Приложение к

Приказу ТФОМС РМ

от \_\_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_

**Регламент информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Мордовия (ред. от 31.07.2024 г.)**

**Саранск - 2024**

Оглавление

[1 Общие положения 5](#_Toc172791128)

[2 Требования к информационной безопасности 6](#_Toc172791129)

[3 Порядок предоставления информации 6](#_Toc172791130)

[3.1 Предоставление информации об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Республики Мордовия. 6](#_Toc172791131)

[3.2 Предоставление информации об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами Республики Мордовия 9](#_Toc172791132)

[4 Структура файла со сведениями об оказанной медицинской помощи, представляемого медицинскими организациями 11](#_Toc172791133)

[4.1. Структура имени файла 11](#_Toc172791134)

[4.2. Описание XML файлов 12](#_Toc172791135)

[4.3. Структура файлов выгрузки реестров медицинской помощи для медицинских организаций 13](#_Toc172791136)

[4.3.1 Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи 14](#_Toc172791140)

[4.3.2 Файл персональных данных 31](#_Toc172791141)

[4.3.3 Файл со сведениями об оказанной высокотехнологической медицинской помощи 38](#_Toc172791142)

[4.3.4 Структура реестров счетов на оплату медицинской помощи при проведении диспансеризации, профилактических осмотров и комплексных медицинских обследований, проведенных в Центре здоровья 62](#_Toc172791143)

[4.3.5 Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при проведении профилактических осмотров, диспансеризации, комплексных медицинских обследований, проведенных в Центре здоровья и диспансеризации населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья 65](#_Toc172791144)

[4.3.6 Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования 83](#_Toc172791145)

[4.4 Структура файла перечня граждан, согласованного с работодателем и (или) руководителем образовательной организации для проведения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации 113](#_Toc172791146)

[5 Информационный обмен сведениями о получении телемедицинских консультаций. 115](#_Toc172791147)

[5.1 Структура файла PPiNiPpNp\_YYMMN.XML 116](#_Toc172791148)

[6 Структура файла со сведениями об оказанной медицинской помощи, представляемого ТФОМС Республики Мордовия в страховые медицинские организации 125](#_Toc172791149)

[6.1 Структура имени файла 125](#_Toc172791150)

[7 Обмен сведениями по контрольно-экспертным мероприятиям 126](#_Toc172791151)

[7.1 Структура файла с заданиями на проведение контроль-экспертных мероприятий 126](#_Toc172791152)

[7.2 Структура файла со сведениями о МЭЭ и ЭКМП, проведенной по случаям оказания медицинской помощи страховыми медицинскими организациями 128](#_Toc172791153)

[8 Описание форматов и принципов составления НСИ, ведение которых осуществляет ТФОМС Республики Мордовия 138](#_Toc172791154)

[8.1 Перечень НСИ и реестров 138](#_Toc172791155)

[8.2 Актуальные пакеты НСИ 139](#_Toc172791156)

[8.3 Структура файлов НСИ и порядок их заполнения 140](#_Toc172791157)

[9 Порядок регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования 149](#_Toc172791158)

[10 Порядок определения страховой принадлежности лиц, обратившихся в медицинские организации, участвующие в реализации программы ОМС в Республике Мордовия 157](#_Toc172791159)

[11 Ведение единого журнала обращений 160](#_Toc172791160)

[11.1 Структура Единого электронного журнала обращений граждан 160](#_Toc172791161)

[11.2 Темы обращений граждан 161](#_Toc172791162)

[12 Порядок осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере ОМС 165](#_Toc172791163)

[12.1 Порядок организации и проведения страховыми медицинскими организациями выборочного опроса (анкетирования) застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц для оценки их удовлетворенности деятельностью медицинских организаций 172](#_Toc172791164)

[13 Порядок передачи файлов со сведениями о застрахованных лицах страховыми медицинскими организациям 174](#_Toc172791165)

[14 Организация и проведение страховыми медицинскими организациями внеплановой медико-экономической экспертизы в случае отказа бюро медико-социальной экспертизы в связи с неполным обследованием застрахованного лица 177](#_Toc172791166)

[Приложение 178](#_Toc172791167)

[Приложение №1 178](#_Toc172791168)

[Приложение №2 180](#_Toc172791169)

[Протокол проверки (страхование) 180](#_Toc172791170)

[Приложение №3 181](#_Toc172791171)

[Приложение №4 182](#_Toc172791172)

[Приложение №5 183](#_Toc172791173)

[Приложение №6 184](#_Toc172791174)

[Приложение №7 185](#_Toc172791175)

[Приложение №8 186](#_Toc172791176)

[Приложение №9 190](#_Toc172791177)

[Приложение №10 191](#_Toc172791178)

[Приложение №11 193](#_Toc172791179)

[Приложение №12 194](#_Toc172791180)

[Приложение №13 195](#_Toc172791181)

[Приложение №14 196](#_Toc172791182)

[Приложение №15 197](#_Toc172791183)

[Текущие изменения. 198](#_Toc172791184)

# Общие положения

Настоящий регламент разработан в соответствии с требованиями Федерального закона от 29.11. 2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановления Правительства РФ от 05.11.2022 N 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», приказа Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. N 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказа Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. N 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», приказа ФОМС от 07.04.2011г. №79 «Об общих принципах построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страховании».

Настоящий регламент устанавливает единые организационные принципы информационного взаимодействия между страховыми медицинскими организациями (далее - СМО), медицинскими организациями (далее - МО) и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС) при формировании реестров счетов по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, согласно Территориальной программе обязательного медицинского страхования, порядок информационного взаимодействия по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, работающих в системе ОМС Республики Мордовия.

 Документ предназначен для разработчиков программного обеспечения и сотрудников ТФОМС, СМО и МО, участвующих в обработке информации при осуществлении расчетов за оказанную медицинскими организациями медицинскую помощь.

# Требования к информационной безопасности

При передаче и приеме персонифицированной информации о гражданах в электронной форме все участники: МО (включая ее представительства и филиалы), СМО (включая ее представительства и филиалы) и ТФОМС, используют только защищенные каналы электронной связи с применением электронной цифровой подписи в сертифицированном исполнении на основе технологии и требований Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в составе комплекса защищенного информационного обмена ТФОМС Республики Мордовия.

# Порядок предоставления информации

## Предоставление информации об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Республики Мордовия.

По результатам работы МО представляет в ТФОМС сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в соответствии с [Разделом 4](#_Структура_файла_со) настоящего порядка.

ТФОМС осуществляет обработку реестров счетов с целью:

* определения страховой принадлежности: идентификацию застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц, определение региона страхования и СМО, ответственной за оплату счета;
* осуществление форматно-логического контроля (далее - ФЛК) реестров счетов;
* проведение медико-экономического контроля (далее - МЭК).

Для проведения идентификации застрахованных лиц для МО доступен сервис в подсистеме «Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц» автоматизированной информационной системы«ИМЦ: ТФОМС», далее РСЕРЗ АИС «ИМЦ: ТФОМС»), в ручном режиме через Web-интерфейс, и посредством автоматизированного Web-сервиса.

МО направляет в ТФОМС сформированные электронные реестры через подсистему «Специализированный электронный документооборот» автоматизированной информационной системы ТФОМС» (далее – СЭД АИС «ИМЦ: ТФОМС») подписанные усиленной квалифицированной подписью руководителя медицинской организации и главного бухгалтера и получить протокол обработки с указанием ошибок идентификации. Медицинская организация может направлять реестры в ТФОМС по мере их формирования. ТФОМС обеспечивает работу сервиса по приему и обработке реестров круглосуточно.

Для предотвращения переполнения очереди на обработку реестров медицинская организация не должна допускать:

* передачу дубликатов посылок;
* повторную передачу всего массива реестров (в том числе принятых к оплате или прошедших контроль).

После проведения идентификации ТФОМС направляет в МО результаты обработки через подсистему СЭД АИС «ИМЦ: ТФОМС» в электронном виде:

* протоколы ФЛК - в соответствии со структурой [Приложения №1](#_Приложение_№1) к настоящему порядку;
* протоколы записей непрошедших идентификацию [Приложение №2](#_Приложение_№2) к Порядку;
* протоколы первичного МЭК [Приложение №3](#_Приложение_№3) к Порядку;
* протокол с общим перечнем загруженных от МО реестров за данный отчетный период в систему ТФОМС Приложение №4 к Порядку.

В отчетный период (в первые пять рабочих дней месяца) МО представляет в ТФОМС сформированные и проверенные электронные реестры счетов, в соответствии с [Разделом 4](#_Структура_файла_со) настоящего порядка, по следующей схеме:

1. До 3 числа месяца, следующего за отчетным, необходимо сдать в полном объеме и завершить исправление реестров по стационарной медицинской помощи.
2. До 4 числа, следующего за отчетным, необходимо сдать в полном объеме и завершить исправление реестров по проведенным профилактическим осмотрам всех категорий граждан.
3. До 5 числа, следующего за отчетным, необходимо сдать в полном объеме и завершить исправление реестров по амбулаторно-поликлинической помощи и скорой помощи.

После 6 числа ТФОМС проводит окончательный МЭК по представленным реестрам и направляет «Заключения по результатам медико-экономического контроля» и «Реестр заключений по результатам МЭК» через подсистему СЭД АИС «ИМЦ: ТФОМС» в электронном виде в адрес МО. При несогласии медицинской организации с заключением по результатам МЭК медицинская организация в течение десяти рабочих дней с даты получения формирует и направляет в территориальный фонд/страховую медицинскую организацию протокол разногласий с указанием мотивированной позиции медицинской организации по существу нарушений, выявленных в ходе проведения контроля. При отсутствии разногласий, выявленных в ходе проведения контроля, медицинская организация подписывает документы в подсистеме СЭД АИС «ИМЦ: ТФОМС».

Сроки сдачи могут быть изменены в конкретном отчетном периоде и доведены до участников процесса отдельным письмом.

На основании информации, в соответствии с учетными статистическими формами, МО формируют и направляют в ТФОМС реестры счетов:

* реестр на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре;
* реестр на оплату за случаи оказания медицинской помощи в стационаре;
* реестр на оплату за случаи оказания медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования;
* реестр на оплату за случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи в стационаре;
* реестр на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого и второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
* реестр на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
* реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
* реестр счетов на оплату медицинской помощи по проведенным медицинским осмотрам несовершеннолетних;
* сводный счет на оплату проведенной диспансеризации за период.

По результатам автоматизированного МЭК ТФОМС в течении 5 рабочих дней, представляет в СМО электронные реестры счетов с результатами МЭК в виде информационных файлов в соответствии с [Разделом 6](#_Структура_файла_со_1) настоящего порядка по всем МО. Сведения, направленные ТФОМС и принятые к оплате СМО оформляются Актом приема-передачи реестра счетов за оказанные медицинские услуги гражданам, застрахованным на территории Республики Мордовия ([Приложение №5](#_Приложение_№5) к Порядку) на бумажном носителе.

После проведения контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи в соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», СМО в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представляет информацию о случаях, по которым была проведена экспертиза в отчетном месяце и результаты экспертного контроля в соответствии с [Разделом 6](#_Структура_файла_со_1) настоящего порядка. Сведения о медицинской помощи, отклоненной от оплаты по результатам МЭЭ и ЭКМП оформляются Актом приема-передачи сведений о результатах МЭЭ и ЭКМП.

## Предоставление информации об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами Республики Мордовия

Электронные реестры счетов за оказанную медицинскою помощь гражданам, застрахованным за пределами Республики Мордовия представляется в ТФОМС в сроки согласно п. 3.1.

В отчетный период МО представляет в ТФОМС сформированный и проверенный:

* реестр счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС;
* счет на оплату медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам.

При отсутствии причин, требующих дополнительного рассмотрения отдельных позиций реестра счета, ТФОМС осуществляет оплату оказанной медицинской помощи.

При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения отдельных позиций реестра счета, ТФОМС по результатам проведенного МЭК формирует Перечень случаев, требующих проведения экспертизы. Проводит МЭЭ и ЭКМП по представленной МО медицинской документации с последующим оформлением актов МЭЭ/ЭКМП по форме в соответствии с Порядком. Сформированный реестр, принятых к оплате счетов от МО направляется для перечисления средств за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Республики Мордовия, с учетом сумм, не подлежащих оплате по результатам проведенного контроля.

ТФОМС направляет территориальному фонду обязательного медицинского страхования по месту страхования счет и реестр счета об оказанной медицинской помощи в соответствии с форматами информационного взаимодействия, размещенными на официальном сайте Фонда обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту страхования в течение двадцати пяти календарных дней от даты получения реестра счета проводит оплату счета, предъявленного ТФОМС.

# Структура файла со сведениями об оказанной медицинской помощи, представляемого медицинскими организациями

## Структура имени файла

**HPiNiPpNp\_YYMMN.zip** – Реестр медицинской помощи, оказанной гражданам Республики Мордовия в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения.

**HСPiNiPpNp\_YYMMN.zip** – Реестр медицинской помощи, оказанной при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования

**TPiNiPpNp\_YYMMN.zip** – Реестр высокотехнологичной медицинской помощи.

**ХPiNiPpNp\_YYMMN.zip** – Реестр оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим осмотрам несовершеннолетних и профилактических медицинским осмотрам взрослого населения.

**DCPiNiPpNp\_YYMMN.zip** – Реестр комплексных медицинских обследований, проведенных в Центре здоровья.

Файлы пакета информационного обмена упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

**HPiNiPpNp\_YYMMN.XML**, где

**H** – константа, обозначающая передаваемые данные.

**Pi** – параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

**Ni** – номер источника (последние 3 знака кода МО).

**Pp** – параметр, определяющий организацию - плательщика:

T – ТФОМС;

S – СМО.

**Np** – номер получателя (двузначный код ТФОМС или последние 2 знака номера СМО).

**YY** – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

**MM** – порядковый номер месяца отчетного периода;

**N** – номер пакета, обозначающий вид реестра медицинской помощи, принимающий следующие значения для реестров со сведениями об оказанной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, кроме медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения;

1 - Реестр медицинской помощи, оказанной гражданам Республики Мордовия в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в амбулаторно-поликлинических условиях;

2 - Реестр медицинской помощи, оказанной гражданам Республики Мордовия в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в условиях стационара;

3 - Реестр медицинской помощи, оказанной гражданам Республики Мордовия по выполненным стандартам медицинской помощи;

4 - Реестр медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным вне территории Республики Мордовия.

Архив **HPiNiPpNp\_YYMMN.zip** содержит 2 файла с расширением XML. Содержание архива: HPiNiPpNp\_YYMMN.XML, LPiNiPpNp\_YYMMN.XML.

## Описание XML файлов

**HPiNiPpNp\_YYMMN.XML** – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения;

**LPiNiPpNp\_YYMMN.XML** – файл персональных данных.

При передаче сведений об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи, осмотров в рамках диспансеризации и Центра здоровья файлы с персональными данными должны именоваться следующим образом:

* для передачи сведений об оказанной высокотехнологичной помощи – LT;
* для передачи сведений об оказанной медицинской помощи при диспансеризации – LP, LV, LO, LS, LU, LF: в зависимости от типа диспансеризации в соответствии с именем основного файла;
* для комплексных медицинских обследований, проведенных в Центре здоровья – LC.

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

## Структура файлов выгрузки реестров медицинской помощи для медицинских организаций

При осуществлении информационного обмена ТФОМС производит 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. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: указывается V. Следует учитывать, что некоторые символы в файлах формата XML кодируются следующим образом:

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

В столбце «Тип» 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. При отсутствии, не передается.

**У** – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

N – <число>;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

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

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.



### Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | | **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 законченных случаях оказания медицинской помощи | |
| **Заголовок файла** | | | | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | | T(5) | | Версия взаимодействия | | Текущей редакции соответствует значение «4.0». | |
|  | DATA | О | | D | | Дата создания файла | | В формате ГГГГ-ММ-ДД | |
|  | FILENAME | О | | T(26) | | Имя файла | | Имя файла без расширения. | |
|  | SD\_Z | О | | N(9) | | Количество записей в файле | | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. | |
| **Счёт** | | | | | | | | | |
| SCHET | CODE | О | | N(8) | | Код записи счета | | Уникальный код (например, порядковый номер). | |
|  | CODE\_MO | О | | T(6) | | Реестровый номер медицинской организации | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). | |
|  | YEAR | O | | N(4) | | Отчетный год | |  | |
|  | MONTH | O | | N(2) | | Отчетный месяц | | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК | |
|  | NSCHET | О | | T(15) | | Номер счёта | |  | |
|  | DSCHET | О | | D | | Дата выставления счёта | | В формате ГГГГ-ММ-ДД | |
|  | PLAT | О | | T(5) | | Плательщик. Реестровый номер СМО. | | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. | |
|  | SUMMAV | О | | N(15.2) | | Сумма счета, выставленная МО на оплату | |  | |
|  | COMENTS | У | | T(250) | | Служебное поле к счету | | Заполняется при необходимости указания дополнительных сведений по счету | |
|  | SUMMAP | У | | N(15.2) | | Сумма, принятая к оплате ТФОМС | | Заполняется 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. Заполняется СМО (ТФОМС). | |
|  | SANK\_EKMP | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (ЭКМП) | | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. Заполняется СМО (ТФОМС). | |
| **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 (случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК). | |
|  | PACIENT | О | | S | | Сведения о пациенте | |  | |
|  | Z\_SL | О | | S | | Сведения о законченном случае | | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи | |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | О | | T(36) | | Код записи о пациенте | | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. | |
|  | VPOLIS | O | | N(1) | | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | Заполняется в соответствии с F008. | |
|  | SPOLIS | У | | Т(10) | | Серия полиса старого образца | |  | |
|  | NPOLIS | У | | T(20) | | Номер полиса старого образца или временного свидетельства | | Обязательно заполняется, если VPOLIS <>3 | |
|  | ENP | О | | T(16) | | Единый номер полиса обязательного медицинского страхования | | Для полисов единого образца указывается ЕНП. Для полисов старого образца указывается предрассчитанный ЕНП. | |
|  | ST\_OKATO | У | | T(5) | | Регион страхования | | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных | |
|  | SMO | O | | T(5) | | Реестровый номер СМО. | | Заполняется в соответствии со справочником F002 | |
|  | SMO\_OGRN | У | | T(15) | | ОГРН СМО | |  | |
|  | SMO\_OK | У | | T(5) | | ОКАТО территории страхования | |  | |
|  | SMO\_NAM | У | | Т(100) | | Наименование СМО | | Заполняется в соответствии со справочником F002 | |
|  | 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). | |
|  | MSE | У | | N(1) | | Направление на МСЭ | | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. | |
|  | NOVOR | О | | Т(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. | |
|  | KATEG | У | | N(1) | | Оказание медицинской помощи определённым категориям граждан | | Медицинская помощь оказана застрахованному лицу, постоянно проживающему в стационарных организациях социального обслуживания взрослого населения и организациях для детей-сирот подведомственных Минсоцзащиты:  1 – проживает в стационарной организации для взрослых;  2 – проживает в стационарной организации для детей. | |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | O | | N(11) | | Номер записи в реестре законченных 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). | |
|  | VIDPOM | O | | N(4) | | Вид медицинской помощи | | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008. | |
|  | FOR\_POM | О | | N(1) | | Форма оказания медицинской помощи | | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 | |
|  | NPR\_MO | У | | Т(6) | | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod).  Заполнение **обязательно** в случаях оказания:  1.плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK = 2);  **3. ОБЯЗАТЕЛЬНО для плановой медицинской помощи (FOR\_POM=3) в любых случаях в счетах по застрахованным на другой территории**  **4 Заполняется для всех случаев диагностических услуг при плановой медицинской помощи.** | |
|  | NPR\_DATE | У | | D | | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполняется датой ВЫДАЧИ направления.  Заполнение **обязательно** в случаях оказания:  1.плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK = 2);  **3. ОБЯЗАТЕЛЬНО для плановой медицинской помощи (FOR\_POM=3) в любых случаях в счетах по застрахованным на другой территории.**  **4. Заполняется для всех случаев диагностических услуг.** | |
|  | LPU | О | | T(6) | | Код МО | | Код МО лечения, заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). | |
|  | DATE\_Z\_1 | O | | D | | Дата начала лечения | |  | |
|  | DATE\_Z\_2 | O | | D | | Дата окончания лечения | |  | |
|  | KD\_Z | У | | N(3) | | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара  **Для пребывания в дневном стационаре и стационаре на дому указывается фактическое количество пациенто-дней.** | |
|  | VNOV\_M | УМ | | N(4) | | Вес при рождении | | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. | |
|  | RSLT | O | | N(3) | | Результат обращения | | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009). | |
|  | ISHOD | O | | N(3) | | Исход заболевания | | Классификатор исходов заболевания (V012). | |
|  | OS\_SLUCH | НМ | | N(1) | | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. | |
|  | VB\_P | У | | N(1) | | Признак внутрибольничного перевода | | Указывается «1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. | |
|  | SL | ОМ | | S | | Сведения о случае | | Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ. | |
|  | IDSP | O | | N(2) | | Код способа оплаты медицинской помощи | | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 | |
|  | SUMV | O | | N(15.2) | | Сумма, выставленная к оплате | | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL. | |
|  | OPLATA | У | | N(1) | | Тип оплаты | | Оплата случая оказания медпомощи:  0 – не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ;  3 – частичный отказ.  Заполняется ТФОМС | |
|  | SUMP | У | | N(15.2) | | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | | Заполняется СМО (ТФОМС).  Заполняется по правилу:  Если SUMV>0, то SUMP=SUMV-SANK\_IT, иначе 0. | |
|  | SANK | УМ | | S | | Сведения о санкциях | | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.  Заполняется СМО (ТФОМС). | |
|  | SANK\_IT | У | | N(15.2) | | Сумма санкций по законченному случаю | | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже. Заполняется СМО (ТФОМС). | |
|  | SLUG\_ZSL | У | | T(250) | | Задание на экспертизу СМО | | Классификатор F006. Заполняется идентификатор вида контроля. Возможно указание нескольких значений, разделённых символом «;» | |
|  | USL\_DN | У | | N(1) | | Условия проведения диспансерного наблюдения работающих граждан | | Заполняется в случае проведения диспансерного наблюдения работающих граждан следующими значениями:  1 – с использованием подразделений работодателя;  2 – в соответствии с заключенным договором с МО;  3 – в условиях медицинской организации, к которой прикреплен работающий гражданин;  4 – с использованием выездных форм работы по месту осуществления прикрепленным гражданином служебной деятельности.  При отсутствии не заполнять. | |
| **Сведения о случае** | | | | | | | | | |
| SL | SL\_ID | О | | T(36) | | Идентификатор случая | | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. | |
|  | LPU\_1 | У | | T(8) | | Структурное подразделение МО | | Структурное подразделение МО лечения из регионального справочника. Заполняется при наличии структурных подразделений в МО | |
|  | PODR | У | | N(12) | | Код отделения | | Отделение МО лечения из регионального справочника. | |
|  | PROFIL | O | | N(3) | | Профиль медицинской помощи | | Классификатор V002. | |
|  | PROFIL\_K | У | | N(3) | | Профиль койки | | Классификатор V020.  Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара. USL\_OK = 1 или USL\_OK = 2. | |
|  | DET | О | | N(1) | | Признак детского профиля | | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. | |
|  | P\_CEL | У | | Т(3) | | Цель посещения | | Классификатор целей посещения V025.  Обязательно к заполнению для амбулаторных условий (USL\_OK=3). | |
|  | NHISTORY | O | | T(50) | | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи | |  | |
|  | 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 | |
|  | DATE\_1 | O | | D | | Дата начала лечения | |  | |
|  | DATE\_2 | O | | D | | Дата окончания лечения | |  | |
|  | KD | У | | N(3) | | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара.  **Указывается фактическое количество койко-дней/пациенто-дней с учётом режима работы МО** | |
|  | WEI | У | | N(3.1) | | Масса тела (кг) | | Обязательно для заполнения с 01.01.2022, если в DS1 указано значение заболевания (U07.1 или U07.2) и REAB <> 1 и CRIT <> STT5 и USL\_OK = 1  И  DS2 <> (O00-O99, Z34-Z35)  И  возраст пациента на дату начала лечения БОЛЬШЕ 18 лет | |
|  | DS0 | Н | | T(10) | | Диагноз первичный | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 **(не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL\_OK=4**). Указывается при наличии | |
|  | DS1 | O | | T(10) | | Диагноз основной | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 **(не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи).**  Не допускаются следующие значения:  первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47 | |
|  | DS2 | УМ | | T(10) | | Диагноз сопутствующего заболевания | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 **(не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи).** Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. | |
|  | DS3 | УМ | | T(10) | | Диагноз **осложнения** заболевания | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 **(не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи).** Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. | |
|  | C\_ZAB | У | | N(1) | | Характер основного заболевания | | Классификатор характера заболевания V027. Обязательно к заполнению при оказании **амбулаторной помощи**, если основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z | |
|  | 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** | |
|  | DN\_DATE | У | | D | | Дата взятие на диспансерное наблюдение | | Указывается дата взятия на ДН. | |
|  | DN\_NEXT\_DT | У | | D | | Период следующей явки на диспансерное наблюдение | | Заполняется при наличии - как 1 число планового месяца следующего осмотра в рамках диспансерного наблюдения | |
|  | DN\_DS | УМ | | T(10) | | Повод постановки на ДН | | Указывается диагноз заболевания, по которому назначено диспансерное наблюдение.  Для случаев, наблюдения после острых состояний с отличным от текущего диагнозом.  **Обязательно для заполнения, если P\_CEL=1.3** | |
|  | CODE\_MES1 | УМ | | Т(20) | | Код стандарта медицинской помощи | | Указывается при наличии утверждённого стандарта. | |
|  | CODE\_MES2 | У | | Т(20) | | Код стандарта медицинской помощи | |
|  | KSG\_KPG | У | | S | | Сведения о КСГ/КПГ | | Заполняется при оплате случая лечения по КСГ или КПГ | |
|  | REAB | У | | N(1) | | Признак реабилитации | | Указывается значение «1» для случаев реабилитации | |
|  | PRVS | O | | N(4) | | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | | Классификатор медицинских специальностей (должностей) V021.Указывается значение IDSPEC | |
|  | VERS\_SPEC | O | | T(4) | | Код классификатора медицинских специальностей | | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей (V021) | |
|  | IDDOKT | O | | Т(25) | | Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | | СНИЛС врача без разделителей | |
|  | ED\_COL | У | | N(5.2) | | Количество единиц оплаты медицинской помощи | | Для стоматологической помощи заполняется суммой УЕТ по всем услугам.  При оплате за законченный случай указывается значение 1 (за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), обращение в поликлинике). | |
|  | TARIF | У | | N(15.2) | | Тариф | | Тариф случая.  Обязателен к заполнению в случаях:  1. Для способов оплаты 30, 32, 33 заполняется тарифом случая (КСГ, ВМП, обращения).  2. Для способа оплаты 28 заполняется суммой стоимости услуг в случае.  3. Для способа оплаты 29 заполняется тарифом посещения.  3.1. Для стоматологических случаев заполняется суммой (USL\TARIF\*KOL\_USL) | |
|  | SUM\_M | O | | N(15.2) | | Стоимость случая, выставленная к оплате | | Может указываться нулевое значение.  Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг. | |
|  | LEK\_PR | УМ | | S | | Сведения о введенном лекарственном препарате | | Обязательно для заполнения с 01.01.2022, если в DS1 указано значение заболевания (U07.1 или U07.2) и REAB <> 1 и CRIT <> STT5 и USL\_OK = 1  И  DS2 <> (O00-O99, Z34-Z35)  И  возраст пациента на дату начала лечения БОЛЬШЕ 18 лет | |
|  | USL | УМ | | S | | Сведения об услуге | | Описывает услуги, оказанные в рамках законченного случая.  Допускается указание услуг с нулевой стоимостью.  Указание услуг с нулевой стоимостью обязательно, если условие их оказания является тарифообразующим (например, при оплате по КСГ). | |
|  | TELEMED | УМ | | S | | Сведения о полученной телемедицинской консультации | |  | |
|  | COMENTSL | У | | T(250) | | Служебное поле | | Заполняется специальными кодами в виде  **XX:yy;** - где XX – код показателя, yy – значение этого показателя.  Допустимые коды:  **TRAUMA**, **КТП, КТЛ.**  В случае оказания медицинской помощи застрахованному лицу, пострадавшему в результате противоправных действий, в элемент COMENTSL вносится значение **TRAUMA:17; (**безкавычек).  В случае оказания медицинской помощи в стационаре лицу, пострадавшему в дорожно-транспортном происшествии в элемент COMENTSL вносится значение **TRAUMA:18;** (без кавычек)  Для результатов компьютерной томографии легких значения из списка:  КТ-0, КТ-1, КТ-2, КТ-3, КТ-4, РГ-2.  Для заполнения степени тяжести по ШРМ для случаев мед. реабилитации выбирается значение из списка REAB:1; REAB:2; REAB:3.  Информация указывается по состоянию на МОМЕНТ ОКАЗАНИЯ медпомощи. | |
| Сведения о КСГ/КПГ | | | | | | | | | |
| KSG\_ KPG | N\_KSG | У | | T(20) | | Номер КСГ | | Номер КСГ (V023) с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KРG | |
|  | VER\_KSG | O | | N(4) | | Модель определения КСГ | | Указывается версия модели определения КСГ (год) | |
|  | KSG\_PG | О | | N(1) | | Признак использования подгруппы КСГ | | 0 – подгруппа КСГ не применялась;  1 – подгруппа КСГ применялась | |
|  | N\_KPG | У | | T(4) | | Номер КПГ | | Номер КПГ (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KSG | |
|  | KOEF\_Z | O | | N(2.5) | | Коэффициент затратоемкости | | Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПГ | |
|  | KOEF\_UP | O | | N(2.5) | | Управленческий коэффициент | | Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПГ. При отсутствии указывается «1» | |
|  | BZTSZ | O | | N(6.2) | | Базовая ставка | | Значение базовой ставки, указывается в рублях | |
|  | KOEF\_D | O | | N(2.5) | | Коэффициент дифференциации | | Значение коэффициента дифференциации | |
|  | KOEF\_U | O | | N(2.5) | | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | | Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи | |
|  | K\_ZP | О | | N(3.5) | | Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы | | Значение коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы для КСГ. При отсутствии указывается «1». | |
|  | CRIT | УМ | | T(10) | | Классификационный критерий | | Классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом Российской Федерации.  Обязателен к заполнению:  -  в случае применения при оплате случая лечения по КСГ;  - в случае применения при оплате случая лечения по КПГ, если применен региональный классификационный критерий; | |
|  | SL\_K | О | | N(1) | | Признак использования  КСЛП | | 0 – КСЛП не применялся;  1 – КСЛП применялся | |
|  | IT\_SL | У | | N(1.6) | | Применённый коэффициент сложности лечения пациента | | Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая.  Указывается только при использовании. | |
|  | SL\_KOEF | УМ | | S | | Коэффициенты сложности лечения пациента | | Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента.  Указывается при наличии IT\_SL. | |
| Коэффициенты сложности лечения пациента | | | | | | | | | |
| SL\_KOEF | IDSL | O | | N(4) | | Номер коэффициента сложности лечения пациента | | В соответствии с региональным справочником. | |
|  | Z\_SL | O | | N(1.6) | | Значение коэффициента сложности лечения пациента | |  | |
| Сведения о введенном лекарственном препарате | | | | | | | | | |
| LEK\_PR | DATA\_INJ | О | | D | | Дата введения лекарственного препарата | |  | |
|  | CODE\_SH | О | | T(10) | | Код схемы лечения пациента/код группы препарата | | Для диагнозов U07.1 или U07.2 заполняется значением реквизита "Код схемы/группы препаратов" справочника V032 "Схемы группы препаратов" | |
|  | REGNUM | У | | T(6) | | Идентификатор лекарственного препарата | | Обязательно для заполнения, если в справочнике V031 "Группа препаратов" заполнен признак "Признак обязательности указания МНН". Заполняется идентификатором лекарственного препарата в соответствии с классификатором N020 | |
|  | COD\_MARK | У | | T(100) | | Код маркировки лекарственного препарата | | Заполняется при наличии | |
|  | LEK\_DOSE | У | | S | | Сведения о дозе введения лекарственного препарата | | Обязательно для заполнения, если в справочнике V031 "Группа препаратов" заполнен признак "Признак обязательности указания МНН" | |
| Сведения о дозе введения лекарственного препарата | | | | | | | | | |
| LEK\_DOSE | ED\_IZM | О | | T(3) | | Единица измерения дозы лекарственного препарата | | Заполняется в соответствии с уникальным идентификатором справочника Министерства Здравоохранения РФ "Единицы измерения" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1358). | |
|  | DOSE\_INJ | О | | N(5.2) | | Доза введения лекарственного препарата | |  | |
|  | METHOD\_INJ | О | | T(3) | | Путь введения лекарственного препарата | | Заполняется значением поля "Код" справочника Министерства Здравоохранения РФ "Пути введения лекарственных препаратов, в том числе для льготного обеспечения граждан лекарственными средствами" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1468) | |
|  | COL\_INJ | О | | N(5) | | Количество введений | | Количество введений данного препарата в такой дозе, таким способом в эту дату. | |
| **Сведения об услуге** | | | | | | | | | |
| USL | IDSERV | O | | Т(36) | | Номер записи в реестре услуг | | Уникален в пределах законченного случая | |
|  | LPU | O | | Т(6) | | Код МО | | МО лечения, заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). | |
|  | LPU\_1 | У | | Т(8) | | Подразделение МО | | Подразделение МО лечения из регионального справочника | |
|  | PODR | У | | N(12) | | Код отделения | | Отделение МО лечения из регионального справочника | |
|  | PROFIL | O | | N(3) | | Профиль медицинской помощи | | Классификатор V002 | |
|  | VID\_VME | У | | Т(15) | | Вид медицинского вмешательства | | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (справочник Минздрава 1.2.643.5.1.13.13.11.1070), в том числе для услуг диализа.  Заполняется для всех услуг вида A\*, а также для услуг КТ и МРТ. | |
|  | 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 | | Т(10) | | Диагноз | | Код из справочника МКБ **до уровня подрубрики** | |
|  | CODE\_USL | О | | Т(20) | | Код услуги | | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг. | |
|  | KOL\_USL | O | | N(6.2) | | Количество услуг (кратность услуги) | |  | |
|  | TARIF | У | | N(15.2) | | Тариф | | Заполняется обязательно для амбулаторно поликлинической помощи, в том числе оплачиваемой по подушевому тарифу | |
|  | SUMV\_USL | O | | N(15.2) | | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | | Может принимать значение 0.  При указании услуг КТ и МРТ с указанием анатомических зон стоимость услуги устанавливается на одной услуги с максимальным уникальным идентификатором услуги из справочника 1.2.643.5.1.13.13.11.1070 из списка услуг случая. | |
|  | MED\_DEV | УМ | | S | | Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека | | Обязательно для заполнения по кодам услуг, входящих в справочник V037 "Перечень услуг, требующих имплантацию медицинских изделий" | |
|  | MR\_USL\_N | ОМ | | S | | Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу | |  | |
|  | NPL | У | | N(1) | | Неполный объём | | Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме.  1 – документированный отказ больного,  2 – медицинские противопоказания,  3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.)  4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков. | |
|  | COMENTU | У | | T(250) | | Служебное поле | | В элемент COMENTU вносится значение номера зуба для стоматологических услуг.  Значения:  от 11 до 48 – для взрослых, 51-85 – для детей.  Для обычных услуг не заполняется | |
| Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека | | | | | | | | | |
| MED\_DEV | DATE\_MED | О | | D | | Дата установки медицинского изделия | |  | |
|  | CODE\_MEDDEV | О | | N(6) | | Код вида медицинского изделия | | Заполняется в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий справочника Министерства Здравоохранения РФ "Виды медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и иных устройств для пациентов с ограниченными возможностями" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1079) | |
|  | NUMBER\_SER | О | | T(100) | | Серийный номер | | При отсутствии указывать маркировочный код | |
| Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу | | | | | | | | | |
| MR\_USL\_N | MR\_N | О | | N(3) | | Номер по порядку | |  | |
|  | PRVS | О | | N(4) | | Специальность медработника, выполнившего услугу | | заполняется кодом специальности в соответствии с классификатором медицинских специальностей (должностей) (V021). | |
|  | CODE\_MD | О | | T(25) | | Код медицинского работника, выполнившего медицинскую услугу | | СНИЛС врача без разделителей | |
| Сведения о полученной телемедицинской консультации | | | | | | | | | |
| TELEMED | DATE\_TM | | У | | D | | Дата оказания телемедицинской консультации | | В формате ГГГГ-ММ-ДД  Обязательно к заполнению при получении заключения. |
|  | KOD\_TM | | У | | T(15) | | Код заключения из системы ТМС «Защита» | | Обязательно к заполнению при получении заключения. |
|  | DATE\_ZP | | О | | D | | Дата запроса телемедицинской консультации | | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | KOD\_ZP | | О | | T(15) | | Код запроса из системы ТМС «Защита» | |  |
|  | LPU\_TM | | O | | Т(6) | | Реестровый номер МО, оказывающей телемедицинскую консультацию | | Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). |
|  | PROFIL\_TM | | O | | N(3) | | Профиль медицинской помощи, по которой оказывалась телемедицинская консультация | | Классификатор V002. |
|  | DS1 | | O | | T(10) | | Диагноз, по которому запрошена телемедицинская консультация | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 |
|  | REC\_TM | | О | | Т(250) | | Полученные рекомендации | |  |
|  | IDDOKT | | O | | Т(25) | | Код врача, запросившего телемедицинскую консультацию. При запросе от консилиума врачей указывается код председателя консилиума. | | СНИЛС врача без разделителей. |
|  | COMENTT | | У | | T(250) | | Служебное поле | |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | | | | |
| SANK | S\_CODE | О | | Т(36) | | Идентификатор санкции | | Уникален в пределах законченного случая. | |
|  | S\_SUM | О | | N(15.2) | | Сумма финансовой санкции | | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 | |
|  | S\_TIP | О | | N(2) | | Код вида контроля | | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006 | |
|  | SL\_ID | УМ | | T(36) | | Идентификатор случая | | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0 | |
|  | S\_OSN | У | | N(3) | | Код причины отказа (частичной) оплаты | | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S\_SUM не равна 0 | |
|  | DATE\_ACT | О | | D | | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |  | |
|  | NUM\_ACT | О | | T(30) | | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |  | |
|  | CODE\_EXP | УМ | | T(8) | | Код эксперта качества медицинской помощи | | Обязательно к заполнению в соответствии со справочником F042 (элемент объекта UIDEKMP) для экспертиз качества медицинской помощи 69<SANK.S\_TIP<=87 или SANK.S\_TIP={89, 94} | |
|  | S\_COM | У | | Т(250) | | Комментарий | | Комментарий к санкции. | |
|  | S\_IST | О | | N(1) | | Источник | | 1 – СМО/ТФОМС к МО. | |

### Файл персональных данных

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо H указывается L, для реестров при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования файл именуется LHC.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **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 | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.2.1». |
|  | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | FILENAME1 | О | T(26) | Имя основного файла | Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения. |
| **Данные** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи. |
|  | FAM | У | T(40) | Фамилия пациента | FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  OT (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.  **Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются**. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля. |
|  | IM | У | T(40) | Имя пациента |
|  | OT | У | T(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) | 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. |
|  | TEL | У | T(100) | Номер телефона пациента | Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений.  Информация для страхового представителя. |
|  | FAM\_P | У | T(40) | Фамилия представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.  Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля.  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 | T(40) | Имя представителя пациента |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента |
|  | W\_P | У | N(1) | Пол представителя пациента |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя пациента |
|  | DOST\_P | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации представителя | 1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю.  Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | MR | У | T(100) | Место рождения пациента или представителя | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
|  | DOCTYPE | У | T(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность». Обязательное для иногородних пациентов. |
|  | DOCSER | У | T(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | Обязательное для иногородних пациентов. |
|  | DOCNUM | У | T(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | Обязательное для иногородних пациентов. |
|  | DOCDATE | У | D | Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к заполнению для застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы |
|  | DOCORG | У | T(1000) | Наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность | При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к заполнению для застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы |
|  | SNILS | У | T(14) | СНИЛС пациента или представителя | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
|  | OKATOG | У | T(11) | Код места жительства по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | OKATOP | У | T(11) | Код места пребывания по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | COMENTP | У | T(250) | Служебное поле |  |

### Файл со сведениями об оказанной высокотехнологической медицинской помощи

Реестр счетов состоит из двух файлов: «Файл со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи» и «Файл персональных данных».

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251. Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP.

Имя файла со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи формируется по следующему принципу:

**TPiNiPpNp\_YYMMN.XML**, где:

T – константа, обозначающая передаваемые данные.

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

M – МО.

Ni – Номер источника (реестровый номер МО).

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

S – СМО;

Np – Номер получателя (реестровый номер СМО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

N – порядковый номер пакета.

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.

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

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

В столбце «Тип» 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. При отсутствии, не передается.

