6) | Код МО |  |
|  | LPU\_1 | О | C(6) | Код подразделения МО |  |
|  | DATE\_IN | О | D | Дата начала |  |
|  | DATE\_OUT | О | D | Дата окончания |  |
|  | OT\_MES | О | N(2, 0) | Месяц в котором проводилась экспертиза |  |
|  | OT\_GOD | О | N(4, 0) | Год в котором проводилась экспертиза |  |
|  | CODE\_USL | О | C(16) | Код услуги |  |
|  | TARIF | У | N(16, 2) | Тариф |  |
|  | SUMV\_USL | О | N(16, 2) | Сумма лечения |  |
|  | SUMV\_OMS | Н | N(20, 8) | Сумма ОМС |  |
|  | SUMV\_SOF | Н | N(20, 8) | Сумма софинансирования ТП |  |
|  | SUMV\_MOD | Н | N(20, 8) | Сумма по программе модернизации |  |
|  | OPLATA | У | N(1, 0) | Отметка о осуществлении оплаты |  |
|  | SUMP | У | N(16, 8) | Сумма к Оплате |  |
|  | REFREASON | У | C(8) | Код санкции |  |
|  | TAR\_DOST | У | N(4, 2) | Резервное поле |  |
|  | TAR\_MES | У | N(4, 2) | Резервное поле |  |
|  | ZAK | У | L | Признак законченного случая |  |
|  | STAND | У | L | Резервное поле |  |
|  | STAT | У | N(3, 0) | Резервное поле |  |
|  | MEK\_OMS | У | N(16, 2) | Сумма санкций по МЭК |  |
|  | MEK\_MOD | У | N(16, 2) | Резервное поле |  |
|  | MEE\_OMS | У | N(16, 2) | Сумма санкций по МЭЭ |  |
|  | MEE\_MOD | У | N(16, 2) | Резервное поле |  |
|  | EKMP\_OMS | У | N(16, 2) | Сумма санкций по ЭКМП |  |
|  | EKMP\_MOD | У | N(16, 2) | Резервное поле |  |
|  | SUMP\_USL | У | N(16, 2) | Сумма к Оплате |  |
|  | KOD\_EKS | У | N(1, 0) | Код экспертизы |  |
|  | TIP | У | C(1) | Тип экспертизы |  |
|  | YEAR | У | N(4, 0) | Год в котором оказывалась МП |  |
|  | MONT | У | N(2, 0) | Месяц в котором оказывалась МП |  |
|  | DATE\_ACT | O | D | Дата акта МЭК, МЭЭ, ЭКМП |  |
|  | NUM\_ACT | O | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ, ЭКМП |  |
|  | CODE\_EXP | У | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи |  |
|  | S\_COM | У | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции |
|  | S\_IST | О | N(1) | Источник | 1- СМО/ТФОМС к МО |
|  | DS | У | C(10) | Диагноз |  |
|  | PODR | У | C(10) | Отделения(Для стационара и дневного стационара) |  |
|  | IDUSL | У | C(36) | Идентификатор услуги |  |
|  | IDSTRAX | У | C(10) | Идентификатор случая |  |
|  | OBDEF\_OMS | У | N(16, 2) | Услуги попавшие под санкции |  |
|  | STRDEF\_OMS | У | N(16, 2) | Страховые случаи попавшие под санкции |  |
|  | TIP\_EXP | У | N(2, 0) | Тип экспертизы |  |
|  | MEK\_SHTR | У | N(16, 2) | Сумма штрафа по МЭК |  |
|  | MEE\_SHTR | У | N(16, 2) | Сумма штрафа по МЭЭ |  |
|  | EKMP\_SHTR | У | N(16, 2) | Сумма штрафа по ЭКМП |  |

Приложение №3

к Регламенту информационного

взаимодействия при осуществлении

персонифицированного учета

медицинской помощи

**Нормативно-справочная информация**

Для информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, используются классификаторы, справочники и кодификаторы (далее НСИ), установленные приложением А к Общим принципам и региональные справочники.