– У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

– T – <текст>;

– N – <число>;

– D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

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

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

**Файл со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи**:

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | | | | **Тип** | | **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 | | T(5) | | | Версия взаимодействия | | | | Текущей редакции соответствует значение «3.1.9». | |
|  | DATA | | | | О | | D | | | Дата создания | | | | В формате ГГГГ-ММ-ДД | |
|  | FILENAME | | | | О | | T(26) | | | Имя файла | | | | Имя файла без расширения. | |
|  | SD\_Z | | | | О | | N(9) | | | Количество записей в файле | | | | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. | |
| **Счёт** | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCHET | CODE | | | | О | | N(8) | | | Код записи счета | | | | Уникальный код (например, порядковый номер). | |
|  | CODE\_MO | | | | О | | T(6) | | | Реестровый номер медицинской организации | | | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). | |
|  | YEAR | | | | O | | N(4) | | | Отчетный год | | | |  | |
|  | MONTH | | | | O | | N(2) | | | Отчетный месяц | | | | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, | |
|  | NSCHET | | | | О | | T(15) | | | Номер счёта | | | |  | |
|  | DSCHET | | | | О | | D | | | Дата выставления счёта | | | | В формате ГГГГ-ММ-ДД | |
|  | PLAT | | | | О | | T(5) | | | Плательщик. Реестровый номер СМО. | | | | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. | |
|  | SUMMAV | | | | О | | N(15.2) | | | Сумма, выставленная МО на оплату | | | |  | |
|  | COMENTS | | | | У | | T(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. (случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК). | |
|  | PACIENT | | | | О | | S | | | Сведения о пациенте | | | |  | |
|  | Z\_SL | | | | О | | S | | | Сведения о законченном случае | | | | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи | |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | | | | О | | T(36) | | | Код записи о пациенте | | | | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. | |
|  | VPOLIS | | | | O | | N(1) | | | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | | | Заполняется в соответствии с F008. | |
|  | SPOLIS | | | | У | | Т(10) | | | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | | |  | |
|  | NPOLIS | | | | O | | T(20) | | | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | | |  | |
|  | ST\_OKATO | | | | У | | T(5) | | | Регион страхования | | | | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных | |
|  | SMO | | | | О | | T(5) | | | Реестровый номер СМО. | | | | Заполняется в соответствии со справочником F002. **Обязательное для иногородних пациентов.** | |
|  | SMO\_OGRN | | | | Y | | T(15) | | | ОГРН СМО | | | |  | |
|  | SMO\_OK | | | | Y | | T(5) | | | ОКАТО территории страхования | | | |
|  | SMO\_NAM | | | | Y | | Т(100) | | | Наименование СМО | | | | Заполняется в соответствии со справочником F002. | |
|  | MSE | | | | У | | N(1) | | | Направление на МСЭ | | | | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. | |
|  | NOVOR | | | | О | | Т(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. | |
|  | KATEG | | | | У | | N(1) | | | Оказание медицинской помощи определённым категориям граждан | | | | Медицинская помощь оказана застрахованному лицу, постоянно проживающему в стационарных организациях социального обслуживания взрослого населения и организациях для детей-сирот подведомственных Минсоцзащиты:  1 – проживает в стационарной организации для взрослых;  2 – проживает в стационарной организации для детей. | |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | | | | O | | N(11) | | | 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). | |
|  | VIDPOM | | | | O | | N(4) | | | Вид медицинской помощи | | | | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 | |
|  | FOR\_POM | | | | О | | N(1) | | | Форма оказания медицинской помощи | | | | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 | |
|  | NPR\_MO | | | | О | | Т(6) | | | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod).  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2);  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) | |
|  | NPR\_DATE | | | | У | | D | | | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | | | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполняется датой ВЫДАЧИ направления.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2);  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) | |
|  | LPU | | | | О | | T(6) | | | Код МО | | | | МО лечения, заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). | |
|  | DATE\_Z\_1 | | | | O | | D | | | Дата начала лечения | | | |  | |
|  | DATE\_Z\_2 | | | | O | | D | | | Дата окончания лечения | | | |  | |
|  | KD\_Z | | | | О | | N(3) | | | Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни) | | | |  | |
|  | VNOV\_M | | | | УМ | | N(4) | | | Вес при рождении | | | | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. | |
|  | RSLT | | | | O | | N(3) | | | Результат обращения | | | | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью V009 | |
|  | ISHOD | | | | O | | N(3) | | | Исход заболевания | | | | Классификатор исходов заболевания V012. | |
|  | OS\_SLUCH | | | | НМ | | N(1) | | | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | | | | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. | |
|  | SL | | | | ОМ | | S | | | Сведения о случае | | | |  | |
|  | IDSP | | | | O | | N(2) | | | Код способа оплаты медицинской помощи | | | | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 | |
|  | SUMV | | | | O | | N(15.2) | | | Сумма, выставленная к оплате | | | | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение. | |
|  | 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 | | | | УМ | | S | | | Сведения о санкциях | | | | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. | |
|  | SANK\_IT | | | | У | | N(15.2) | | | Сумма санкций по законченному случаю | | | | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK. | |
|  | SLUG\_ZSL | | | | Y | | T(250) | | | Задание на экспертизу СМО | | | | Классификатор F006. Заполняется идентификатор вида контроля. Возможно указание нескольких значений, разделённых символом «;» | |
| **Сведения о случае** | | | | | | | | | | | | | | | |
| SL | SL\_ID | | | | О | | T(36) | | | Идентификатор  случая | | | | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. | |
|  | VID\_HMP | | | | О | | T(12) | | | Вид высокотехнологичной медицинской помощи | | | | Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 | |
|  | METOD\_HMP | | | | О | | N(4) | | | Метод высокотехнологичной медицинской помощи | | | | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 | |
|  | MODEL\_HMP | | | | O | | N(5) | | | Идентификатор модели пациента для данного метода ВМП | | | | Поле IDMODP из Классификатора методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 | |
|  | LPU\_1 | | | | У | | T(8) | | | Структурное подразделение МО | | | | Подразделение МО лечения в соответствии с региональным справочником | |
|  | PODR | | | | У | | N(12) | | | Код отделения | | | | Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником | |
|  | PROFIL | | | | O | | N(3) | | | Профиль медицинской помощи | | | | Классификатор V002. | |
|  | PROFIL\_K | | | | О | | N(3) | | | Профиль койки | | | | Классификатор V020. | |
|  | DET | | | | О | | N(1) | | | Признак детского профиля | | | | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. | |
|  | TAL\_D | | | | О | | D | | | Дата выдачи талона на ВМП | | | | Заполняется на основании талона на ВМП | |
|  | TAL\_NUM | | | | О | | T(20) | | | Номер талона на ВМП | | | |
|  | TAL\_P | | | | О | | D | | | Дата планируемой госпитализации | | | |
|  | NHISTORY | | | | O | | T(50) | | | Номер истории болезни | | | |  | |
|  | DATE\_1 | | | | O | | D | | | Дата начала лечения | | | |  | |
|  | DATE\_2 | | | | O | | D | | | Дата окончания лечения | | | |  | |
|  | DS0 | | | | Н | | T(10) | | | Диагноз первичный | | | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии | |
|  | DS1 | | | | O | | T(10) | | | Диагноз основной | | | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. | |
|  | DS2 | | | | УМ | | T(10) | | | Диагноз сопутствующего заболевания | | | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. | |
|  | DS3 | | | | УМ | | T(10) | | | Диагноз осложнения заболевания | | | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. | |
|  | C\_ZAB | | | | **О** | | N(1) | | | Характер основного заболевания | | | | Классификатор характера заболевания V027 | |
|  | DS\_ONK | | | | O | | N(1) | | | Признак подозрения на злокачественное новообразование | | | | Заполняется значениями:  0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование;  1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. | |
|  | CODE\_MES1 | | | | УМ | | Т(20) | | | Код МЭС | | | | Указывается при наличии утверждённого стандарта. | |
|  | CODE\_MES2 | | | | У | | Т(20) | | | Код МЭС сопутствующего заболевания | | | |
|  | 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 кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) в случае выдачи направления.  При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит. | |
|  | CONS | | | | УМ | | S | | | Сведения о проведении консилиума | | | | Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения.  Заполняется при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47).  **При отсутствии** подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования **заполнению не подлежит** | |
|  | ONK\_SL | | | | У | | S | | | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 **или D45-D47**) | |
|  | PRVS | | | | O | | N(4) | | | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | | | | Классификатор медицинских специальностей (должностей)V021. Указывается значение IDSPEC | |
|  | VERS\_SPEC | | | | О | | T(4) | | | Код классификатора медицинских специальностей | | | | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей V021. | |
|  | IDDOKT | | | | O | | Т(25) | | | Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | | | | СНИЛС врача без разделителей | |
|  | ED\_COL | | | | У | | N(5.2) | | | Количество единиц оплаты медицинской помощи | | | |  | |
|  | TARIF | | | | О | | N(15.2) | | | Тариф | | | |  | |
|  | SUM\_M | | | | O | | N(15.2) | | | Стоимость случая, выставленная к оплате | | | |  | |
|  | USL | | | | УМ | | S | | | Сведения об услуге | | | | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии | |
|  | TELEMED | | | | УМ | | S | | | Сведения о полученной телемедицинской консультации | | | |  | |
|  | COMENTSL | | | | У | | T(250) | | | Служебное поле | | | |  | |
| Сведения об оформлении направления | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAPR | NAPR\_DATE | | | | O | | D | | | Дата направления | | | | Заполняется датой, на которую назначено исследование, консультация, госпитализация | |
|  | NAPR\_DATE\_V | | | | О | | D | | | Дата выдачи направления | | | | Заполняется датой выдачи направления. | |
|  | NAPR\_MO | | | | О | | T(6) | | | Код МО, куда оформлено направление | | | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod).  Заполнение обязательно в случаях оформления направления | |
|  | NAPR\_V | | | | O | | N(2) | | | Вид направления | | | | Классификатор видов направления 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 услуг (справочник Минздрава 1.2.643.5.1.13.13.11.1070). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL | |
| Сведения о проведении консилиума | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONS | PR\_CONS | | | | O | | N(1) | | | Цель проведения консилиума | | | | Классификатор целей консилиума N019 | |
|  | DT\_CONS | | | | У | | D | | | Дата проведения консилиума | | | | Обязательно заполнению, если консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}) | |
| Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | | | | | | | | | | | | | |
| ONK\_SL | DS1\_T | | | | **О** | | N(2) | | | Повод обращения | | | | Классификатор поводов обращения N018 | |
|  | STAD | | | | **У** | | N(3) | | | Стадия заболевания | | | | Заполняется в соответствии со справочником N002 обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения (DS1\_T={0,1,2}). | |
|  | ONK\_T | | | | **У** | | N(4) | | | Значение Tumor | | | | Заполняется в соответствии со справочником N003 обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет | |
|  | ONK\_N | | | | **У** | | N(4) | | | Значение Nodus | | | | Заполняется в соответствии со справочником N004 обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет | |
|  | ONK\_M | | | | **У** | | N(4) | | | Значение Metastasis | | | | Заполняется в соответствии со справочником N005 обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет | |
|  | MTSTZ | | | | У | | N(1) | | | Признак выявления отдалённых метастазов | | | | Подлежит заполнению значением 1 при выявлении отдалённых метастазов только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2) | |
|  | SOD | | | | У | | N(4.2) | | | Суммарная очаговая доза | | | | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4)  Может принимать значение «0».  **Единица измерения Грей** | |
|  | K\_FR | | | | У | | N(2) | | | Количество фракций проведения лучевой терапии | | | | Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4).  Может принимать значение «0». | |
|  | WEI | | | | У | | N(3.1) | | | Масса тела (кг) | | | | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела | |
|  | HEI | | | | У | | N(3) | | | Рост (см) | | | | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела | |
|  | BSA | | | | У | | N(1.2) | | | Площадь поверхности тела (м2) | | | | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела | |
|  | 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 | | | |  | |
| Диагностический блок | | | | | | | | | | | | | | | |
| B\_DIAG | DIAG\_DATE | | | | О | | D | | | Дата взятия материала | | | | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. | |
|  | DIAG\_TIP | | | | О | | N(1) | | | Тип диагностического показателя | | | | 1 – гистологический признак;  2 – маркёр (ИГХ) | |
|  | DIAG\_CODE | | | | О | | 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 | |
|  | 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 | |
|  | 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 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 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 | |
|  | PPTR | | | | У | | N(1) | | | Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса | | | | Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала | |
|  | LUCH\_TIP | | | | У | | N(1) | | | Тип лучевой терапии | | | | При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4 | |
| Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | | | | | | | | | | | | | | |
| LEK\_PR | REGNUM | | | | O | | T(6) | | | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии | | | | Заполняется в соответствии склассификатором N020 | |
|  | CODE\_SH | | | | О | | T(10) | | | Код схемы лекарственной терапии | | | | Заполняется:  1. кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024 при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше;  2. значением **«нет»** при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет | |
|  | DATE\_INJ | | | | OМ | | D | | | Дата введения лекарственного препарата | | | | При инфузионном продолжительном введении указываются все даты в течении которых проводилось введение | |
| **Сведения об услуге** | | | | | | | | | | | | | | | |
| USL | IDSERV | | | | O | | Т(36) | | | Номер записи в реестре услуг | | | | Уникален в пределах случая | |
|  | LPU | | | | O | | Т(6) | | | Код МО | | | | МО лечения, заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). | |
|  | LPU\_1 | | | | У | | Т(8) | | | Подразделение МО | | | | Подразделение МО лечения из регионального справочника | |
|  | PODR | | | | У | | N(12) | | | Код отделения | | | | Отделение МО лечения из регионального справочника | |
|  | PROFIL | | | | O | | N(3) | | | Профиль медицинской помощи | | | | Классификатор V002. | |
|  | VID\_VME | | | | У | | Т(15) | | | Вид медицинского вмешательства | | | | Обязательно к заполнению.  **Указывается код метода ВМП в соответствии с V019**. | |
|  | 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 | | Т(10) | | | Диагноз | | | | Код из справочника МКБ **до уровня подрубрики** | |
|  | CODE\_USL | | | | О | | Т(20) | | | Код услуги | | | | Обязательно в одном из блоков USL указывается код ВМП из регионального тарифного справочника.  Дополнительно могут быть поданы услуги A\*, при наличии в НСИ Минздрава России кода, соответствующего проводимой ВМП. | |
|  | KOL\_USL | | | | O | | N(6.2) | | | Количество услуг (кратность услуги) | | | |  | |
|  | TARIF | | | | У | | N(15.2) | | | Тариф | | | |  | |
|  | SUMV\_USL | | | | O | | N(15.2) | | | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | | | | Может принимать значение 0 | |
|  | PRVS | | | | O | | N(4) | | | Специальность медработника, выполнившего услугу | | | | Классификатор медицинских специальностей (должностей) V021. Указывается значение IDSPEC | |
|  | CODE\_MD | | | | O | | Т(25) | | | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | | | | СНИЛС врача без разделителей | |
|  | MED\_DEV | | | | УМ | | S | | | Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека | | | | Обязательно для заполнения по кодам услуг, входящих в справочник V037 "Перечень услуг, требующих имплантацию медицинских изделий" | |
|  | COMENTU | | | | У | | T(250) | | | Служебное поле | | | |  | |
| Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека | | | | | | | | | | | | | | | |
| MED\_DEV | | | DATE\_MED | О | | | | | D | | | Дата установки медицинского изделия | | |  |
|  | | | CODE\_MEDDEV | О | | | | | N(6) | | | Код вида медицинского изделия | | | Заполняется в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий справочника Министерства Здравоохранения РФ "Виды медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и иных устройств для пациентов с ограниченными возможностями" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1079) |
|  | | | NUMBER\_SER | О | | | | | T(100) | | | Серийный номер | | | При отсутствии указывать маркировочный код |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Сведения об обращении за телемедицинской консультацией | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEMED | | DATE\_TM | | | | У | | D | | | Дата оказания телемедицинской консультации | | В формате ГГГГ-ММ-ДД  Обязательно к заполнению при получении заключения. | | |
|  | | KOD\_TM | | | | У | | T(15) | | | Код заключения из системы ТМС «Защита» | | Обязательно к заполнению при получении заключения. | | |
|  | | DATE\_ZP | | | | О | | D | | | Дата запроса телемедицинской консультации | | В формате ГГГГ-ММ-ДД | | |
|  | | KOD\_ZP | | | | О | | T(15) | | | Код запроса из системы ТМС «Защита» | |  | | |
|  | | LPU\_TM | | | | O | | Т(6) | | | Реестровый номер МО, оказывающей телемедицинскую консультацию | | Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). | | |
|  | | PROFIL\_TM | | | | O | | N(3) | | | Профиль медицинской помощи, по которой оказывалась телемедицинская консультация | | Классификатор V002. | | |
|  | | DS1 | | | | O | | T(10) | | | Диагноз, по которому запрошена телемедицинская консультация | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 | | |
|  | | REC\_TM | | | | О | | Т(250) | | | Полученные рекомендации | |  | | |
|  | | IDDOKT | | | | O | | Т(25) | | | Код врача, запросившего телемедицинскую консультацию. При запросе от консилиума врачей указывается код председателя консилиума. | | СНИЛС врача без разделителей. | | |
|  | | COMENTT | | | | У | | T(250) | | | Служебное поле | |  | | |
| Сведения о санкциях | | | | | | | | | | | | | | | |
| SANK | S\_CODE | | | | О | | Т(36) | | | Идентификатор санкции | | | | Уникален в пределах законченного случая. | |
|  | S\_SUM | | | | О | | N(15.2) | | | Сумма финансовой санкции | | | | При не выявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 | |
|  | S\_TIP | | | | О | | N(2) | | | Код вида контроля | | | | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, | |
|  | SL\_ID | | | | УМ | | T(36) | | | Идентификатор случая | | | | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0 | |
|  | S\_OSN | | | | У | | N(3) | | | Код причины отказа (частичной) оплаты | | | | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S\_SUM не равна 0 | |
|  | DATE\_ACT | | | | О | | D | | | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | | | |  | |
|  | NUM\_ACT | | | | О | | T(30) | | | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | | | |  | |
|  | CODE\_EXP | | | | УМ | | T(8) | | | Код эксперта качества медицинской помощи | | | | Обязательно к заполнению в соответствии со справочником F042 (элемент объекта UIDEKMP) для экспертиз качества медицинской помощи 69<SANK.S\_TIP<=87 или SANK.S\_TIP={89, 94} | |
|  | S\_COM | | | | У | | Т(250) | | | Комментарий | | | | Комментарий к санкции. | |
|  | S\_IST | | | | О | | N(1) | | | Источник | | | | 1 – СМО/ТФОМС к МО. | |

**Файл персональных данных**

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: в качестве константы указывается LT. Структура файла идентична описанной в разделе 4.3.3 [Файл персональных данных](#_Файл_персональных_данных).

### Структура реестров счетов на оплату медицинской помощи при проведении диспансеризации, профилактических осмотров и комплексных медицинских обследований, проведенных в Центре здоровья

Реестр счетов состоит из двух файлов: «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при проведении профилактических осмотров, диспансеризации и комплексных медицинских обследований, проведенных в Центре здоровья» и «Файл персональных данных».

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251. Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP.

Имя файла архива формируется по следующему принципу:

**ХPiNiPpNp\_YYMMN.ZIP**, где:

X – одна из констант, обозначающая передаваемые данные:

DP - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

DV - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

DO - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических осмотров взрослого населения;

DS - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

DU - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

DF - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (профилактических);

DA – для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения;

DB – для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения;

DK - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья;

DT - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья;

DС – для реестров комплексных медицинских обследований, проведенных в Центре здоровья.

– Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

– Ni – Номер источника (реестровый номер МО).

– Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

– YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

– MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

– N – номер пакета, обозначающий вид реестра медицинской помощи, принимающий следующие значения:

1 - Реестр медицинской помощи, оказанной гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с классификацией типов профилактических осмотров первого этапа (ДВ4, ДС1, ДС2, ОПВ, ПН1);

2 - Реестр медицинской помощи, оказанной гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с классификацией типов профилактических осмотров второго этапа (ДВ2, ДС3, ДС4, ПН2);

*Пример наименования DPM130003S13009\_19111 – файл за первый этап диспансеризации взрослого населения (DP), от ГБУЗ РМ «Атяшевская РБ» (M130003), в страховую компанию 13009 (Капитал МС), за 2019 год, 11 месяц,», тип – профмероприятия первого этапа.*

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.

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

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

В столбце «Тип» 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. При отсутствии, не передается.
* У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
* М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

* T – <текст>;
* N – <число>;
* D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;
* S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

### Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при проведении профилактических осмотров, диспансеризации, комплексных медицинских обследований, проведенных в Центре здоровья и диспансеризации населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | 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 | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.2». |
|  | DATA | О | D | Дата формирования | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | О | N(9) | Количество случаев | Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| Счёт | | | | | |
| SCHET | CODE | О | N(8) | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod).  Приложения А. |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК |
|  | NSCHET | О | T(15) | Номер счёта |  |
|  | DSCHET | О | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | О | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | О | N(15.2) | Сумма счета, выставленная МО на оплату |  |
|  | COMENTS | У | T(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. |
|  | DISP | О | T(3) | Тип диспансеризации | Классификатор типов диспансеризации V016  (для реестров по комплексным медицинским обследованиям, проведенным в Центре здоровья, указывается код ОПВ) |
| 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 |  |
|  | Z\_SL | О | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| Сведения о пациенте | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | ENP | О | T(20) | Номер единого полиса обязательного медицинского страхования | Для полисов единого образца указывается ЕНП. Для полисов старого образца указывается предрассчитанный ЕНП. |
|  | ST\_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | О | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Обязательное для иногородних пациентов. |
|  | SMO\_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняется в соответствии со справочником F002. Обязательное для иногородних пациентов. |
|  | SMO\_OK | У | T(5) | ОКАТО территории страхования |
|  | SMO\_NAM | У | Т(100) | Наименование СМО | Заполняется в соответствии со справочником F002. |
|  | NOVOR | О | Т(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 Приложения А;  ДД – день рождения;  ММ – месяц рождения;  ГГ – последние две цифры года рождения;  Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | KATEG | У | N(1) | Оказание медицинской помощи определённым категориям граждан | Медицинская помощь оказана застрахованному лицу, постоянно проживающему в стационарных организациях социального обслуживания взрослого населения и организациях для детей-сирот подведомственных Минсоцзащиты:  1 – проживает в стационарной организации для взрослых;  2 – проживает в стационарной организации для детей. |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | O | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008. |
|  | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 |
|  | LPU | О | T(6) | Код МО | МО лечения, заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). |
|  | VBR | О | N(1) | Признак мобильной медицинской бригады | 0 – нет;  1 – да. |
|  | DATE\_Z\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_Z\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | P\_OTK | O | N(1) | Признак отказа | Значение по умолчанию: «0».  В случае отказа указывается значение «1». |
|  | RSLT | O | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009). |
|  | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (V012). |
|  | RSLT\_D | O | N(2) | Результат диспансеризации | Классификатор результатов диспансеризации V017 |
|  | OS\_SLUCH | НМ | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
|  | SL | О | S | Сведения о случае |  |
|  | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Равна значению SUM\_M вложенного элемента SL. |
|  | 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 | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
|  | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже |
|  | SLUG\_ZSL | Y | T(250) | Задание на экспертизу СМО | Классификатор F006. Заполняется идентификатор вида контроля. Возможно указание нескольких значений, разделённых символом «;» |
| **Сведения о случае** | | | | | |
| SL | SL\_ID | О | T(36) | Идентификатор | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002. |
|  | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | P\_CEL | У | Т(3) | Цель посещения | Классификатор целей посещения V025. |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер карты |  |
|  | DATE\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.  Хронические и сопутствующие заболевания указываются в разделе DS2\_N |
|  | DS1\_PR | У | N(1) | Установлен впервые (основной) | Обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра |
|  | DS\_ONK | О | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Заполняется значениями:  0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование;  1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
|  | PR\_D\_N | О | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния):  1 - состоит,  2 – взят  3 – не подлежит диспансерному наблюдению |
|  | PR\_D\_N\_DATE | У | D | Дата взятия на ДН | Указывается при PR\_D\_N = 1 или 2 |
|  | DS2\_N | УМ | S | Сопутствующие заболевания |  |
|  | NAZ | УМ | S | Назначения | Указывается отдельно для каждого назначения. |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | Классификатор медицинских специальностей (V021). Указывается значение IDSPEC |
|  | VERS\_SPEC | O | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей |
|  | IDDOKT | O | Т(25) | Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | Территориальный справочник (СНИЛС врача) |
|  | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи | При оплате за законченный случай указывается значение 1. |
|  | TARIF | О | N(15.2) | Тариф | Заполняется базовым тарифом по случаю согласно Тарифного соглашения |
|  | SUM\_M | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Может быть равна 0 при финансировании в рамках подушевого норматива |
|  | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.  Может не заполняться только в случае отказа от диспансеризации. |
|  | PR\_ZAV | У | N(1) | Признак прохождения углубленной диспансеризации | Прохождение углубленной диспансеризации:  1 – по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией COVID-19, при подаче им заявления на имя руководителя медицинской организации;  0 - переболевшие новой коронавирусной инфекцией COVID-19.  Обязательно для заполнения файлов углубленной диспансеризации |
|  | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле | Обязательно для заполнения **для случаев диспансеризации несовершеннолетних DF** и **Центра здоровья**  Дополнительная информация к случаю, указывать в следующей последовательности:  <Comentsl>m;N</ Comentsl>, где m – код, принимает следующие значения:  **для случаев диспансеризации несовершеннолетних DF:**  1 – случай диспансеризации несовершеннолетних DF  (в значении «N» указывается место проведения диспансеризации:  1 - поликлиника,  2 – образовательное учреждение)  **для случаев Центра здоровья:**  7 - уровень осмотра в Центре здоровья  (в значении «N» указывается:  1 - для первого этапа,  2 – для второго этапа) |
| Сопутствующие заболевания | | | | | |
| DS2\_N | DS2 | О | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | 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,  3 – не подлежит диспансерному наблюдению. |
|  | PR\_DS2\_N\_DATE | У | D | Дата взятия на ДН | Указывается при PR\_DS2\_N = 1 или 2 |
| Назначения | | | | | |
| NAZ | 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\_IDDOKT | О | T(25) | Код лечащего врача ВЫДАВШЕГО направление | СНИЛС врача |
|  | NAZ\_PRVS | О | N(4) | Специальность лечащего врача ВЫДАВШЕГО направление | Классификатор медицинских специальностей (V021). Указывается значение IDSPEC |
|  | NAZ\_SP | У | N(4) | Специальность врача, к которому направлен пациент | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 1 или 2.  Классификатор V021. |
|  | NAZ\_V | У | N(1) | Вид обследования | Заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029  если в поле NAZ\_R проставлен код 3. |
|  | NAZ\_USL | У | Т(15) | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | Заполняется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг услуг (справочник Минздрава 1.2.643.5.1.13.13.11.1070) только при направлении на обследование в случае подозрения на ЗНО (NAZ\_R={3} и DS\_ONK=1) |
|  | NAPR\_DATE | У | D | Дата направления | Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ\_R={2,3} и DS\_ONK=1)  Заполняется плановой назначенной датой. |
|  | NAPR\_DATE\_V | У | D | Дата выдачи направления | Заполняется датой выдачи направления. |
|  | NAPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, куда оформлено направление | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod).  Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ\_R={2,3} и DS\_ONK=1) |
|  | 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. |
| Сведения об услуге | | | | | |
| USL | IDSERV | O | Т(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | О | T(6) | Код МО | МО выполнившее услугу, заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). |
|  | LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО из регионального справочника. |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002. |
|  | DATE\_IN | O | D | Дата начала оказания услуги |  |
|  | DATE\_OUT | O | D | Дата окончания оказания услуги |  |
|  | DS | O | Т(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.  При отказе от услуги указывается «Z53.2» |
|  | P\_OTK | О | N(1) | Признак отказа от услуги | Значение по умолчанию: «0».  В случае отказа указывается значение «1». |
|  | CODE\_USL | О | T(20) | Код услуги | Территориальный классификатор услуг |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф |  |
|  | SUMV\_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
|  | MR\_USL\_N | ОМ | S | Сведения о медработниках, выполнивших услугу |  |
|  | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле |  |
| **Сведения о медработниках, выполнивших услугу** | | | | | |
| MR\_USL\_N | MR\_N | O | N(2) | Номер по порядку |  |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность медицинского работника | Классификатор медицинских специальностей (V021). Указывается значение IDSPEC |
|  | CODE\_MD | O | T(25) | Код медицинского работника | СНИЛС без разделителей |
|  |  |  |  |  |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | |
| SANK | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах законченного случая. |
|  | S\_SUM | О | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | При не выявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | О | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006 |
|  | SL\_ID | УM | T(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0 |
|  | S\_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | О | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | NUM\_ACT | О | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | CODE\_EXP | УМ | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии со справочником F042 (элемент объекта UIDEKMP) для экспертиз качества медицинской помощи 69<SANK.S\_TIP<=87 или SANK.S\_TIP={89, 94} |
|  | S\_COM | У | Т(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
|  | S\_IST | О | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

**Фай персональных данных.**

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: LP, LV, LO, LS, LU, LF: в зависимости от типа диспансеризации в соответствии с именем основного файла;

LC – для комплексных медицинских обследований, проведенных в Центре здоровья.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **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 | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.2.1». |
|  | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | FILENAME1 | О | T(26) | Имя основного файла | Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения. |
| **Данные** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи. |
|  | FAM | O | T(40) | Фамилия пациента | FAM (фамилия) и/или (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия какого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение и реквизит не указывается.  OT (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.  Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля |
|  | IM | O | T(40) | Имя пациента |
|  | OT | О | T(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) | Код надежности идентификации пациента | 1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю.  Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | TEL | У | Т(10) | Номер телефона  пациента | Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений. Информация для страхового представителя. |
|  | FAM\_P | У | T(40) | Фамилия представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. 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 | T(40) | Имя представителя пациента |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента |
|  | W\_P | У | N(1) | Пол представителя пациента |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя пациента |
|  | DOST\_P | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации представителя | 1–отсутствует отчество; 2–отсутствует фамилия; 3–отсутствует имя; 4–известен только месяц и год даты рождения; 5–известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю.  Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | MR | У | T(100) | Место рождения пациента или представителя | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
|  | DOCTYPE | У | T(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».  **Обязательное для иногородних пациентов**. |
|  | DOCSER | У | T(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | **Обязательное для иногородних пациентов.** |
|  | DOCNUM | У | T(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | **Обязательное для иногородних пациентов.** |
|  | DOCDATE | У | D | Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к заполнению для застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы |
|  | DOCORG | У | T(1000) | Наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность | При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к заполнению для застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы |
|  | SNILS | У | T(14) | СНИЛС пациента или представителя | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
|  | OKATOG | У | T(11) | Код места жительства по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | OKATOP | У | T(11) | Код места пребывания по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | COMENTP | У | T(250) | Служебное поле | Признак «Специальная группа»  Значения:  2 –инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий;  3 - Ветераны ВОВ 1941-1945 годов;  ~~4 - Вдовы (вдовцы) умерших инвалидов и ветеранов ВОВ 1941-1945 годов;~~  5 - Лица награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда", инвалиды вследствие общего заболевания;  6 - Бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами;  0 – отсутствует спец. группа |
|  | STATUS | O | N(1) | Статус пациента | Статус пациента:  1 – Работающий  2 – Неработающий  3 – Сирота  4 – Несовершеннолетний  5 – Совершеннолетний учащийся |

### Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования

Формируется из законченных случаев, где в одном из случаев, входящих в законченный случай, сведений о выявлении подозрения на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1), или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47).