НСИ федерального уровня имеют структуры, описанные в приложении А к Общим принципам, и содержание, установленное Федеральным фондом ОМС, за исключением случаев, описанных в настоящем приложении.

НСИ Регионального ровня имеют структуры, описанные в настоящем приложении.

Региональные и федеральные НСИ передаются разработчику ПО Территориальным фондом ОМС.

**1. Классификатор условий оказания МП V006\_R**

Отличается от справочника, размещенного на портале Федерального фонда ОМС:

1. Стационар

2. Дневные стационары при больничных учреждениях

3. Поликлиники

4. Скорая помощь

5. Стоматология

6. Диагностика, отдельно оплачиваемые услуги диагностических центров.

**2. Региональный справочник тарифов (услуг)sp\_tarif**

**Структура файла**

| **Имя поля** | **Формат** | **Размер** | **Описание** |
| --- | --- | --- | --- |
| UR | N | 3 | Уровень по оплате МП:  Для стационаров и дневных стационаров:  1 – клинический;  2 – городской;  3 – районный;  4 – участковый.  Для амбулаторно-поликлинических учреждений:  1 – консультативный уровень;  2 – участковый уровень. |
| VOZR | N | 3 | Тариф для взрослых или детей:  1 – взрослые;  2 – дети. |
| NAME\_ISSL | C | 120 | Наименование тарифа |
| KSG | C | 20 | Код тарифа (услуги). См. примечание 1. |
| PRICE | N | 11,2 | Стоимость в рублях или количество УЕТ в стоматологии |
| TYPE | N | 3 | Тип:  1 – амбулаторно-поликлинический тариф;  2 – стационарный или стационарзамещающий тариф |
| SR\_PREB | N | 6,1 | Средненормативное пребывание на койке (только для стационарной или стационар-замещающей МП) |
| IDPR | N | 3 | Код профиля МП. Соответствует коду из классификатора V002 |
| KDPRICE | N | 11,2 | Цена 1 койко-дня (только для стационаров) |
| IDUMP | N | 2 | Код условий оказания МП. Соответствует коду из классификатора V006. |
| NOZOL | C | 120 | Служебное поле |
| KOL\_USL | N | 6,2 | Число посещений, установленных за один случай лечения в поликлинике по отдельным типам посещений |
| T\_TYPE | N | 1,0 | Тип посещения в поликлинике |
| IDVMP | N | 2,0 | Вид помощи, соответствующий тарифу |
| IDPC | С | 3 | Цель посещения |

**Примечания:**

1. Структура кода тарифа для стационара: 021100101

PPUOKKKRV, где:

PP – код профиля, к которой отнесена КСГ согласно справочнику КСГ, дополненный при необходимости до 2-х знаков символом ‘0’;

U – код условия оказания МП;

O– уровень МО: 1 - клинический, 2- городской, 3 - районный, 4 - участковый, 0 - особые условия;

KKK – кодКСГ согласно справочнику КСГ, дополненный при необходимости до 3-х знаков символом ‘0’;

R – особые условия: 0 – обычные условия, 1 – особые условия (тариф для санаторно-курортной и реабилитационной МП);

V – вид тарифа: 1 – взрослый, 2 – детский.

2. Структура кодов тарифа амбулаторно-поликлинической МП, кроме диспансеризации и профосмотров всех типов:

PPORV, где:

PP – порядковый номер тарифа, установленный Тарифным соглашением (профиль), дополненный при необходимости до 2-х знаков символом ‘0’;

О – тип тарифа АПП в зависимости от типа посещения;

R – особые условия;

V – вид тарифа: 1 – взрослый, 2 – детский.

3. Структура кодов тарифов по диспансеризации и профосмотров всех типов не контролируется, устанавливается ТФОМС РД.

4. Структура кода тарифа по стоматологии и диагностике не контролируется, устанавливается Тарифным соглашением.