| **Код элемента** | | **Содержание элемента** | | **Тип** | | **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 законченных случаях оказания медицинской помощи | |
| **Заголовок файла** | | | | | | | | | | |
| ZGLV | | VERSION | | O | | T(5) | | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «4.0». | |
|  | | DATA | | О | | D | | Дата создания файла | В формате ГГГГ-ММ-ДД | |
|  | | FILENAME | | О | | T(26) | | Имя файла | Имя файла без расширения. | |
|  | | SD\_Z | | О | | N(9) | | Количество записей в файле | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. | |
| **Счёт** | | | | | | | | | | |
| SCHET | | CODE | | О | | N(8) | | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер). | |
|  | | CODE\_MO | | О | | T(6) | | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). | |
|  | | YEAR | | O | | N(4) | | Отчетный год |  | |
|  | | MONTH | | O | | N(2) | | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК | |
|  | | NSCHET | | О | | T(15) | | Номер счёта |  | |
|  | | DSCHET | | О | | D | | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД | |
|  | | PLAT | | О | | T(5) | | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. | |
|  | | SUMMAV | | О | | N(15.2) | | Сумма счета, выставленная МО на оплату |  | |
|  | | COMENTS | | У | | T(250) | | Служебное поле к счету | Заполняется при необходимости указания дополнительных сведений по 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. Заполняется СМО (ТФОМС). | |
|  | | SANK\_EKMP | | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. Заполняется СМО (ТФОМС). | |
| **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 (случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК). | |
|  | | PACIENT | | О | | S | | Сведения о пациенте |  | |
|  | | Z\_SL | | О | | S | | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи включаются в счет при наличии в одном из случаев, входящих в законченный случай, сведений о выявлении подозрения на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1), или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) | |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | | | | | |
| PACIENT | | ID\_PAC | | О | | T(36) | | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. | |
|  | | VPOLIS | | O | | N(1) | | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008. | |
|  | | SPOLIS | | У | | Т(10) | | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  | |
|  | | NPOLIS | | O | | T(20) | | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  | |
|  | | ST\_OKATO | | У | | T(5) | | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных | |
|  | | SMO | | O | | T(5) | | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 | |
|  | | SMO\_OGRN | | Y | | T(15) | | ОГРН СМО |  | |
|  | | SMO\_OK | | Y | | T(5) | | ОКАТО территории страхования |  | |
|  | | SMO\_NAM | | Y | | Т(100) | | Наименование СМО | Заполняется в соответствии со справочником F002 | |
|  | | 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). | |
|  | | MSE | | У | | N(1) | | Направление на МСЭ | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. | |
|  | | NOVOR | | О | | Т(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. | |
|  | | KATEG | | У | | N(1) | | Оказание медицинской помощи определённым категориям граждан | Медицинская помощь оказана застрахованному лицу, постоянно проживающему в стационарных организациях социального обслуживания взрослого населения и организациях для детей-сирот **подведомственных Минсоцзащиты**:  1 – проживает в стационарной организации для взрослых;  2 – проживает в стационарной организации для детей. | |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | | | | | |
| Z\_SL | | IDCASE | | O | | N(11) | | Номер записи в реестре законченных 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). | |
|  | | VIDPOM | | O | | N(4) | | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008. | |
|  | | FOR\_POM | | О | | N(1) | | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 | |
|  | | NPR\_MO | | У | | Т(6) | | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod).  Заполнение **обязательно** в случаях оказания:  1.плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK = 2);  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование, или установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47 при направлении из другой МО  **4. ОБЯЗАТЕЛЬНО для плановой медицинской помощи (FOR\_POM=3) в любых случаях в счетах по застрахованным на другой территории**  **5. Заполняется для всех случаев диагностических услуг** | |
|  | | NPR\_DATE | | У | | D | | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполняется датой выдачи направления.  Заполнение **обязательно** в случаях оказания:  1.плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. медицинской помощи в условиях дневного стационара (USL\_OK = 2);  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование, или установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47)  при направлении из другой МО  **4. ОБЯЗАТЕЛЬНО для плановой медицинской помощи (FOR\_POM=3) в любых случаях в счетах по застрахованным на другой территории.**  **5. Заполняется для всех случаев диагностических услуг** | |
|  | | LPU | | О | | T(6) | | Код МО | Код МО лечения, заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). | |
|  | | DATE\_Z\_1 | | O | | D | | Дата начала лечения |  | |
|  | | DATE\_Z\_2 | | O | | D | | Дата окончания лечения |  | |
|  | | KD\_Z | | У | | N(3) | | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара  **Для пребывания в дневном стационаре и стационаре на дому указывается фактическое количество пациенто-дней.** | |
|  | | VNOV\_M | | УМ | | N(4) | | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  **Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.** | |
|  | | RSLT | | O | | N(3) | | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009). | |
|  | | ISHOD | | O | | N(3) | | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (V012). | |
|  | | OS\_SLUCH | | НМ | | N(1) | | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. | |
|  | | VB\_P | | У | | N(1) | | Признак внутрибольничного перевода | Указывается «1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. | |
|  | | SL | | ОМ | | S | | Сведения о случае | Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ.  **(при возникновении подозрения на онкозаболевание в любом из случаев в течении одной госпитализации, вся госпитализация (Z\_SL) выгружается в реестр по онкозаболеваниям)** | |
|  | | IDSP | | O | | N(2) | | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 | |
|  | | SUMV | | O | | N(15.2) | | Сумма, выставленная к оплате | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL. | |
|  | | 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 | | УМ | | S | | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. | |
|  | | SANK\_IT | | У | | N(15.2) | | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже. Заполняется СМО (ТФОМС). | |
|  | | SLUG\_ZSL | | У | | T(250) | | Задание на экспертизу СМО | Классификатор F006. Заполняется идентификатор вида контроля. Возможно указание нескольких значений, разделённых символом «;» | |
|  | | USL\_DN | | У | | N(1) | | Условия проведения диспансерного наблюдения работающих граждан | Заполняется в случае проведения диспансерного наблюдения работающих граждан следующими значениями:  1 – с использованием подразделений работодателя;  2 – в соответствии с заключенным договором с МО;  3 – в условиях медицинской организации, к которой прикреплен работающий гражданин;  4 – с использованием выездных форм работы по месту осуществления прикрепленным гражданином служебной деятельности.  При отсутствии не заполнять. | |
| **Сведения о случае** | | | | | | | | | | |
| SL | | SL\_ID | | О | | T(36) | | Идентификатор случая | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. | |
|  | | LPU\_1 | | У | | T(8) | | Структурное подразделение МО | Структурное подразделение МО лечения из регионального справочника. Заполняется при наличии структурных подразделений в МО | |
|  | | PODR | | У | | N(12) | | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника. | |
|  | | PROFIL | | O | | N(3) | | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002. | |
|  | | PROFIL\_K | | У | | N(3) | | Профиль койки | Классификатор V020.  Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара. USL\_OK = 1 или USL\_OK = 2. | |
|  | | DET | | О | | N(1) | | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. | |
|  | | P\_CEL | | У | | Т(3) | | Цель посещения | Классификатор целей посещения V025.  Обязательно к заполнению для амбулаторных условий. | |
|  | | NHISTORY | | O | | T(50) | | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи |  | |
|  | | 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  **(в случаях перевода хотя бы в одном случае необходимо выполнения условия:**  **1. DS\_ONK =1**  **Или**  **2. первый символ кода основного диагноза (DS1) должен быть «С», или из диапазона D00-D09** | |
|  | | DATE\_1 | | O | | D | | Дата начала лечения |  | |
|  | | DATE\_2 | | O | | D | | Дата окончания лечения |  | |
|  | | KD | | У | | N(3) | | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара.  **Указывается фактическое количество койко-дней/пациенто-дней с учётом режима работы МО** | |
|  | | DS0 | | Н | | T(10) | | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 **(не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL\_OK=4**). Указывается при наличии | |
|  | | DS1 | | O | | T(10) | | Диагноз основной | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 **(не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи).** | |
|  | | DS2 | | УМ | | T(10) | | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 **(не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи).** Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. | |
|  | | DS3 | | УМ | | T(10) | | Диагноз осложнения заболевания | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 **(не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи).** Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. | |
|  | | C\_ZAB | | У | | N(1) | | Характер основного заболевания | Классификатор характера заболевания V027  Обязательно к заполнению при **установленном** диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09)  для **круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи** | |
|  | | DS\_ONK | | О | | N(1) | | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Заполняется значениями:  0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование;  1 - при выявлении 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** | |
|  | | DN\_DATE | | У | | D | | Дата взятия на диспансерное наблюдение | Заполняется при заполненном DN | |
|  | | DN\_NEXT\_DT | | У | | D | | Период следующей явки на диспансерное наблюдение | Заполняется при наличии - как 1 число планового месяца следующего осмотра в рамках диспансерного наблюдения | |
|  | | DN\_DS | | УМ | | T(10) | | Повод постановки на ДН | Указывается диагноз заболевания, по которому назначено диспансерное наблюдение.  Для случаев, наблюдения после острых состояний с отличным от текущего диагнозом.  **Обязательно для заполнения, если P\_CEL=1.3** | |
|  | | CODE\_MES1 | | УМ | | Т(20) | | Код МЭС | Указывается при наличии утверждённого стандарта. | |
|  | | CODE\_MES2 | | У | | Т(20) | | Код МЭС сопутствующего заболевания |
|  | | NAPR | | УM | | S | | Сведения об оформлении направления | Обязательно к заполнению в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) | |
|  | | CONS | | УМ | | S | | Сведения о проведении консилиума | Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения. Заполняется при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) | |
|  | | ONK\_SL | | У | | S | | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09), если  (USL\_OK не равен 4 и  REAB не равен 1 и  DS\_ONK не равен 1) | |
|  | | KSG\_KPG | | У | | S | | Сведения о КСГ/КПГ | Заполняется при оплате случая лечения по КСГ или КПГ | |
|  | | REAB | | У | | N(1) | | Признак реабилитации | Указывается значение «1» для случаев реабилитации | |
|  | | PRVS | | O | | N(4) | | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | Классификатор медицинских специальностей (должностей) V021.Указывается значение IDSPEC | |
|  | | VERS\_SPEC | | O | | T(4) | | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей (V021) | |
|  | | IDDOKT | | O | | Т(25) | | Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | СНИЛС врача без разделителей | |
|  | | ED\_COL | | У | | N(5.2) | | Количество единиц оплаты медицинской помощи | Для стоматологической помощи заполняется суммой УЕТ по всем услугам.  При оплате за законченный случай указывается значение 1 (за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)). | |
|  | | TARIF | | **У** | | N(15.2) | | Тариф | Тариф с учётом всех примененных коэффициентов.  Обязателен для USL\_OK = {1,2} | |
|  | | SUM\_M | | O | | N(15.2) | | Стоимость случая, выставленная к оплате | Может указываться нулевое значение.  Может состоять из тарифа КСГ и стоимости некоторых услуг. | |
|  | | USL | | УМ | | S | | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках законченного случая.  Допускается указание услуг с нулевой стоимостью.  Указание услуг с нулевой стоимостью обязательно, если условие их оказания является тарифообразующим (например, при оплате по КСГ).  Обязательно к заполнению в случае проведения **хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий** при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) | |
|  | | TELEMED | | УМ | | S | | Сведения о полученной телемедицинской консультации |  | |
|  | | COMENTSL | | У | | T(250) | | Служебное поле | Заполняется специальными кодами в виде  **XX:yy;** - где XX – код показателя, yy – значение этого показателя.  Допустимые коды:  **TRAUMA**, **КТП, КТЛ.**  В случае оказания медицинской помощи застрахованному лицу, пострадавшему в результате противоправных действий, в элемент COMENTSL вносится значение **TRAUMA:17; (**безкавычек).  Для результатов компьютерной томографии легких значения из списка:  КТ-0, КТ-1, КТ-2, КТ-3, КТ-4, РГ-2.  Для заполнения степени тяжести по ШРМ для случаев мед. реабилитации выбирается значение из списка REAB:1; REAB:2; REAB:3. | |
| Сведения об оформлении направления | | | | | | | | | | |
| NAPR | | NAPR\_DATE | | O | | D | | Дата направления | Заполняется датой, на которую назначено исследование, консультация, госпитализация | |
|  | | NAPR\_DATE\_V | | О | | D | | Дата выдачи направления | Заполняется датой выдачи направления. | |
|  | | NAPR\_MO | | У | | Т(6) | | Код МО, куда оформлено направление | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod).  Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО | |
|  | | NAPR\_V | | O | | N(2) | | Вид направления | Классификатор видов направления V028 | |
|  | | MET\_ISSL | | У | | N(2) | | 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 услуг (справочник Минздрава 1.2.643.5.1.13.13.11.1070). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL | |
| Сведения о проведении консилиума | | | | | | | | | | |
| CONS | | PR\_CONS | | O | | N(1) | | Цель проведения консилиума | Классификатор целей консилиума N019 | |
|  | | DT\_CONS | | У | | D | | Дата проведения консилиума | Обязательно заполнению, если консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}) | |
| Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | | | | | | | | |
| ONK\_SL | | DS1\_T | | О | | N(2) | | Повод обращения | Классификатор поводов обращения N018 | |
|  | | STAD | | У | | N(3) | | Стадия заболевания | Заполняется в соответствии со справочником N002 Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении  (DS1\_T={0,1,2,3,4}). | |
|  | | ONK\_DST | | У | | T(10) | | Код диагноза онкозаболевания по МКБ-О-3 Топография | Заполняется согласно международной классификации болезней – Онкология (3 издание). Топографические коды  Обязательно для впервые выявленных онкологических заболеваний. | |
|  | | ONK\_DSM | | У | | T(10 | | Код диагноза онкозаболевания по МКБ-О-3 Морфология | Заполняется согласно международной классификации болезней – Онкология (3 издание). Морфологические коды  Обязательно для впервые выявленных онкологических заболеваний. | |
|  | | ONK\_T | | У | | N(4) | | Значение Tumor | Заполняется в соответствии со справочником N003 обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет | |
|  | | ONK\_N | | У | | N(4) | | Значение Nodus | Заполняется в соответствии со справочником N004 обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет | |
|  | | ONK\_M | | У | | N(4) | | Значение Metastasis | Заполняется в соответствии со справочником N005 обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет | |
|  | | MTSTZ | | У | | N(1) | | Признак выявления отдалённых метастазов | Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2). При выявлении отдалённых метастазов обязательно к заполнению значением 1 | |
|  | | SOD | | У | | N(4.2) | | Суммарная очаговая доза | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4)  Может принимать значение «0» | |
|  | | K\_FR | | У | | N(2) | | Количество фракций проведения лучевой терапии | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4).  Может принимать значение «0» | |
|  | | WEI | | У | | N(3.1) | | Масса тела (кг) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела | |
|  | | HEI | | У | | N(3) | | Рост (см) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела | |
|  | | BSA | | У | | N(1.2) | | Площадь поверхности тела (м2) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела | |
|  | | B\_DIAG | | УМ | | S | | Диагностический блок | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах. Обязательно к заполнению при взятии материала и/или получении результатов диагностики. | |
|  | | 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 | | УМ | | S | | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара (USL\_OK=1 или USL\_OK=2) при проведении противоопухолевого лечения (DS1\_T={0,1,2}) | |
| Диагностический блок | | | | | | | | | | |
| B\_DIAG | | DIAG\_DATE | | О | | D | | Дата взятия материала | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. | |
|  | | DIAG\_TIP | | О | | N(1) | | Тип диагностического показателя | обязательно к заполнению значениями:  1 – гистологический признак;  2 – маркёр (ИГХ). | |
|  | | DIAG\_CODE | | О | | 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 | |
|  | | DIAG\_RSLT | | У | | N(3) | | Код результата диагностики | Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC\_RSLT =1).  При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008 Приложения А.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 | |
|  | | DIAG\_RSLT\_DATE | | У | | D | | Дата получения результатов | Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC\_RSLT =1). | |
|  | | 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 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 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 | |
|  | | PPTR | | У | | N(1) | | Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса | Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала | |
|  | | LUCH\_TIP | | У | | N(1) | | Тип лучевой терапии | При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4 | |
| Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | | | | | | | | | |
| LEK\_PR | | REGNUM | | O | | Т(6) | | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии | Заполняется в соответствии склассификатором N020 | |
|  | | CODE\_SH | | О | | T(10) | | Код схемы лекарственной терапии | Заполняется:  1. кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024 при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше;  2. значением **«нет»** при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет | |
|  | | DATE\_INJ | | OМ | | D | | Дата введения лекарственного препарата | При инфузионном продолжительном введении указываются все даты в течении которых проводилось введение | |
| Сведения о КСГ/КПГ | | | | | | | | | | |
| KSG\_ KPG | | N\_KSG | | У | | T(20) | | Номер КСГ | Номер КСГ (V023) с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KРG | |
|  | | VER\_KSG | | O | | N(4) | | Модель определения КСГ | Указывается версия модели определения КСГ (год) | |
|  | | KSG\_PG | | О | | N(1) | | Признак использования подгруппы КСГ | 0 – подгруппа КСГ не применялась;  1 – подгруппа КСГ применялась | |
|  | | N\_KPG | | У | | Т(4) | | Номер КПГ | Номер КПГ (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KSG | |
|  | | KOEF\_Z | | O | | N(2.5) | | Коэффициент затратоемкости | Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПГ | |
|  | | KOEF\_UP | | O | | N(2.5) | | Управленческий коэффициент | Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПГ. При отсутствии указывается «1» | |
|  | | BZTSZ | | O | | N(6.2) | | Базовая ставка | Значение базовой ставки, указывается в рублях | |
|  | | KOEF\_D | | O | | N(2.5) | | Коэффициент дифференциации | Значение коэффициента дифференциации | |
|  | | KOEF\_U | | O | | N(2.5) | | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи | |
|  | | K\_ZP | | O | | N(3.5) | | Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы | Значение коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы для КСГ. При отсутствии указывается «1». | |
|  | | CRIT | | УМ | | T(10) | | классификационный критерий | классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом Российской Федерации.  Обязателен к заполнению:  -  в случае применения при оплате случая лечения по КСГ;  - в случае применения при оплате случая лечения по КПГ, если применен региональный классификационный критерий;  - в случае применения при злокачественном новообразовании:   * лучевой терапии (кроме радионуклидной терапии), * лекарственных препаратов, применяемых в сочетании с лучевой терапией,   схемы лекарственной терапии, указанной в группировщике КСГ | |
|  | | SL\_K | | О | | N(1) | | Признак использования  КСЛП | 0 – КСЛП не применялся;  1 – КСЛП применялся | |
|  | | IT\_SL | | У | | N(1.6) | | Применённый коэффициент сложности лечения пациента | Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая.  Указывается только при использовании. | |
|  | | SL\_KOEF | | УМ | | S | | Коэффициенты сложности лечения пациента | Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента.  Указывается при наличии IT\_SL. | |
| Коэффициенты сложности лечения пациента | | | | | | | | | | |
| SL\_KOEF | | IDSL | | O | | N(4) | | Номер коэффициента сложности лечения пациента | В соответствии с региональным справочником. | |
|  | | Z\_SL | | O | | N(1.6) | | Значение коэффициента сложности лечения пациента |  | |
| **Сведения об услуге** | | | | | | | | | | |
| USL | | IDSERV | | O | | Т(36) | | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах законченного случая | |
|  | | LPU | | O | | Т(6) | | Код МО | МО лечения, заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). | |
|  | | LPU\_1 | | У | | Т(8) | | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника | |
|  | | PODR | | У | | N(12) | | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника | |
|  | | PROFIL | | O | | N(3) | | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 | |
|  | | VID\_VME | | У | | Т(15) | | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг услуг (справочник Минздрава 1.2.643.5.1.13.13.11.1070), обязательно к заполнению:   * для услуг диализа, * для услуг, условие оказания которых является тарифообразующим,   в случае проведения **хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий** при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09). **Код вида A\*, B\***  для случаев назначения лекарственной терапии указываются услуги A25.30.033, A25.30.014 в зависимости от возраста пациента  для услуг КТ и МРТ. | |
|  | | 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 | | Т(10) | | Диагноз | Код из справочника МКБ **до уровня подрубрики** | |
|  | | CODE\_USL | | О | | Т(20) | | Код услуги | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг.  Для случаев назначения лекарственной терапии указываются услуги A25.30.033, A25.30.014 в зависимости от возраста пациента | |
|  | | KOL\_USL | | O | | N(6.2) | | Количество услуг (кратность услуги) |  | |
|  | | TARIF | | У | | N(15.2) | | Тариф | Заполняется обязательно при наличии тарификации данной услуги в тарифном соглашении | |
|  | | SUMV\_USL | | O | | N(15.2) | | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | Может принимать значение 0  При указании услуг КТ и МРТ с указанием анатомических зон стоимость услуги устанавливается на одной услуги с максимальным уникальным идентификатором справочника 1.2.643.5.1.13.13.11.1070 из списка услуг случая. | |
|  | | PRVS | | O | | N(4) | | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (должностей) V021. Указывается значение IDSPEC | |
|  | | CODE\_MD | | O | | Т(25) | | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | СНИЛС врача без разделителей | |
|  | | NPL | | У | | N(1) | | Неполный объём | Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме.  1 – документированный отказ больного,  2 – медицинские противопоказания,  3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.)  4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков. | |
|  | | COMENTU | | У | | T(250) | | Служебное поле | В элемент COMENTU вносится значение номер зуба для стоматологических услуг.  Значения:  от 11 до 48 – для взрослых, 51-85 – для детей.  Для обычных услуг не заполняется | |
| Сведения об обращении за телемедицинской консультацией | | | | | | | | | | |
| TELEMED | DATE\_TM | | У | | D | | Дата оказания телемедицинской консультации | | | В формате ГГГГ-ММ-ДД  Обязательно к заполнению при получении заключения. |
|  | KOD\_TM | | У | | T(15) | | Код заключения из системы ТМС «Защита» | | | Обязательно к заполнению при получении заключения. |
|  | DATE\_ZP | | О | | D | | Дата запроса телемедицинской консультации | | | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | KOD\_ZP | | О | | T(15) | | Код запроса из системы ТМС «Защита» | | |  |
|  | LPU\_TM | | O | | Т(6) | | Реестровый номер МО, оказывающей телемедицинскую консультацию | | | Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). |
|  | PROFIL\_TM | | O | | N(3) | | Профиль медицинской помощи, по которой оказывалась телемедицинская консультация | | | Классификатор V002. |
|  | DS1 | | O | | T(10) | | Диагноз, по которому запрошена телемедицинская консультация | | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 |
|  | REC\_TM | | О | | Т(250) | | Полученные рекомендации | | |  |
|  | IDDOKT | | O | | Т(25) | | Код врача, запросившего телемедицинскую консультацию. При запросе от консилиума врачей указывается код председателя консилиума. | | | СНИЛС врача без разделителей. |
|  | COMENTT | | У | | T(250) | | Служебное поле | | |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | | | | | |
| SANK | | S\_CODE | | О | | Т(36) | | Идентификатор санкции | Уникален в пределах законченного случая. | |
|  | | S\_SUM | | О | | N(15.2) | | Сумма финансовой санкции | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 | |
|  | | S\_TIP | | О | | N(2) | | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006 | |
|  | | SL\_ID | | УМ | | T(36) | | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0 | |
|  | | S\_OSN | | У | | N(3) | | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S\_SUM не равна 0 | |
|  | | DATE\_ACT | | О | | D | | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  | |
|  | | NUM\_ACT | | О | | T(30) | | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  | |
|  | | CODE\_EXP | | УМ | | T(8) | | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии со справочником F042 (элемент объекта UIDEKMP) для экспертиз качества медицинской помощи 69<SANK.S\_TIP<=87 или SANK.S\_TIP={89, 94} | |
|  | | S\_COM | | У | | Т(250) | | Комментарий | Комментарий к санкции. | |
|  | | S\_IST | | О | | N(1) | | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. | |

## Структура файла перечня граждан, согласованного с работодателем и (или) руководителем образовательной организации для проведения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации

Для исполнения приказа Министерства здравоохранения РФ от 28.09.2023 №515н «О внесении изменений в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 №404н» медицинская организация для проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения размещает предварительный перечень граждан, согласованный с работодателем, в формате **csv** (с разделителем «точка с запятой», кодировка ANSI), **xls** или **xlsx** через подсистему «Система информационного сопровождения застрахованных лиц» АИС «ИМЦ: ТФОМС» (далее СИСЗЛ АИС «ИМЦ: ТФОМС»). ТФОМС осуществляет сверку загруженного списка на предмет исключения повторного в текущем году проведения профилактического медицинского осмотра или диспансеризации. Результат сверки размещается в СИСЗЛ АИС «ИМЦ: ТФОМС».

**4.4.1 Формат загружаемого файла**

| **Наименование поля** | **Тип** | **Формат заполнения** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| inn | О | T | ИНН работодателя и (или) образовательной организации | Количество символов - 10 или 12. |
| organization\_name | О | T | Наименование работодателя и (или) образовательной организации |  |
| organization\_address | О | T | Адрес проведения профилактических мероприятий |  |
| fact\_date | О | D (ДД.ММ.ГГГГ) | Дата проведения профилактических мероприятий | В формате ДД.ММ.ГГГГ |
| fact\_time | О | Т | Время проведения профилактических мероприятий |  |
| surname | У | Т | Фамилия работника и (или) обучающегося |  |
| name | У | Т | Имя работника и (или) обучающегося |  |
| secname | У | Т | Отчество работника и (или) обучающегося |  |
| birthday | О | D (ДД.ММ.ГГГГ) | Дата рождения работника и (или) обучающегося | В формате ДД.ММ.ГГГГ |
| sex | O | N(1) | Пол пациента | Заполняется в соответствии с классификатором V005 (1 – М, 2 – Ж). |
| enp | О | T | ЕНП (единый номер полиса) | Количество символов – 16. |
| snils | У | Т | СНИЛС (с разделителями) | В формате 000-000-000 00 |
| phone | Н | T | Контакты гражданина | Телефон |
| remstat | О | N(2) | Признак включения (исключения) работника и (или) обучающегося в перечень | Справочник remstat (при включении в список указывать 0) |
| disp\_type | О | N(1) | Тип профилактического мероприятия | Справочник disp\_type |

4.4.2 Справочник remstat

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | Застрахован в ОМС |
| 1 | Умер |
| 2 | Переехал в другой регион РФ |
| 20 | Исключен из плана медосмотра по инициативе МО |
| 21 | Исключен из плана медосмотра по инициативе работодателя |

4.4.2 Справочник disp\_type

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | диспансеризация взрослых |
| 2 | профилактические медосмотры взрослого населения |

# Информационный обмен сведениями о получении телемедицинских консультаций.

В соответствии с п. 265 Правил ОМС медицинская организация, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, после получения сведений, содержащих рекомендации медицинских работников федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, не позднее одного рабочего дня с даты получения данных сведений размещает посредством информационного ресурса информацию о застрахованных лицах, в отношении которых получены указанные рекомендации.

Передача сведений о получении телемедицинских консультаций в единый ресурс ТФОМС осуществляется следующими способами:

- в файле со сведениями об оказанной медицинской помощи;

- отправкой отдельного файла информационного обмена с именем **PPiNiPpNp\_YYMMN.XML** по защищенной сети VipNet через подсистему СЭД «ИМЦ: ТФОМС», подписанный усиленной квалифицированной подписью руководителя медицинской организации;

- выгрузка данных из федеральной системы «Телемедицинская система дистанционных консультаций федерального и регионального уровней» и последующая их загрузка в единый ресурс ТФОМС в разделе «Телемедицинские консультации» подсистемы «Система информационного сопровождения застрахованных лиц» автоматизированной информационной системы «ИМЦ: ТФОМС» (далее ТМК СИСЗЛ «ИМЦ: ТФОМС»);

- в ручном режиме в web-интерфейсе ТМК СИСЗЛ «ИМЦ: ТФОМС».

Предоставленные сведения о получении телемедицинских консультаций аккумулируются в разделе «Телемедицинские консультации» СИСЗЛ «ИМЦ: ТФОМС».

В соответствии с п.267 Правил ОМС страховая медицинская организация осуществляет контроль выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

Страховой представитель в течение двух рабочих дней со дня размещения медицинской организацией на информационном ресурсе СИСЗЛ «ИМЦ: ТФОМС» о получении рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, обеспечивает проведение очной медико-экономической экспертизы в соответствии с порядком проведения контроля.

Экспертиза качества медицинской помощи по случаям оказания застрахованным лицам медицинской помощи с применением рекомендаций, полученных в ходе телемедицинских консультаций/консилиумов, проводится страховой медицинской организацией.

Результаты контрольных мероприятий регистрируются страховой медицинской организацией в разделе «Телемедицинские консультации» СИСЗЛ «ИМЦ: ТФОМС».

## Структура файла PPiNiPpNp\_YYMMN.XML

Сведения формируются отдельно в разрезе СМО.

Файлы пакета информационного обмена упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

**PPiNiPpNp\_YYMMN.XML**, где

P – константа, обозначающая передаваемые данные.

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

M – МО;

Ni – Номер источника (реестровый номер МО).

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

Np – Реестровый номер СМО по страховой принадлежности пациентов.

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).

**Описание структуры файла.**

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | ZAP | ОМ | S | Записи | Записи о случаях обращений за телемедицинской консультацией |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0». |
|  | DATA | О | D | Дата создания файла | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | О | N(9) | Количество записей в файле | Указывается кол-во записей в файле (случаев обращений за телемедицинской консультацией) |
| **Записи** | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте |  |
|  | TELEMED | О | S | Сведения об обращении за телемедицинской консультацией |  |
| **Сведения о пациенте** | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. |
|  | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008. |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | ST\_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | O | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 |
|  | SMO\_OGRN | O | T(15) | ОГРН СМО | Заполняется в соответствии со справочником F002 |
|  | SMO\_OK | O | T(5) | ОКАТО территории страхования |  |
|  | SMO\_NAM | O | Т(100) | Наименование СМО | Заполняется в соответствии со справочником F002 |
|  | FAM | У | T(40) | Фамилия пациента | FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  OT (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.  Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля. |
|  | IM | У | T(40) | Имя пациента |
|  | OT | У | T(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) | 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. |
|  | TEL | У | T(100) | Номер телефона пациента | Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений.  Информация для страхового представителя. |
|  | FAM\_P | У | T(40) | Фамилия представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.  Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля.  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 | T(40) | Имя представителя пациента |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента |
|  | W\_P | У | N(1) | Пол представителя пациента |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя пациента |
|  | DOST\_P | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации представителя | 1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю.  Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | MR | У | T(100) | Место рождения пациента или представителя | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
|  | SNILS | У | T(14) | СНИЛС пациента или представителя | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
|  | OKATOG | У | T(11) | Код места жительства по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | OKATOP | У | T(11) | Код места пребывания по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | COMENTP | У | T(250) | Служебное поле |  |
| Сведения об обращении за телемедицинской консультацией | | | | | |
| TELEMED | DATE\_TM | У | D | Дата оказания телемедицинской консультации | В формате ГГГГ-ММ-ДД  Обязательно к заполнению при получении заключения. |
|  | KOD\_TM | У | T(15) | Код заключения из системы ТМС «Защита» | Обязательно к заполнению при получении заключения. |
|  | DATE\_ZP | О | D | Дата запроса телемедицинской консультации | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | KOD\_ZP | О | T(15) | Код запроса из системы ТМС «Защита» |  |
|  | LPU\_TM | O | Т(6) | Реестровый номер МО, оказывающей телемедицинскую консультацию | Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). |
|  | PROFIL\_TM | O | N(3) | Профиль медицинской помощи, по которой оказывалась телемедицинская консультация | Классификатор V002. |
|  | LPU | O | Т(6) | Реестровый номер МО, запросившей телемедицинскую консультацию | Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). |
|  | LPU\_1 | У | T(8) | Структурное подразделение МО, запросившей телемедицинскую консультацию | Структурное подразделение МО лечения из регионального справочника. Заполняется при наличии структурных подразделений в МО |
|  | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | NOVOR | О | Т(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). |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз, по которому запрошена телемедицинская консультация | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 |
|  | REC\_TM | О | Т(500) | Полученные рекомендации |  |
|  | IDDOKT | O | Т(25) | Код лечащего врача/врача, запросившего телемедицинскую консультацию. При запросе от консилиума врачей указывается код председателя консилиума. | СНИЛС врача без разделителей. |
|  | COMENT | У | T(250) | Служебное поле |  |

# Структура файла со сведениями об оказанной медицинской помощи, представляемого ТФОМС Республики Мордовия в страховые медицинские организации

## Структура имени файла

Структура имени файла идентична [разделу 4](#_Структура_файла_со) с учетом кода источника данных:

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник, принимающий значение T – ТФОМС.