**3. Региональный справочник типов посещений T\_POS**

| **Имя поля** | **Формат** | **Размер** | **Описание** |
| --- | --- | --- | --- |
| T\_TYPE | N | 2,0 | Код типа посещения |
| T\_NAME | C | 254 | Наименование типа посещения |

**5. Региональный справочник медицинских организацийF003\_REG**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Но­мер | Имя поля | **Формат** | Размер | Обяз. | Содержание | Дополнительная информация |
|  | tf\_okato | С | 5 | Да | Код субъекта РФ по ОКАТО, где расположена МО | Код субъекта РФ по ОКАТО заполняется из классификатора, приведенным в приложении А.Код О002 |
|  | mcod | С | 6 | Да | Код МО в кодировке единого реестра МО | Указывается реестровый номер: первые 2-а символа – код ТФОМС; последующие 4 символа –номер в реестровом журнале ТФОМС. Реестровый номер остается неизменным для данной МО, в том числе при перерегистрации в журнале регистрации при подаче нового уведомления об осуществлении деятельности в сфере ОМС. |
|  | nam\_mop | С | 250 | Да | Наименование МО (полное) | Заполняется в соответствии с ЕГРЮЛ и ЕРГИП (для головных организаций) |
|  | nam\_mok | С | 250 | Да | Наименование МО (краткое) | Заполняется в соответствии с ЕГРЮЛ и ЕГРИП (для головных организаций) |
|  | inn | С | 12 | Да | Идентификационный номер налогоплательщика | Заполняется в соответствии со Свидетельством о постановке на учет в налоговом органе |
|  | ogrn | С | 15 | Да | ОГРН МО |  |
|  | kpp | С | 9 | Да | Код причины постановки на учет налогоплательщика |  |
|  | index\_j | С | 6 | Усл. | Почтовый индекс по адресу (месту) нахождения МО |  |
|  | addr\_j | С | 254 | Да | Адрес (место) нахождения МО (Субъект, район, город, населенный пункт, улица, номер дома (владение), номер корпуса/строения) |  |
|  | okopf | С | 2 | Да | Организационно-правовая форма МО по ОКОПФ | Код МО по ОКОПФ приведен в приложении А Код О005 |
|  | vedpri | N | 2 | Да | Код ведомственной принадлежности МО | Заполняется в соответствии с классификатором ведомственной принадлежности(Приложение А F007) |
|  | org | N | 1 | Да | Признак подчиненности (головная организация-1,филиал -2) | Выбирается номер из списка |
|  | fam\_ruk | С | 40 | Да | Фамилия руководителя | Фамилия, имя, отчество заполняется с документа, удостоверяющего личность. В случае отсутствия отчества в поле вносится значение «нет». |
|  | im\_ruk | С | 40 | Да | Имя руководителя |
|  | ot\_ruk | С | 40 | Да | Отчество руководителя |
|  | phone | С | 40 | Да | Телефон (с кодом города) |  |
|  | fax | С | 40 | Да | Факс (с кодом города) |  |
|  | e\_mail | С | 50 | Да | Адрес электронной почты |  |
|  | doc | Данные о документе, дающего право в соответствии с законодательством РФ на осуществление медицинской деятельности | | | | |
|  | n\_doc | С | 30 | Да | Номер документа, дающего право в соответствии с законодательством РФ на осуществление медицинской деятельности |  |
|  | d\_start | Date | - | Да | Дата выдачи документа, дающего право в соответствии с законодательством РФ на осуществление медицинской деятельности | Формат даты выдачи документа – ДД.ММ.ГГГГ. |
|  | data\_e | Date | - | Да | Дата окончания срока действия документа, дающего право в соответствии с законодательством РФ на осуществление медицинской деятельности | Формат даты окончания срока документа – ДД.ММ.ГГГГ |
|  | mp | С | 5 | Да | Виды медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программыОМС | Заполняется в соответствии с классификатором видов медицинской помощи (Приложение А V008).  При необходимости указать несколько значений, они перечисляются через запятую без пробела. |
|  | www | С | 100 | Усл. | Адрес официального сайта в сети Интернет | htpp://адрес\_сайта |
|  | d\_begin | Date | - | Да | Дата включения в реестр МО | Формат даты включения – ДД.ММ.ГГГГ. |
|  | d\_end | Date | - | Усл. | Дата исключения из реестра МО | Формат даты исключения – ДД.ММ.ГГГГ. |
|  | name\_e | С | 10 | Усл. | Причина исключения МО из реестра МО | Выбирается номер из спискаи указывается через запятую без пробела:  1- утрата (приостановление либо прекращение) права на осуществление медицинской деятельности;  2-ликвидация медицинской организации;  3- банкротство медицинской организации;  4- иные случаи, предусмотренные законодательством РФ, препятствующих осуществлению деятельности в сфере ОМС.  Заполняется при наличии данных в поле d\_end |
|  | duved | Date | - | Усл. | Дата уведомления об осуществлении деятельности в сфере ОМС | Формат даты уведомления – ДД.ММ.ГГГГ |
|  | d\_edit | Date | - | Да | Дата последнего редактирования реестра МО | Формат даты последнего редактирования–ДД.ММ.ГГГГ |
|  | krai | C | 3 | Да | Код района местонахождения по территориальному справочнику районов | |
|  | glpu | C | 6 | Н | Код головного подразделения медицинской организации, используемый в ИС ТФОМС РД.  Если МО является головной GLPU совпадает с LPU\_1. | |
|  | lpu\_1 | C | 6 | Да | Региональный код МО. Уникален в пределах справочника. | |
|  | urop | N | 1,0 |  | *Уровень по оплате медицинской помощи*. Установлены следующие уровни по оплате МП:  Для стационаров  1 – Республиканский (клинический);  2 – Городской;  3 – Районный.  Для Амбулаторно-поликлинических МО:  1 – клинический (консультативный);  2 – участковый (городской). | |
|  | type | N | 1,0 | Нет | Тип: 1 – поликлиника; 2- стационар | |
|  | knum | N | 5,0 |  | Номер коэффициента индексации тарифов. Соответствует полю NUM справочника коэффициентов | |
|  | du | N | 1,0 | Нет | Медицинская организация является диагностическим центром - 1 (предоставляются отдельно оплачиваемые диагностические услуги). По умолчанию 0 | |
|  | tss | N | 5,2 | У | Тарифная ставка от утвержденных тарифов (в процентах) в целом к МО. По умолчанию 100. | |
|  | procds | N | 5,2 | У | Процентная ставка от утвержденного тарифа для дневных стационаров. По умолчанию 100. | |
|  | idump | N | 1,0 | Да | Код условия оказания МП (по V006\_reg) | |
|  | ur\_gr | N | 3,0 | Да | Уровень группировки (сортировки) данных в отчетах. | |