# Обмен сведениями по контрольно-экспертным мероприятиям

## Структура файла с заданиями на проведение контроль-экспертных мероприятий

Имя файла формируется по следующему принципу:

**EPiNiPpNp\_YYMMN.XML**, где

E **–** Константа, признак файла с заданиями на проведение контрольно-экспертных мероприятий.

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС.

Ni – Номер источника (код ТФОМС).

Pp – Параметр, определяющий организацию - получателя:

S – СМО.

Np – Номер получателя (реестровый код СМО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода;

N – номер пакета.

Файлы пакета информационного обмена упакованы в архив формата ZIP.

*Пример наименования файла: ET13S13009\_21071.XML.*

Описание структуры:

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(3) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0». |
|  | DATA | О | D | Дата создания файла | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | О | N(9) | Количество записей в файле | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц |  |
|  | PLAT | О | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002. |
|  | ZAP | O | S | Записи со сведениями о случаях на экспертизу |  |
| **Сведения о записи** | | | | | |
| ZAP | TFOMS\_ID | O | T(36) | Идентификатор записи задания | Уникальный идентификатор случая при обмене сведениями об экспертных мероприятиях. Необходим и при предоставлении данных о результатах экспертизы. |
|  | FILENAME\_MO | O | T(26) | Имя файла от МО | Заполняется именем файла реестра счета от МО |
|  | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Соответствует номеру позиции реестра счета от МО. |
|  | ID\_CASE | O | N(11) | Номер записи в реестре законченных случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счета от МО. |
|  | SL\_ID | О | T(36) | Идентификатор случая (выгружаемый МО) | Соответствует идентификатору элемента SL в пределах законченного случая реестра счета от МО. |
|  | ENP | У | T(20) | Номер единого полиса обязательного медицинского страхования | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). |
|  | DATE\_Z\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_Z\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 |
|  | USL\_OK | O | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006). |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002. |
|  | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате |  |
|  | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате ТФОМС |  |
|  | S\_TIP | O | N(2) | Код вида контроля | Указывается тип запрошенной экспертизы.  Заполняется в соответствии с F006 |

## Структура файла со сведениями о МЭЭ и ЭКМП, проведенной по случаям оказания медицинской помощи страховыми медицинскими организациями

**RPiNiPpNp\_YYMMN.zip** - Реестр результатов повторного МЭК, МЭЭ и ЭКМП, оказанной гражданам Республики Мордовия в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

R **–** Константа, признак файла результатами проведения контрольно-экспертных мероприятий.

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

S – СМО.

Ni – Номер источника (две последние цифры реестрового кода СМО).

Pp – Параметр, определяющий организацию - получателя:

T – ТФОМС.

Np – Номер получателя (13).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода;

N – номер пакета.

Допускается формирование нескольких файлов со сведениями о контрольных мероприятиях.

**Описание формата файла с результатами экспертизы:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код**  **элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| **Корневой элемент** | | | | | |
| MED\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | MED\_ACT | ОМ | S |  | Медицинские акты, закрытые в данном отчетном периоде |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | CODE | O | N(5) | Уникальный код | Например, порядковый номер |
|  | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | 3.1.1 |
|  | DATE | О | D | Дата формирования файла |  |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год | Год проведения экспертизы |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | *Месяц проведения экспертизы.* |
|  | SMO | О | T(5) | СМО | Реестровый номер СМО  (В соответствии с классификатором F002) |
|  | FILENAME | О | T(50) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
| **Медицинские акты** | | | | | |
| MED\_ACT | ACT\_ZGLV | О | S | Акт | Реквизиты акта |
|  | ACT\_ZAP | ОМ | S | Записи | Актовые записи, вошедшие в данный акт |
| **Реквизиты акта** | | | | | |
| ACT\_ZGLV | ID\_ACT | О | Т(36) | Идентификатор акта | Уникально идентифицирует акт в пределах пакета. Идентификатор акта из ИС СМО |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации, в которой проводилась экспертиза, по которой подается данный акт | Заполняется в соответствии со справочником F032 (элемент объекта mcod). |
|  | N\_ACT | О | T(20) | Номер акта | Номер акта из информационной системы СМО |
|  | D\_ACT | О | D | Дата акта |  |
|  | S\_ACT | О | D | Дата отправки акта в МО |  |
|  | AGREE\_DATE\_ACT | O | D | Дата подписания акта МО |  |
|  | RECEIVE\_DATE\_ACT | O | D | Дата получения СМО подписанного акта МО | Формирование файла производится по дате получения СМО подписанного акта МО |
|  | V\_ACT\_F006 | О | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с F006 |
|  | R\_ACT | У | N(1) | Ответ от ЛПУ по акту ЭКМП. | Возможны следующие значения:  1 - Согласован  2 - Направлена претензия в ТФОМС |
|  | SUM\_ACT | О | N(15.2) | Сумма санкций по акту | = SUM\_ACT\_PENALTY + SUM\_ACT\_NOPAYMENT |
|  | SUM\_ACT\_PENALTY | У | N(15.2) | Сумма штрафов по всем случаям в акте | = сумма всех <SLUCH-SUM\_PENALTY> в акте |
|  | SUM\_ACT\_NOPAYMENT | У | N(15.2) | Сумма неоплат (уменьшений в оплате) по всем случаям в акте | = сумма всех <SLUCH-SUM\_NOPAYMENT> в акте |
| **Записи** | | | | | |
| ACT\_ZAP | N\_ACT\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Номер записи в АКТЕ |
|  | SCHET | О | S | Счёт | Информация о счёте |
|  | ZAP | О | S | Запись исходного счета | Информация о записи и пациенте из исходного счета |
|  | Z\_SL | О | S | Законченный случай | Информация о законченном случае |
| **Счёт** | | | | | |
| SCHET | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Указывается версия исходного счета |
|  | CODE | О | N(8) | Код записи счета | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации (юридического лица). Должен быть равен значению в теге <ACT\_ZGLV-CODE\_MO> |  |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год счета | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц счета | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС |
|  | NSCHET | O | T(15) | Номер счета | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС |
|  | DSCHET | O | D | Дата счета | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла счета | **Заполняется в соответствии с наименованием электронного реестра счетов, переданного из СМО в ТФОМС (ТФОМС в СМО)** |
|  | PLAT | У | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО |  |
| **Информация о записи исходного счета** | | | | | |
| **ZAP** | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Номер записи в исходном счете. |
|  | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС |
|  | NPOLIS | Y | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Обязательно заполняется, если VPOLIS <>3  Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС |
|  | ENP | У | T(16) | Единый номер полиса обязательного медицинского страхования | Обязательно заполняется, если VPOLIS=3 |
| **Законченный случай** | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | У | Т(40) | Сведения о законченном случае | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | SL | ОМ | S | Сведения о случае | Случаи лечения, вошедшие в данный акт. Список случаев, подвергнутых экспертизе из текущей записи (N\_ZAP) |
|  | SUMP | O | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | DATE\_Z\_1 | O | D | Дата начала лечения | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | DATE\_Z\_2 | O | D | Дата окончания лечения | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | RSLT | У | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009). Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | ISHOD | У | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (V012). Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | OPLATA | O | N(1) | Тип оплаты | Заполняется СМО. Оплата законченного случая оказания медпомощи (с учётом всех санкций):  1 – полная,  2 – полный отказ,  3 – частичный отказ. |
| **Сведения о случае и экспертизе** | | | | | |
| SL | SL\_ID | O | T(36) | Номер записи в реестре случаев | Указывает на случай из состава законченного случая, по которому проведена экспертиза. Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | TFOMS\_ID | У | T(36) | Идентификатор записи задания | Уникальный идентификатор случая при обмене сведениями об экспертных мероприятиях. Необходим и при предоставлении данных о результатах экспертизы.  Заполняется при наличии заданий от ТФОМС. |
|  | SUM\_M | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Сумма, выставленная к оплате по данному случаю.  Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | DATE\_1 | O | D | Дата начала лечения | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | DATE\_2 | O | D | Дата окончания лечения | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС. |
|  | DESCR | У | Т(512) | Описание экспертизы | Текстовое описание заключения по экспертизе |
|  | SUM\_PENALTY | У | N(15.2) | Сумма штрафов | = сумма штрафа по тому дефекту, в котором тег  <DEFECT\IS\_SANK> = 1 |
|  | SUM\_NOPAYMENT | У | N(15.2) | Сумма неоплат (уменьшений в оплате) | = сумма неоплаты по тому дефекту, в котором тег  <DEFECT\IS\_SANK> = 1 |
|  | IS\_DISSECT | О | N(1) | Факт вскрытия по случаю с летальным исходом | 0 – вскрытие не производилось,  1 – вскрытие производилось |
|  | DISSECT | У | S | Сведения о факте вскрытия | Заполняется обязательно, если IS\_DISSECT = 1,  не подается, если IS\_DISSECT = 0 |
|  | DEFECT | УМ | S | Сведения о всех дефектах по данному случаю |  |
|  | EXPERT | У | T(14) | Код эксперта ЭКМП | Заполняется обязательно, в случае проведения ЭКМП |
|  | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле |  |
| **Сведения о вскрытии при летальном исходе** | | | | | |
| DISSECT |  |  |  |  |  |
|  | DEATH\_DS1 | О | T(10) | Код заболевания | Указывается код основного заболевания (первоначальная причина смерти) из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики |
|  | DEATH\_DS2 | О | T(10) | Код осложнения | Указывается код осложнения (основного заболевания) из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики |
|  | DEATH\_DS3 | О | T(10) | Код заболевания | Указывается код сопутствующего заболевания из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики |
|  | VARIANCE\_CAT | О | N(1) | Категория расхождения диагнозов | Заполняется кодом категории расхождения диагнозов (см. таблицу ниже) |
|  | VARIANCE\_REASON | УМ | S | Сведения о причинах расхождения диагнозов | Заполнение обязательно, если VARIANCE\_CAT не равно 0. |
| **Сведения о причинах расхождения диагнозов** | | | | | |
| VARIANCE\_REASON | VARIANCE | О | Т(10) | Причина расхождения диагнозов | Код причины расхождения диагнозов (см. таблицу ниже) |
| **Сведения о дефектах** | | | | | |
| DEFECT | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор дефекта | Уникален в пределах случая. Заполняется СМО. Кол-во тегов DEFECT равно количеству дефектов, обнаруженных по данному случаю. |
|  | IDSERV | У | T(36) |  | Идентификатор услуги (Соответствует полю в электронном реестре счетов, переданном из СМО в ТФОМС), в одном из полей которой обнаружена ошибка |
|  | S\_OSN | У | N(3) | Код основания для отказа в (частичной) оплате и/или для наложения штрафа | Заполняется по региональному справочнику на основе F014 «Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи» Заполняется только в случае применения санкции |
|  | IS\_SANK | О | N(1) | Признак наличия санкции по данному дефекту | Возможны следующие значения:  0 - по данному дефекту не была применена санкция  1 - была применена санкция.  При наличии нескольких дефектов по случаю один из них («дефект с максимальным снятием»), по которому была применена санкция,  необходимо отметить данным признаком. |
|  | S\_COM | У | T(250) | Комментарий | Описание дефекта |

|  |  |
| --- | --- |
| **Справочник категорий расхождения диагнозов** | |
| 0 | Расхождений нет |
| 1 | I категория:  В данной медицинской организации (далее – МО) правильный диагноз был невозможен и диагностическая ошибка (нередко допущенная еще во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью в другие лечебно-профилактические учреждения) уже не повлияла в этом стационаре на исход болезни.  Главный критерий I категории расхождения диагнозов— объективная невозможность установления верного диагноза в данном МО.  Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные. |
| 2 | II категория:  Правильный диагноз в данном МО был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.  Часть случаев расхождения диагнозов по II категории является следствием объективных трудностей диагностики (но не переводится при этом в I категорию), а часть— субъективных причин. |
| 3 | III категория:  Правильный диагноз в данном МО был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т. е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.  Причины диагностической ошибки при расхождении диагнозов по III категории также могут быть как объективными, так и субъективными |

|  |
| --- |
| **Справочник причин расхождения диагнозов** |
| Кратковременность пребывания больного в МО (краткость пребывания). Для большинства заболеваний нормативный срок диагностики составляет 3 суток, но для острых заболеваний, требующих экстренной, неотложной, интенсивной терапии, в том числе случаев ургентной хирургии, этот срок индивидуален и может быть равен часам и минутам (объективные причины) |
| Трудность диагностики заболевания: использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но диагностические возможности данного медицинского учреждения, атипичностъ и стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания не позволили поставить правильный диагноз (объективные причины) |
| Тяжесть состояния больного: диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, так как их проведение могло ухудшить состояние больного (имелись объективные противопоказания) (объективные причины) |
| Недостаточное обследование больного (субъективные причины) |
| Недоучет анамнестических данных (субъективные причины) |
| Недоучет клинических данных (субъективные причины) |
| Недоучет или переоценка данных лабораторных, R и других методов исследования (субъективные причины) |
| Недоучет или переоценка заключения консультанта (субъективные причины) |
| Неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза (субъективные причины) |

# Описание форматов и принципов составления НСИ, ведение которых осуществляет ТФОМС Республики Мордовия

## Перечень НСИ и реестров

Участники информационного взаимодействия:

- ФФОМС,

- ТФОМС,

- СМО,

- МО,

Все участники информационного взаимодействия обеспечивают получение и использование в своих информационных системах нормативно-справочной информации (далее – НСИ), включённой в актуальный пакет НСИ согласно п.2 Раздела 7.

Федеральный перечень НСИ ведётся Федеральным фондом обязательного медицинского страхования согласно Таблицы 4, п. 4.1 Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования.

Актуальные версии справочников доступны на сайте nsi.ffoms.ru.

**Региональный перечень нормативно-справочной информации**

| **№** | Код | Наименование |
| --- | --- | --- |
|  | LPU | Региональный справочник МО |
|  | PODR | Региональный справочник отделений МО |

ТФОМС Республики Мордовия осуществляет ведение региональной нормативно-справочной информации, указанной в таблице Раздела 7 п.1, в информационной системе ТФОМС Республики Мордовия.

ТФОМС Республики Мордовия размещает на своем официальном сайте в сети Интернет свои сегменты, единого реестра медицинских организаций, страховых медицинских организаций, экспертов качества медицинской помощи.

ТФОМС Республики Мордовия объединяет классификаторы из федерального пакета НСИ, сегменты единых регистров (за исключением экспертов качества медицинской помощи) и региональные справочники системы ОМС ТФОМС Республики Мордовия в актуальный пакет НСИ согласно п.2 и доводит информацию об изменениях и дополнениях в справочниках и классификаторах до всех медицинских организаций и страховых медицинских организаций с указанием сроков введения изменений по каналам СКЗИ VipNet.

## Актуальные пакеты НСИ

Актуальным пакетом НСИ ОМС называется совокупность справочных информационных таблиц, обязательных к применению в ИС ОМС Республики Мордовия. Форматы и структура пакета НСИ являются единым для следующих участников информационного взаимодействия:

* СМО;
* МО.

В случае, если в течение месяца в некоторые информационные таблицы были внесены изменения, то формируется актуальный пакет НСИ, содержащий только измененные таблицы.

Файлы пакета НСИ упакованы в архив формата zip. Имя архивного файла формируется по следующему правилу:

**ref\_XXXXXX\_YYMMDD.zip**, где:

ref – идентификатор файла;

ХXXXXX - параметр, определяющий код МО согласно федерального справочника МО. Длина параметра принимает значение 6.

YYMMDD - дата выгрузки файла.

## Структура файлов НСИ и порядок их заполнения

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент** | | | | | |
| REF | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о файле |
|  | SVDS | O | S | Общие сведения |  |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «2.1». |
|  | DATA | О | D | Дата файла | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | LPUCODE | O | T(6) | Код МО | Реестровый номер медицинской организации |
|  | LPUNAME | O | T(255) | Наименование МО |  |
| **Общие сведения** | | | | | |
| SVDS | SVD | O | S | Комиссии | Повторяется для каждой комиссии |
| **Комиссии** | | | | | |
| SVD | YEAR | O | N(4) | Отчётный год |  |
|  | DATE\_BEG | O | D | Дата начала действия тарифов |  |
|  | NSVD | О | T(30) | Номер решения комиссии |  |
|  | DSVD | О | D | Дата решения комиссии | Дата утверждения сведений / изменений |
|  | TARIF | O | S | Сведения о тарифах |  |
| **Сведения о тарифах** | | | | | |
| TARIF | HOSP | УM | S | Сведения (стационарная мед. помощь) |  |
|  | HOSP\_IMP | УМ | S | Сведения (стационарозамещающая мед. помощь) |  |
|  | POLY | УМ | S | Сведения (амбулаторно-поликлиническая мед. помощь) |  |
|  | SKOR | УМ | S | Сведения (скорая помощь) |  |
|  | STOMAT | УМ | S | Сведения (стоматологическая мед. помощь) |  |
|  | DOP | УМ | S | Сведения (дополнительные виды медицинских услуг) |  |
|  | DISP | УМ | S | Сведения (диспансеризация) |  |
| **Сведения (стационарная медицинская помощь)** | | | | | |
| **HOSP** | FINISHED | O | S | Тариф (законченный случай в круглосуточном стационаре) |  |
|  | REHABILITATION | У | S | Тариф (медицинская реабилитация) |  |
|  | ADD | У | S | Тарифы на дополнительные виды медицинских услуг |  |
|  | HMP | У | S | Тарифы видов высокотехнологичной медицинской помощи |  |
| **Тариф (законченный случай в круглосуточном стационаре)** | | | | | |
| FINISHED | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CSG | O | N(3) | Код клинико-статистической группы (КСГ) |  |
|  | VER\_KSG | O | N(4) | Модель определения КСГ |  |
|  | KSG\_PG | O | N(1) | Признак использования подгруппы КСГ |  |
|  | KOEF\_Z | O | N(2.5) | Коэффициент затратоемкости |  |
|  | KOEF\_UP | O | N(2.5) | Управленческий коэффициент |  |
|  | BZTSZ | O | N(6.2) | Базовая ставка |  |
|  | KOEF\_D | O | N(2.5) | Коэффициент дифференциации |  |
|  | KOEF\_U | O | N(2.5) | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи |  |
|  | DZP | О | N(2.5) | Коэффициент доли заработной платы для КСГ лекарственной терапии ЗНО |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф (стоимость) |  |
| **Тариф (медицинская реабилитация)** | | | | | |
| REHABILITATION | TARIF | O | N(15.2) | Тариф (стоимость) |  |
| **Тарифы на дополнительные виды медицинских услуг** | | | | | |
| ADD | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CODE\_USL | O | T(16) | Код мед. услуги | В соответствии с территориальным справочником |
|  | COST | O | N(15.2) | Тариф |  |
| **Тарифы видов высокотехнологичной медицинской помощи** | | | | | |
| HMP | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CODE\_USL | O | T(16) | Код мед. услуги | В соответствии с территориальным справочником |
|  | COST | O | N(15.2) | Тариф |  |
| **Сведения (стационарозамещающая медицинская помощь)** | | | | | |
| HOSP\_IMP | HOME | O | S | Тариф (стационар на дому) |  |
|  | DAY | УМ | S | Тариф (пациенто-день) |  |
|  | FINISHED | O | S | Tариф (законченный случай КСГ) |  |
|  | ADD | У | S | Тарифы на дополнительные виды медицинских услуг |  |
| **Тариф (стационар на дому)** | | | | | |
| HOME | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CODE\_USL | O | T(16) | Код мед. услуги | В соответствии с территориальным справочником |
|  | COST | O | N(15.2) | Тариф (взрослые) |  |
|  | CHILDCOST | O | N(15.2) | Тариф (дети) |  |
| **Тариф (пациенто-день)** | | | | | |
| DAY | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CSG | O | N(3) | Код клинико-статистической группы (КСГ) |  |
|  | TARIF | O | N(15.2) | Тариф (стоимость) |  |
| **Tариф (законченный случай по профилю)** | | | | | |
| FINISHED | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CSG | O | N(3) | Код клинико-статистической группы (КСГ) (дневной стационар) |  |
|  | VER\_KSG | O | N(4) | Модель определения КСГ |  |
|  | KSG\_PG | O | N(1) | Признак использования подгруппы КСГ |  |
|  | KOEF\_Z | O | N(2.5) | Коэффициент затратоемкости |  |
|  | KOEF\_UP | O | N(2.5) | Управленческий коэффициент |  |
|  | BZTSZ | O | N(6.2) | Базовая ставка |  |
|  | KOEF\_D | O | N(2.5) | Коэффициент дифференциации |  |
|  | KOEF\_U | O | N(2.5) | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи |  |
|  | TARIF | O | N(15.2) | Тариф (стоимость) |  |
| **Тарифы на дополнительные виды медицинских услуг** | | | | | |
| ADD | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CODE\_USL | O | T(16) | Код мед. услуги | В соответствии с территориальным справочником |
|  | COST | O | N(15.2) | Тариф |  |
| **Сведения (амбулаторно-поликлиническая мед. помощь)** | | | | | |
| **POLY** | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CODE\_USL | O | T(16) | Код мед. услуги | В соответствии с территориальным справочником |
|  | PRVS | У | T(9) | Код мед. специальности | Классификатор медицинских специальностей V021 |
|  | COST | O | N(15.2) | Тариф (взрослые) |  |
|  | CHILDCOST | O | N(15.2) | Тариф (дети) |  |
|  | DATEBEG | У | D | Дата начала действия |  |
| **Сведения (скорая помощь)** | | | | | |
| **SKOR** | RECORD | O | S |  |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CODE\_USL | O | T(16) | Код мед. услуги | В соответствии с территориальным справочником |
|  | PRVS | У | T(9) | Код мед. специальности | Классификатор медицинских специальностей V021 |
|  | COST | O | N(15.2) | Тариф (взрослые) |  |
|  | CHILDCOST | O | N(15.2) | Тариф (дети) |  |
|  | SCOST | O | N(15.2) | Тариф (иногородние взрослые) |  |
|  | CHILDSCOST | O | N(15.2) | Тариф (иногородние дети) |  |
| **Сведения (стоматологическая мед. помощь)** | | | | | |
| **STOMAT** | UET | O | N(15.2) | Тариф 1 УЕТ (взрослые) |  |
|  | CUET | O | N(15.2) | Тариф 1 УЕТ (дети) |  |
|  | DENT | O | S | Сведения о стомат. услуге (количестве УЕТ) |  |
|  | DENTOBR | O | S | Стоимость (обращение) |  |
| **Сведения о стоматологической услуге (количестве УЕТ)** | | | | | |
| DENT | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CODE\_USL | O | T(16) | Код стоматологическойуслуги |  |
|  | UET | O | N(15.2) | Кол-во УЕТ по услуге |  |
| **Стоимость (обращение)** | | | | | |
| DENTOBR | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CODE\_USL | O | T(16) | Код медицинской услуги |  |
|  | COST | O | N(15.2) | Тариф (обращение, взрослые) |  |
|  | CHILDCOST | O | N(15.2) | Тариф (обращение, дети) |  |
|  | SCOST | O | N(15.2) | Тариф (обращение, иногородние взрослые) |  |
|  | CHILDSCOST | O | N(15.2) | Тариф (обращение, иногородние дети) |  |
| **Сведения (дополнительные виды медицинских услуг)** | | | | | |
| DOP | RECORD | O | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CODE\_USL | O | T(16) | Код дополнительной услуги |  |
|  | COST | O | N(15.2) | Тариф (обращение, взрослые) |  |
|  | CHILDCOST | O | N(15.2) | Тариф (обращение, дети) |  |
|  | SCOST | O | N(15.2) | Тариф (обращение, иногородние взрослые) |  |
|  | CHILDSCOST | O | N(15.2) | Тариф (обращение, иногородние дети) |  |
| **Сведения (диспансеризация)** | | | | | |
| **DISP** | DO | O | S | Тарифы для реестров на оплату профилактических осмотров взрослого населения |  |
|  | DP | O | S | Тарифы для реестров на оплату первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения |  |
|  | DS | O | S | Тарифы для реестров на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, находящихся в трудной жизненной ситуации |  |
|  | DU | O | S | Тарифы для реестров на оплату диспансеризации детей-сирот, оставшихся без попечения родителей |  |
|  | DF | O | S | Тарифы для реестров на оплату диспансеризации профилактических медицинских осмотров несовершенолетних |  |
|  | DV | O | S | Тарифы для реестров на оплату второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения |  |
|  | DA |  |  | Тарифы для реестров на оплату первого этапа углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения |  |
|  | DB |  |  | Тарифы для реестров на оплату второго этапа углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения |  |
|  | DK |  |  | Тарифы для реестров на оплату первого этапа диспансеризации населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья |  |
|  | DT |  |  | Тарифы для реестров на оплату второго этапа диспансеризации населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья |  |
|  | DR | O | S | Тарифы для реестров на оплату второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения |  |
|  |  | O | S | Тарифы для реестров на оплату второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения |  |
| Тарифы для реестров на оплату диспансеризации (DO, DP, DS, DU, DF, DV) | | | | | |
| DP | FINISHED | O | S | Tариф (законченный случай диспансеризации) | Аналогично для DO, DS, DU, DF |
|  | USL | У | S | Тариф медицинской услуги | У DV только этот блок присутствует |
| **Tариф (законченный случай диспансеризации)** | | | | | |
| FINISHED | RECORD | О | S | Запись |  |
| **Запись** | | | | | |
| RECORD | CODE\_USL | У | T(20) | Код медицинской услуги |  |
|  | AGE | У | N(2) | Возраст |  |
|  | W | У | N(1) | Пол пациента | Заполняется в соответствии с классификатором V005. |
|  | VBR | У | N(1) | Признак мобильной медицинской бригадой | Диспансеризация с использованием мобильных медицинских комплексов (0 – нет, 1 – да) |
|  | COST | О | N(15.2) | Тариф |  |

ТФОМС Республики Мордовия формирует электронные справочники тарифов «ref» при внесении Тарифной комиссией изменений в действующие тарифы. Дата начала действия тарифов обозначена в поле "DATE\_BEG". Тарифы действуют до внесения изменений в действующие тарифы и получения электронного справочника «ref» с новыми тарифами.

# Порядок регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

1. Настоящий порядок разработан в соответствии с требованиями:

* Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
* Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012г. №543н «Об утверждения Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.12.2012г. № 1342н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;
* Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 04.04.2011г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (с изменениями);
* Приказа Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 28.05.2015 г. № 597 «Об утверждении зон обслуживания населения государственными медицинскими организациями Республики Мордовия, оказывающими первичную медико-санитарную помощь взрослому и детскому населению»;
* Постановления Правительства Республики Мордовия от 20.12.2011г. № 498 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Республики Мордовия по реализации положений Федерального закона от 29.11.2010 г. 326-ФЗ».

1. Для целей порядка используются следующие понятия:

* прикрепление к медицинской организации – процедура прикрепления к медицинской организации лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Мордовия согласно данным единого регистра застрахованных лиц, осуществляемая медицинской организацией на основании заявления о выборе медицинской организации;
* прикрепленное застрахованное лицо – лицо, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Мордовия согласно данным единого регистра застрахованных лиц, зарегистрированное в установленном порядке в АИС ИМЦ ТФОМС медицинской организацией на основании заявления о выборе медицинской организации или проживающего на территории, обслуживания медицинской организации;
* оказание первичной медико-санитарной помощи – организация оказания медицинской помощи населению с приближением к месту жительства, работы или обучения граждан. Осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения в определенных медицинских организациях;

МО – медицинская организация, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия;

СМО – страховая медицинская организация;

ЕРЗЛ – единый регистр застрахованных лиц.

1. Настоящий порядок определяет единые организационные принципы информационного взаимодействия между СМО, МО и ТФОМС Республики Мордовия при формировании сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях. Электронная база прикрепленного населения содержит персонифицированную информацию о прикреплении лиц, застрахованных на территории Республики Мордовия, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Республики Мордовия.
2. Ведение электронной базы прикрепленного населения осуществляется ТФОМС Республики Мордовия. Доступ участников обязательного медицинского страхования (ТФОМС Республики Мордовия, СМО и МО) к электронной базе прикрепленного населения осуществляется в режиме онлайн посредством АИС«ИМЦ: ТФОМС» (далее – АИС «ИМЦ: ТФОМС») ТФОМС Республики Мордовия, защита и безопасность которого обеспечивается в соответствии с действующим законодательством с использованием технологии VipNet.
3. Сведения о выборе застрахованным лицом медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи предоставляет МО. Руководитель МО отвечает за достоверность сведений, вносимых в свой раздел электронной базы прикрепленного населения. В электронную базу вносятся сведения о застрахованных по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Мордовия.
4. При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.
5. Прикрепление гражданина осуществляется на основании заявления, поданного на имя руководителя МО лично или через законного представителя (одного из родителей для несовершеннолетних). Застрахованное лицо имеет право на выбор МО, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Мордовия.
6. Заявление гражданина о выборе МО оформляется в письменном виде согласно утверждённой формы ([Приложение №11](#_Приложение_№13)). Информация, предоставленная в заявлении, сверяется сотрудником МО с данными оригиналов документов гражданина.
7. Заявления подлежат регистрации в журнале регистрации заявлений о выборе МО, ведение которого осуществляется по форме утвержденной [Приложением №1](#_Приложение_№14)2. Листы журнала должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью МО.
8. Заявления принимаются в течении всего календарного года, с 1 января по 31 декабря. С 1 января следующего года начинается новый период приема заявлений.
9. При отсутствии заявления застрахованного лица, первоначальное прикрепление гражданина к МО осуществляется на основании распределения по территориально-участковому принципу, на основании адресных данных застрахованных лиц и данных о зонах обслуживаемого населения медицинскими организациями. Информация о врачебных участках и территориях обслуживания в АИС «ИМЦ: ТФОМС» ведется МО в соответствии нормативными документами Министерства здравоохранения Республики Мордовия.
10. При внесении сведений о прикрепленном населении в АИС «ИМЦ: ТФОМС» осуществляется автоматическая идентификация застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц. Сведения о гражданах, не идентифицированных в ЕРЗЛ, не подлежат сохранению в АИС «ИМЦ: ТФОМС».
11. Гражданин может быть прикреплен только к одной МО. Дата прикрепления гражданина в МО является датой открепления от МО, в которой гражданин находился на медицинском обслуживании.

Прикрепление застрахованного лица к МО осуществляется не чаще, чем 1 раз в календарный год (с 1 января по 31 декабря), за исключением случаев:

* изменения места жительства (регистрации) в пределах Республики Мордовия;
* при прекращении деятельности МО;
* при достижении застрахованного лица возраста 18 лет, ранее прикрепленного к МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению по территориально-участковому принципу;
* при получении застрахованным лицом статуса учащегося высшего или среднего профессионального учебного заведения.

1. При обращении застрахованного лица в МО с полисом СМО, осуществляющей обязательное медицинское страхование на территории другого субъекта РФ, прикрепление к МО осуществляется в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в которой проживает гражданин при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1342н.
2. Взаимодействие между медицинской организацией, принявшей заявление и медицинской организацией, в которой гражданин находился на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, осуществляется согласно Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012г. № 406н, с использованием ПК «ЕРИС».
3. Не позднее второго рабочего дня с момента приема заявления в АИС «ИМЦ: ТФОМС» вносятся следующие сведения:

1.1. наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;

1.2. фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;

1.3. информация о гражданине:

1.3.1. фамилия, имя, отчество (при наличии);

1.3.2. пол;

1.3.3. дата рождения;

1.3.4. место рождения;

1.3.5. гражданство;

1.3.6. данные предъявленного документа, согласно пункту 5 приказа №406н Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012г.;

1.3.7. место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника);

1.3.8. место регистрации;

1.3.9. дата регистрации;

1.3.10. контактная информация;

1.3.11. СНИЛС;

1.3.12. статус занятости (работающий, неработающий) и место работы (при наличии);

При заполнении сведений «Статус занятости» признак «работающий» указывается, в том числе для самозанятых лиц (индивидуальные предприниматели, адвокаты, нотариусы, главы крестьянско-фермерских хозяйств и т.п.).

1.4. номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина;

1.5. наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;

1.6. наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления;

1.7. тип прикрепления (терапевтический/педиатрический).

1. Открепление (прекращение прикрепления) от МО, к которой гражданин был прикреплен ранее, осуществляется при:

* прикреплении застрахованного лица к иной медицинской организации в установленном порядке — с даты подачи заявления о выборе (замене) медицинской организации застрахованным лицом;
* достижении застрахованным лицом 18-летнего возраста (открепление от амбулаторно-поликлинического учреждения, оказывающего медицинскую помощь исключительно детскому населению);
* смене территории страхования гражданином на иной субъект Российской Федерации;
* прекращение деятельности в сфере обязательного медицинского страхования МО к которой был ранее прикреплен гражданин;
* прекращение страхования по обязательному медицинскому страхованию по иным причинам;
* в случае смерти застрахованного лица.

1. МО обязана поддерживать в актуальном состоянии сведения о прикреплённом населении, вносимые в АИС «ИМЦ: ТФОМС».
2. Сведения о прикрепленных застрахованных лицах в АИС «ИМЦ: ТФОМС» считаются актуализированными на 01.08.2023 года. Все сведения, поступившие с 01.08.2023 года, подлежат внесению в АИС «ИМЦ: ТФОМС» в соответствии с настоящим порядком.
3. Возникающие спорные вопросы при осуществлении учета прикрепленного населения (при необходимости) разрешаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Обращения в комиссию направляются путем подачи заявления на имя председателя комиссии.

# Порядок определения страховой принадлежности лиц, обратившихся в медицинские организации, участвующие в реализации программы ОМС в Республике Мордовия

Настоящий порядок разработан в соответствии с требованиями:

* Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
* Закон РФ от 25 июня 1993 г. № 5242-1 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации»;
* Постановления Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»;
* Постановление Правительства РФ от 17 июля 1995 г. № 713 «Об утверждении Правил регистрации и снятия граждан Российской Федерации с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации и перечня лиц, ответственных за прием и передачу в органы регистрационного учета документов для регистрации и снятия с регистрационного учета граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
* Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 04.04.2011г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (с изменениями);
* Постановление Правительства РФ от 05.11.2022 N 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
* Постановление Правительства Республики Мордовия от 18.01.2023 № 18 «О Республиканской территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»;
* Методические указания по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования (утв. Федеральным фондом ОМС 30 декабря 2011 г.).

1. Оплата счетов за оказанные медицинские услуги в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, осуществляется по представленным персонифицированным электронным реестрам счетов оказанной медицинской помощи, после проведения форматно-логического контроля (ФЛК) и Медико-экономического контроля (МЭК). ФЛК и МЭК проводятся специалистами ТФОМС Республики.
2. Медицинской организации необходимо предпринять все меры, предусмотренные существующим законодательством по установлению личности гражданина и обеспечить информирование страховых медицинских организаций о необходимости страхования.
3. Страховым медицинским организациям необходимо обеспечить своевременное обеспечение страхованием в период лечения по обращениям медицинских организаций.
4. Медицинская организация до 20 числа месяца, следующего за отчетным, представляет списки неидентифицированных лиц на бумажном носителе ([Приложение №1](#_Приложение_№15)3) и в электронном виде в ГАУЗ РМ «Медицинский информационно-аналитический центр» (далее – ГАУЗ РМ «МИАЦ»). Персонифицированный реестр неидентифицированных граждан представляется в ГАУЗ РМ «Медицинский информационно-аналитический центр» по акту приема-передачи ([Приложение №14](#_Приложение_№17)) ответственным исполнителем медицинской организации.
5. Медицинская помощь, оказанная неидентифицированным лицам (не имеющим страховой принадлежности), не может быть оплачена за счет средств ОМС и подлежит оплате за счет бюджета Республики Мордовия.
6. Дополнительно, ТФОМС Республики Мордовия ежемесячно до 10-го числа направляет в СМО, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования сведения о лицах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации.

# Ведение единого журнала обращений

## Структура Единого электронного журнала обращений граждан

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование** | **Обязательность** | **Пояснения** |
| 1 | Уникальный номер обращения | Да | Числовой идентификатор |
| 2 | Дата поступления обращения | Да |  |
| 3 | Дата внесения обращения | Да |  |
| 4 | Источник поступления | Да | 1 – Напрямую от заявителя;  2 – ФОМС;  3 – Иной федеральный орган исполнительной власти;  4 – Территориальный орган исполнительной власти;  5 – Иная организация |
| 5 | Наименование организации поступления | Усл. | Заполняется в случае письменного обращения от источников 3-5 |
| 6 | Способ обращения | Да | 1 – По телефону «горячей линии»;  2 – По сети «Интернет»;  3 – Личное письменное обращение;  4 – Личный приём (устное);  5 – Почтовым соощением. |
| 7 | Форма обращения | Да | 1 – Письменно  2 – Устно |
| 8 | Вид обращения | Да | 1 – Консультация  2 – Жалоба  3 – Предложение  4 – Заявление  5 – Вопросы, не относящиеся к сфере ОМС  6 - Благодарность |
| 9 | Тип (тема) жалобы | Усл. | Если вид обращения – жалоба |
| 10 | Тип (тема) заявления | Усл. | Если вид обращения – заявление |
| 11 | Тип (тема) консультации | Усл. | Если вид обращения – консультация |
| 12 | Обоснованность жалобы | Усл. | Заполняется в случае Жалобы  1 – Обоснованная   * 1. – Обоснованная, удовлетворенная в досудебном порядке   2. – Обоснованная, удовлетворенная в судебном порядке   2 – Необоснованная |
| 13 | Исполнитель | Да | Текущий исполнитель, ответственный за обращение |
| 14 | Пользователь от которого получено обращение | Усл. | Исполнитель, который перенаправил обращение текущему оператору (страховому представителю) |
| 15 | Результат обращения | Да | 0 – В работе  1 – Дана консультация  2 – Рассмотрено обращение  3 – Заявление удовлетворено  4 – Заявление не удовлетворено  5 – Рассмотрена жалоба  6 – Звонок переадресован  7 – Обращение переадресовано в другую организацию  8 – Рассмотрено предложение  9 - Промежуточный ответ. В работе |
| 16 | Статус обращения | Да | 1 – Обращение принято  2 – Обращение в работе  3 – Обращение решено  4 – Обращение закрыто |
| 17 | Описание принятых мер | Усл. | Информация о мерах, принятых для решения обращения, достигнутых результатах (тестовое описание). Заполняется при выборе результата обращения 1-8 |
| 18 | Комментарий | Усл. | Какой-либо комментарий, например при перенаправлении обращения операторам или страховым представителям более высоких уровней |
| 19 | Номер в бумажном журнале | Усл. | Номер обращения, информация о котором была занесена в бумажный журнал регистрации |
| 20 | Суть обращения | Да | Описание сути обращения |
| **Информация о заявителе** | | | |
| 21 | Фамилия | Да | Если анонимно, то значение поля должно быть «НЕТ» |
| 22 | Имя | Да | Если анонимно, то значение поля должно быть «НЕТ» |
| 23 | Отчество | Усл. |  |
| 24 | Дата рождения | Усл. |  |
| 25 | Страховая принадлежность | Усл. |  |
| 26 | Серия полиса | Усл. |  |
| 27 | Номер полиса | Усл. |  |
| 28 | Адрес регистрации | Усл. |  |
| 29 | Адрес фактического места жительства | Усл. |  |
| 30 | Контактный телефон | Усл. |  |
| 31 | Электронный адрес (E-Mail) | Усл. |  |