В состав Регионального справочника медицинских организаций включены медицинские организации из реестра МО F003 и медицинские организации подчиненного уровня, имеющие самостоятельный региональный код (LPU\_1). Если значение поля LPU\_1 равно значению поля GLPU – это головная МО, в противном случае – подчиненная. Кроме того, подчиненная МО имеет значение поля ORG равное 2.

**6. Региональный справочник врачей**

Структура и содержание формируется в МЗ РД в РМИАС и передается в ТФОМС РД по мере внесения изменений. В ИС ТФОМС используется прилагаемый справочник DOCTOR.DBF

**7.Региональный справочник санкцийpovod**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Имя поля** | **Формат** | **Размер** | **Описание** |
| KOD | C | 8 | Код санкции согласно классификатору F014 |
| NAME | C | 254 | Наименование нарушения, причины уменьшения или отказа в оплате |
| N\_VOZV | C | 254 | Размер возврата (описание) |
| N\_SHTRAF | C | 254 | Размер штрафа (описание) |
| VOZV | N | 5,0 | Размер возврата |
| SCHTR | N | 5,0 | Размер штрафа |
| MROT | N | 6,2 | Количество МРОТ штрафа |
| VID | N | 3,0 | Вид экспертизы:  0 – все виды;  1 – МЭК;  2 – МЭЭ;  3 - ЭКМП |
| TYPE | I | 4,0 | Служебное поле. |

**8. Региональный справочник стоимости условных единиц трудоемкостиUET**

Структура файла

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Имя поля** | **Формат** | **Размер** | **Описание** |
| DETUET | N | 7,2 | Стоимость УЕТы детская |
| VZRUET | N | 7,2 | Стоимость УЕТы взрослая |
| PROFDET | N | 7,2 | Стоимость УЕТы детская для отдельных видов стом. услуг |
| PROFVZR | N | 7,2 | Стоимость УЕТы взрослая для отдельных видов стом. услуг |

**9. Региональный справочник высокотехнологичной медицинской помощи sptar\_vmp**

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Обяз.** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PACKET | HVID | ОМ | S | Перечень видов ВМП |  |
| HVID | IDHVID | О | C (9) | Код вида высокотехнологичной медицинской помощи. | Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Классификатор V018 |
|  | HVIDNAME | О | VС (500) | Наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи |  |
|  | IDPR | О | N(3,0) | Код профиля МП. Соответствует коду из классификатора V002 |  |
|  | PROFIL | Н | C(30) | Наименование профиля |  |
|  | DATEBEG\_V | O | D | Дата начала действия вида ВМП |  |
|  | DATEEND\_V | Н | D | Дата окончания действия вида ВМП |  |
|  | MODEL | ОМ | S | Модель пациента |  |
| MODEL | QMODEL | О | C(13) | Код модели пациента |  |
|  | MODEL | О | VС (1200) | Модель пациента – группы заболеваний при которых применяется данный вид ВМП |  |
|  | VID\_LE | О | C(1) | Вид лечения:  Т – терапевтическое;  Х – Хирургическое;  К – Комбинированное. |  |
|  | HM | ОМ | S | Перечень методов ВМП |  |
| HM | IDHM | О | N(4,0) | Код метода высокотехнологичной медицинской помощи. | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019. |
|  | HMNAME | Н | VС (500) | Наименование метода ВМП |  |
|  | DIAG | ОМ | S | Перечень кодов МКБ-10, при установлении которых допустим данный вид и метод ВМП | Указываются в строчку через запятую |
|  | PRICE | О | N(15,2) | Стоимость лечения |  |
|  | OMS | У | N(1,0) | Метод включен в ОМС РД |  |
|  | LPU | У | C(254) | Перечень МО, оказывающих ВМП по данному методу | Указываются реестровые номера через запятую |
|  | DATEBEG\_M | O | D | Дата начала действия вида ВМП |  |
|  | DATEEND\_M | Н | D | Дата окончания действия вида ВМП |  |

**10. Федеральный классификатор медицинских вмешательств V001**

Структура файла

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Имя поля** | **Формат** | **Размер** | **Описание** |
| KOD | C | 25 | Код вмешательства |
| NAME | C | 150 | Наименование вмешательства |
| KSG1 | C | 3 | Коды клинико-статистических групп, к которым могут быть отнесены медицинские вмешательства |
| KSG2 | C | 3 |
| KSG3 | C | 3 |
| KSG4 | C | 3 |
| KSG5 | C | 3 |
| KSG6 | C | 3 |
| KSG7 | C | 3 |
| KSG8 | C | 3 |

**11. Международный классификатор болезней 10 изданияMKB**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Имя поля** | **Тип** | **Размер** | **Описание** |
| LCOD | C | 7 | Код МКБ-10 |
| NAME\_DS | C | 254 | Наименование заболевания |
| KSG1 | C | 3 | Коды клинико-статистических групп, к которым могут быть отнесены оперативные вмешательства |
| KSG2 | C | 3 |
| KSG3 | C | 3 |

**12. Файл персональных данных лиц, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий**

| **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ID\_PAC | О | С(36) | Код записи о застрахованном | Уникальный идентификатор застрахованного |
| ENP | О | С(16) | Номер ЕНП застрахованного | Заполняется согласно данным регистра застрахованных |
| MCOD | О | С(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 |
| INPM | О | С(1) | Номер квартала | Заполняется согласно плану включения застрахованного в списки профилактических мероприятий |
| INPM\_TYPE | О | N(2) | Тип профилактических мероприятий | Заполняется согласно перечню типов профилактических мероприятий |
| STAT\_IN | О | С(1) | Статус информирования | 0 – не проинформирован  1 – проинформирован |
| STAT\_PR | О | С(1) | Статус прохождения | 0 – не прошел профилактическое мероприятие  1 – прошел профилактическое мероприятие |
| FAM | О | С(40) | Фамилия застрахованного | Заполняется в соответствии с документом УДЛ  OT (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. |
| IM | О | С(40) | Имя застрахованного |
| OT | У | С(40) | Отчество застрахованного |
| W | O | N(1) | Пол застрахованного | Заполняется в соответствии с классификатором V005 . |
| DR | O | D | Дата рождения застрахованного | Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь).  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). |
| TEL | У | С(50) | Номер телефона застрахованного | Информация для страхового представителя. |
| MR | У | С(100) | Место рождения застрахованного | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
| SNILS | У | С(14) | СНИЛС застрахованного | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
| OKATOG | У | С(11) | Код места жительства по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
| OKATOP | У | С(11) | Код места пребывания по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
| P\_RNNAME | О | С(120) | Район места жительства (наименование) | Не структурированный |
| P\_ NPNAME | У | С(120) | Наименование населенного пункта | Не структурированный |
| P\_ UL | У | С(120) | Наименование улицы места жительства | Не структурированный |
| P\_DOM | У | С(10) | Номер дома места жительства | Не структурированный |
| P\_KORP | У | С(10) | Номер корпуса места жительства | Не структурированный |
| P\_KV | У | С(10) | Номер квартиры места жительства | Не структурированный |

Приложение №4

к Регламенту информационного

взаимодействия при осуществлении

персонифицированного учета

медицинской помощи

**Комплект**

**документов на бумажных носителях, представляемых медицинскими организациями в страховые медицинские организации в территориальный фонд ОМС при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной и базовой программ ОМС**

**А. Комплект бумажных документов, представляемых медицинскими организациями в каждую страховую медицинскую организацию, чьи застрахованные имеются в реестре счетов за отчетный период**

1. Сводная ведомость реестра счетов.

2. Счет на оплату медицинской помощи, оказанной по тарифам ОМС.

3. Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по программе ОМС. Формируется медицинской организацией по согласованию со страховой медицинской организацией в случае отсутствия у медицинской организации средств обеспечения юридически значимого электронного документооборота.

4. Реестр счетов на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в рамках территориальной программы ОМС.

5. Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

6. Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

7. Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

8. Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, 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;

**Б. Комплект бумажных документов, представляемых медицинской организацией в Территориальный фонд ОМС на оплату услуг, оказанных гражданам, территорией страхования которых не является Республика Дагестан.**

1. Счет на оплату медицинской помощи, оказанной по тарифам ОМС гражданам территорией страхования которых не является Республика Дагестан;

2. Реестр счетов на бумажном носителе на оплату медицинской помощи, оказанной по тарифам ОМС гражданам, территорией страхования которых не является Республика Дагестан.

К реестру счетов прилагаются копии страхового медицинского полиса и документа, удостоверяющего личность гражданина. При оказании медицинской помощи ребенку, не имеющему документа удостоверяющего личность, прилагается копия паспорта одного из родителей (законного представителя).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Формы счетов (счетов-фактур) устанавливаются СМО. Формы реестров устанавливаются Федеральным фондом ОМС.

Состав и формы документов на бумажных носителях могут изменяться в зависимости от Территориальной программы ОМС, принятой на очередной год.

Формы документов передаются разработчику программного обеспечения для МО Территориальным фондом ОМС.

1. Региональное дополнение [↑](#footnote-ref-2)
2. Региональное дополнение [↑](#footnote-ref-3)
3. Имеются региональные особенности [↑](#footnote-ref-4)
4. Региональное дополнение [↑](#footnote-ref-5)
5. Региональное дополнение [↑](#footnote-ref-6)
6. Имеются региональные особенности [↑](#footnote-ref-7)
7. Региональное дополнение [↑](#footnote-ref-8)
8. Региональное дополнение [↑](#footnote-ref-9)
9. Региональное дополнение [↑](#footnote-ref-10)
10. Региональное дополнение [↑](#footnote-ref-11)