## Темы обращений граждан

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование** |
| 2.1 | Заявления о выборе (замене) СМО |
| 2.2 | Заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц |
| 2.3 | Заявления о выдаче дубликата полиса ОМС или переоформлении полиса ОМС |
| 3.1.1 | Жалобы на нарушение прав на выбор (замену) СМО и порядок выбора (замена) СМО |
| 3.1.2 | Жалобы на необеспечение выдачи полисов ОМС |
| 3.1.3 | Жалобы на нарушение прав на выбор медицинской организации |
| 3.1.4 | Жалобы на нарушение прав на выбор врача |
| 3.1.5.1 | Жалобы на сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики, врачами-педиатрами участковыми |
| 3.1.5.2 | Жалобы на сроки ожидания медицинской помощи при новой коронавирусной инфекции COVID-19 (U07.1, U07.2) |
| 3.1.5.3 | Жалобы на сроки проведения консультаций врачей-специалистов (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) |
| 3.1.5.4 | Жалобы на сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональную диагностику, ультразвуковые исследования) и лабораторные исследования при оказании первичной медико-санитарной помощи) (за исключе |
| 3.1.5.5 | Жалобы на сроки проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание) |
| 3.1.5.6 | Жалобы на сроки ожидания оказания специализированной медицинской помощи (за исключением ВМП) |
| 3.1.5.7 | Жалобы на время доезда до пациента бригады скорой медицинской помощи |
| 3.1.5.8 | Жалобы на материально-техническое обеспечение медицинской организации |
| 3.1.5.9 | Жалобы на санитарно-гигиеническое состояние медицинской организации |
| 3.1.5.10 | Жалобы на этику и деонтологию медицинских работников |
| 3.1.5.99 | Прочие жалобы на организацию работы медицинской организации |
| 3.1.6.1 | Жалобы на КМП по профилю "онкология" |
| 3.1.6.2 | Жалобы на несвоевременность постановки на диспансерное наблюдение застрахованных лиц |
| 3.1.6.3 | Жалобы на КМП при летальном исходе при оказании медицинской помощи |
| 3.1.6.4 | Жалобы на оказание медицинской помощи при новой коронавирусной инфекции COVID-19 (U07.1, U07.2) |
| 3.1.6.5 | Жалобы при направлении на экстракорпоральное оплодотворение (далее - ЭКО) и при его проведении |
| 3.1.6.6 | Жалобы при проведении медицинской реабилитации |
| 3.1.6.7 | Жалобы при болезнях системы кровообращения (за исключением несовершеннолетних) |
| 3.1.6.8 | Жалобь при хронических неинфекционных заболеваниях (далее - ХНИЗ) (за исключением несовершеннолетних) |
| 3.1.6.9 | Жалобы при оказании медицинской помощи несовершеннолетним |
| 3.1.6.10 | Жалобы при оказании ВМП (за исключением несовершеннолетних) |
| 3.1.6.99 | Прочие жалобы на качество медицинской помощи |
| 3.1.7.1 | Жалобы на проведение профилактических мероприятий застрахованным лицам в возрасте 65 лет и старше |
| 3.1.7.2.1 | Жалобы при прохождении диспансеризации застрахованных лиц в возрасте 65 лет и старше |
| 3.1.7.2.99 | Прочие жалобы при прохождении диспансеризации (за исключением несовершеннолетних) |
| 3.1.7.3.1 | Жалобы при диспансерном наблюдении застрахованных лиц в возрасте 65 лет и старше |
| 3.1.7.3.99 | Прочие жалобы при диспансерном наблюдении (за исключением несовершеннолетних) |
| 3.1.7.4 | Жалобы при углубленной диспансеризации (за исключением несовершеннолетних) |
| 3.1.7.99 | Прочие жалобы при проведении профилактических мероприятий |
| 3.1.8 | Жалобы на лекарственное обеспечение |
| 3.1.9 | Жалобы на получение медицинской помощи по базовой программе ОМС за пределами территории страхования |
| 3.1.10 | Жалобы на отказ в оказании медицинской помощи по программам ОМС |
| 3.1.11.1 | Жалобы на взимание денежных средств за лекарственные препараты и расходные материалы при оказаннии медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС и территориальной программой ОМС |
| 3.1.11.99 | Прочие жалобы на взимание денежных средств за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную базовой программой ОМС и территориальной программой ОМС |
| 3.1.12.1 | Жалобы на качество проведенных экспертных мероприятий СМО |
| 3.1.12.99 | Прочие жалобы на СМО |
| 3.1.13 | Жалобы на порядок направления и порядок оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные орга |
| 3.1.14 | Жалобы на недостоверные сведения об оказанных медицинских услугах |
| 3.1.15 | Повторные обоснованные жалобы |
| 3.1.16 | Другие причины обоснованных жалоб |
| 4.1 | Консультации о выборе (замене) СМО |
| 4.2 | Консультации об обеспечении выдачи полисов ОМС |
| 4.3 | Консультации о выборе медицинской организации |
| 4.4 | Консультации о выборе врача |
| 4.5 | Консультации об организации работы медицинской организации |
| 4.6.1 | Консультации о сроках ожидания медицинской помощи |
| 4.6.2 | Консультации о проведении ЭКО |
| 4.6.3 | Консультации при онкологических заболеваниях (за исключением несовершеннолетних) |
| 4.6.4 | Консультации при болезнях системы кровообращения (за исключением несовершеннолетних) |
| 4.6.5 | Консультации при ХНИЗ (за исключением несовершеннолетних) |
| 4.6.6 | Консультации при оказании медицинской помощи несовершеннолетним |
| 4.6.99 | Прочие консультации об организации медицинской помощи |
| 4.7.1 | Консультации о проведении профилактических мероприятий застрахованным лицам в возрасте 65 лет и старше |
| 4.7.2.1 | Консультации о прохождении диспансеризации застрахованных лиц в возрасте 65 лет и старше |
| 4.7.2.99 | Консультации о прохождении диспансеризации (за исключением несовершеннолетних) |
| 4.7.3.1 | Консультации при диспансерном наблюдении застрахованных лиц в возрасте 65 лет и старше |
| 4.7.3.99 | Прочие консультации при диспансерном наблюдении (за исключением несовершеннолетних) |
| 4.7.4 | Консультации о прохождении углубленной диспансеризации |
| 4.7.5 | Консультации о проведении профилактических прививок |
| 4.7.99 | Прочие консультации о проведении профилактических мероприятий |
| 4.8.1 | Консультации о лекарственном обеспечении при оказании медицинской помощи по профилю "онкология" |
| 4.8.99 | Прочие консультации о лекарственном обеспечении |
| 4.9 | Консультации о проведении консультаций (консилиумов) с применением телемедицинских технологий медицинскими работниками медицинских организаций, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы |
| 4.10 | Консультации при получении медицинской помощи по базовой программе ОМС за пределами территории страхования |
| 4.11 | Консультации при отказе в оказании медицинской помощи по программам ОМС |
| 4.12.1 | Консультации о взимании денежных средств за лекарственные препараты и расходные материалы при оказании медицинской помощи по ОМС |
| 4.12.99 | Прочие консультации о взимании денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС |
| 4.13 | Консультации о предоставлении информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи в рамках программ ОМС |
| 4.14 | Консультации о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости |
| 4.15 | Консультации о выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков. качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках программ ОМС |
| 4.16.1 | Консультации о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, где возможно пройти профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию в рамках территориальных программ ОМС |
| 4.16.99 | Прочие консультации о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС |
| 4.17 | Консультации о порядке направления и порядке оказания медицинской помощи в медицинских организациях, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти |
| 4.18 | Прочие консультации |
| 5 | Предложения |
| 6 | Благодарности |

# Порядок осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере ОМС

Интеграция осуществляется через адаптер RDS. Обращение к адаптеру идет с использованием платформы RabbitMQ на основе стандарта AMQP. Используются асинхронные и синхронные пути передачи файлов.

В целях информационного взаимодействия, при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования основными целями и функциями являются:

1. Ведение учета сроков и осуществление контроля со стороны СМО:

­ получение сведений о выполнении объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС по случаям госпитализации, в разрезе профилей медицинской помощи;

­ получение сведений о застрахованных лицах данной СМО, получивших направление на госпитализацию в выбранную МО, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях;

­ получение сведений о застрахованных лицах данной СМО, госпитализированных по направлениям (в том числе по типам медицинских организаций, направивших на госпитализацию) и экстренно в МО, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях;

­ получение сведений о количестве застрахованных лиц, выбывших из МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

­ получение сведений о застрахованных лицах данной СМО, получивших направление на госпитализацию и в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация не позднее одного дня с даты плановой госпитализации;

­ получение сведений о количестве свободных мест (коек) на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) по каждой МО, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

­ получение оперативных отчетов по застрахованным лицам, получившим направление на госпитализацию, в целях контроля своевременности госпитализации;

­ внесение сведений об аннулировании направления на госпитализацию (до даты планируемой госпитализации) в связи с отказом от госпитализации или смерти застрахованного лица в случае обращения застрахованного лица (официального представителя) в СМО.

2. Регистрация сведений от МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

­ регистрация сведений о количестве свободных мест (коек) на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) с учетом периода ожидания;

­ регистрация сведений о выполненных объемах медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке программы обязательного медицинского страхования, в разрезе профилей медицинской помощи;

­ регистрация сведений о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям и экстренно для оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

­ регистрация сведений об отказах в госпитализации с указанием причины отказа;

­ регистрация сведений о сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке, установленных территориальной программой ОМС.

3) Обеспечение взаимодействия с МО, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

­ регистрация сведений о застрахованных лицах, получивших направление на госпитализацию и выбравших МО, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях;

­ регистрация сведений о застрахованных лицах, отказавшихся от госпитализации.

В процессе информационного обмена должна осуществляться передача следующих сведений в МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

­ передача в МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, сведений о госпитализированных застрахованных лицах;

­ передача в МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, сведений об аннулировании направлений на госпитализацию в связи с отказом от госпитализации или смертью застрахованного лица.

4. Ведение контроля над обеспечением прав граждан со стороны ТФОМС РМ:

­ получение сведений о выполнении объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС по случаям госпитализации, в разрезе профилей медицинской помощи;

­ получение сведений о всех лицах, получивших направление на госпитализацию в выбранную МО, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях;

­ получение сведений о всех лицах, госпитализированных по направлениям (в том числе по типам медицинских организаций, направивших на госпитализацию) и экстренно в МО, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях;

­ получение сведений о количестве лиц, выбывших из МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

­ получение сведений о всех лицах, получивших направление на госпитализацию и в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация не позднее одного дня с даты плановой госпитализации;

­ получение сведений о количестве свободных мест (коек) на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) по каждой МО, оказывающей, медицинскую помощь в стационарных условиях;

­ получение оперативных отчетов по всем лицам, получившим направление на госпитализацию, в целях контроля своевременности госпитализации;

­ получение сведений, описанных выше, в разрезе страховой принадлежности

Пользователями являются сотрудники ТФОМС Республики Мордовия, сотрудники страховых компаний, работающих в системе ОМС, сотрудники МО Республики Мордовия, в том числе врачи, медицинские сестры, регистраторы и сотрудники организационно-методических отделов.

Возможна интеграция существующих медицинских информационных систем (далее - МИС) для обмена данными в онлайн режиме.

На платформе RabbitMQ созданы очереди для каждого отдельного сервера, содержащего БД МИС МО.

Интеграция системы с медицинскими информационными системами обеспечит возможности:

* + обмена информацией о структуре МО (ЛПУ, филиал, отделение)
  + обмена данных о количестве коек в отделении;
  + обмена данных о количестве свободных коек в отделении;
  + обмена данными о направлении пациентов на госпитализацию;
  + получение данных по госпитализации пациента;
  + обмена данными об отказе госпитализации пациента;
  + получение информации о движении пациента в стационаре.

Описание взаимодействия (этапы интеграции)

1 этап – Синхронизация справочников. (Асинхронная передача данных)

Справочники создаются в Системе либо на стороне МИС МО.

Созданные (загруженные) справочники, а также данные по изменению и удалению данных справочников, автоматически передаются всем участникам информационного обмена.

Вышеуказанные возможности системы будут реализованы посредством пакетов, перечисленных ниже.

1. ЛПУ - LPU.

Возможна единоразовая передача пакета при начале интеграции.

2. Филиал – BRANCH;

3. Отделение – DIVISION;

4. Связь отделений и профилей коек - DIVISION\_LINK\_STRUCTURE\_BED;

5. Количество коек в профиле - AMOUNT\_BED;

6. Количество свободных коек - FREE\_BEDS\_INFORMATION;

Загрузка пакетов в очередь Rabbit при добавлении новой информации (INSERT) должна происходить в строго установленном порядке:

- BRANCH

- DIVISION

- DIVISION\_LINK\_STRUCTURE\_BED

- AMOUNT\_BED

- FREE\_BEDS\_INFORMATION

Обновление (UPDATE) в произвольном порядке, удаление (DELETE) в обратном порядке.

Форматы ответов и запросов совпадают.

При некорректно отправленных пакетах будет сформирован пакет с ошибками.

2 этап – Интеграция основных данных. (Асинхронная передача данных).

Данные создаются в Системе либо на стороне МИС МО.

Данный этап реализован с помощью передачи следующих пакетов данных:

1. Направления на госпитализацию -HOSPITALISATION\_REFERRAL;

2. Отмена направления на госпитализацию -CANCEL\_HOSPITALISATION\_REFERRAL;

3. Информация о госпитализациях- HOSPITALISATION

4. Движение пациента в стационаре - MOTION\_IN\_HOSPITAL

5. Отказ от госпитализации - CANCEL\_HOSPITALISATION

Порядок загрузки пакетов в очередь Rabbit установлен только при добавлении новой информации (INSERT) в пакетах по госпитализации и движению пациента в стационаре, т.е. первый пакет должен быть обязательно HOSPITALISATION, второй MOTION\_IN\_HOSPITAL.

Обновление (UPDATE) в произвольном порядке, удаление (DELETE) в обратном порядке.

Для пакета «Направления на госпитализацию - HOSPITALISATION\_REFERRAL» актуальна только функция INSERT. Для удаления ранее выданного направления может быть использован пакет «Отмена направления - CANCEL\_HOSPITALISATION\_REFERRAL».

При получении пакета «Направления на госпитализацию -HOSPITALISATION\_REFERRAL» формируется и отправляется обратно пакет «HOSPITALISATION\_REFERRAL» с типом операции Reserve.

Если ответ положительный, место в стационаре зарезервировано для данного пациента (при наличии RESULT = 1), то в МО, в которое был направлен пациент для госпитализации, передается пакет «Направления на госпитализацию -HOSPITALISATION\_REFERRAL» с типом операции «INSERT» (первоначальный пакет).

3 этап – Получение дополнительной информации для создания направления. (Синхронная передача данных).

На данном этапе реализована передача пакетов – запросы на просмотр (!) возможных мест госпитализации, загруженности и наличие свободных мест в стационаре МО для направления пациента.

Для запросов третьего этапа используется Rabbit RPC клиент (Remote procedure call-Удаленный вызов процедур).

Пакеты состоят из 3 запросов и 3 ответов.

Первый и второй пакет предназначены для просмотра загруженности МО в разрезе ЛПУ и профилей коек соответственно. Третий пакет – запрос на просмотр наличия свободных мест на определенный период.

Запросы:

1. Загруженность по ЛПУ – RDSTimeOutRequest;

2. Загруженность по профилю – RDSTimeOutRequest;

3. Просмотр свободных коек

Ответы:

1. Загруженность по ЛПУ – RDSResult

2. Загруженность по профилю – RDSResult

3. Расписание (свободные койки)- FREE\_BEDS

## Порядок организации и проведения страховыми медицинскими организациями выборочного опроса (анкетирования) застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц для оценки их удовлетворенности деятельностью медицинских организаций

Настоящий порядок разработан в целях исполнения Приказа Фонда обязательного медицинского страхования от 28 апреля 2023 г. № 76 «Об утверждении Методики организации и проведения страховыми медицинскими организациями выборочного опроса (анкетирования) застрахованных» (далее Методика).

Выборочный опрос (анкетирование) рекомендуется проводить отдельно для оценки удовлетворенностью деятельностью медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и отдельно для оценки удовлетворенности деятельностью медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

В медицинской организации опрос (анкетирование) застрахованных лиц в амбулаторных условиях рекомендуется осуществлять по факту завершения процесса лечения, в стационарных условиях возможно при выписке пациента.

Телефонный опрос застрахованных лиц в амбулаторных условиях, также рекомендуется осуществлять по факту завершения процесса лечения, в стационарных условиях возможно при выписке пациента (на основании данных о принятых от медицинской организации реестров счетов за оказанную медицинскую помощь).

Опрос считается завершенным, и данные подлежат дальнейшему анализу в случае, если респондент дал ответы на все вопросы опросного листа (анкеты) для оценки удовлетворенности застрахованного лица деятельностью медицинской организации в амбулаторных условиях (критерии оценки удовлетворенности деятельностью медицинских организаций) с 1 по 5 вопрос, для оценки деятельностью медицинской организации в стационарных условиях (критерии оценки удовлетворенности деятельностью медицинских организаций) с 1 по 7 вопрос.

Страховая медицинская организация предоставляет отчетность в электронном виде в разрезе медицинских организаций (за отчетный период) в ТФОМС ежемесячно (не нарастающим итогом), в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом в соответствии с Приложением №1 и Приложением №2 к Методике в подсистему «Анкетирование» автоматизированной информационной системы«ИМЦ: ТФОМС» с помощью сервиса загрузки соответствующих файлов.

ТФОМС осуществляет контроль исполнения объема анкетирования в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом. После проверки ТФОМС ежемесячно осуществляет свод и передачу данных в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом в соответствии с Приложением № 1 и Приложением № 2 к Методике посредством Автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики (далее - АСММС) в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ТФОМС в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом в соответствии с Приложением № 3 к Методике осуществляет передачу данных посредством АСММС в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

# Порядок передачи файлов со сведениями о застрахованных лицах страховыми медицинскими организациям

Информационно взаимодействие между страховой медицинской организации и ТФОМС Республики Мордовия при ведении регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляется в форматах, размещенных на официальном сайте Фонда обязательного медицинского страхования.

В целях унификации информационного обмена порядок именования файлов при формировании информационной посылки определен следующими правилами.

Имя файла должно соответствовать следующему шаблону: "TQQQQQ\_N\_MMGGZ.XML", где:

- "T" - символ, определяющий тип файла. Принимает значения:

- "I" - для файлов с изменениями от СМО;

для файлов подтверждения/отклонения изменений:

- "P" - для протокола обработки файла с изменениями;

- "S" - файлы от ТФОМС с извещениями СМО о прекращении страхования;

- "K" - файлы корректировки данных от ТФОМС по отдельным записям или группам записей;

- "QQQQQ" - пятизначный код СМО, в соответствии с Единым реестром страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

- Символы "\_" (подчеркивание) являются разделителями и обязательно присутствуют в имени файла;

- "N" - номер пункта выдачи СМО, в соответствии с реестром пунктов выдачи (до трех знаков). Если страховая медицинская организация не имеет пунктов выдачи полисов, то указывается 0;

- "MM" - двухзначный код, равный порядковому номеру месяца, в котором сформирован файл с изменениями;

- "GG" - двухзначный код, равный двум последним цифрам календарного года, в котором сформирован файл с изменениями;

- "Z" - порядковый номер файла с изменениями (в пределах месяца), формируемого СМО. Без незначащих левых нулей. Размерность - не более 5 знаков.

В соответствии с частью 5 статьи 44 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» сведения о застрахованном лице могут предоставляться в виде документов как в форме документа на бумажном носителе, так и в форме электронного документа при наличии гарантии их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ТФОМС в ежедневном режиме принимает и обрабатывает изменения сведений о застрахованных лицах из федерального единого регистра застрахованных лиц (далее ФЕРЗЛ).

СМО направляет в ТФОМС сформированные сведения с изменениями по застрахованным лицам по мере их формирования следующими способами:

1) в виде xml-файлов через подсистему «Специализированный электронный документооборот» автоматизированной информационной системы ТФОМС» (далее – СЭД АИС «ИМЦ: ТФОМС») подписанные усиленной квалифицированной подписью.

2) в виде отдельного zip-архива по защищенной сети VipNet, содержащий xml-файл, открепленную подпись \*.sig и сертификат подписи \*.cer. Наименование архива аналогично наименованию xml-файлов. К имени файлов \*.sig и \*.cer внутри архива перед расширением добавляется \_03 «\*\_03.sig» («\*\_03.cer») – если файл подписывает специалист организации и \_11 «\*\_11.sig» («\*\_11.cer») – если файл подписывает руководитель организации.

Для проверки электронной подписи и полномочия лица, который подписывает направляемую в ТФОМС РМ информацию, в СЭД АИС «ИМЦ: ТФОМС» необходимо создавать уполномоченного представителя с указанием соответствующей роли (руководитель или специалист).

После обработки "I"-файлов ТФОМС направляет в СМО протокол обработки сведений. При наличии ошибок ФЛК или ошибок записи данных в ФЕРЗЛ в протоколе указывается ошибка с соответствующим описанием.

В случае поступления сведений о прекращении страхования по застрахованному лицу ТФОМС в режиме реального времени направляет "S"-файл в страховую медицинскую организацию.

В случае изменения сведений по застрахованному лицу в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц ТФОМС в режиме реального времени направляет "K"-файл в страховую медицинскую организацию.

ТФОМС обеспечивает работу сервиса по приему и обработке сведений круглосуточно.

# Организация и проведение страховыми медицинскими организациями внеплановой медико-экономической экспертизы в случае отказа бюро медико-социальной экспертизы в связи с неполным обследованием застрахованного лица

В целях исполнения Приказа Минздрава России от 19.03.2021 N 231н (ред. от 21.02.2022) "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения" в ТФОМС РМ организовано информационное взаимодействие с Главным бюро медико-социальной экспертизы по Республике Мордовия для получения в электронном виде информации о случаях выявления недостатков в обследовании граждан перед направлением их на медико-социальную экспертизу.

В случае поступления из информационной системы ГБ МСЭ по Республики Мордовия электронного документа о случаях выявления недостатков в обследовании граждан перед направлением их на медико-социальную экспертизу данная информация размещается в разделе МСЭ подсистемы СИСЗЛ АИС «ИМЦ: ТФОМС».

В соответствии с подпунктами 22 и 23 Приказа Минздрава России от 19.03.2021 N 231н страховая медицинская организация проводит контрольные мероприятия в отношении медицинской организации, направившей застрахованное лицо на медико-социальную экспертизу. Результат контрольных мероприятий страховая медицинская организация размещает на информационном ресурсе АИС «ИМЦ: ТФОМС» в разделе МСЭ подсистемы СИСЗЛ.

# Приложение

## Приложение №1

Структура файла с протоколом ФЛК

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информ****ация** |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| FLK\_P | FNAME | О | T(24) | Имя файла протокола ФЛК |  |
|  | FNAME\_I | О | T(24) | Имя исходного файла |  |
|  | PR | НМ | S | Причина отказа | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. |
|  | FDATE | O | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
| **Причины отказа** | | | | | |
| PR | OSHIB | O | N(3) | Код ошибки | В соответствии с перечнем ошибок ФЛК (Приложение № 11) |
|  | OSHIB\_NAME | O | T(255) | Наименование ошибки | 0 |
|  | IM\_POL | У | T(20) | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | BAS\_EL | У | T(20) | Имя базового элемента | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка. |
|  | N\_ZAP | У | T(36) | Номер записи | Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка. |
|  | IDCASE | У | N(11) | 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 | Т(36) | Номер записи в реестре услуг | Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL»). |
|  | COMMENT | У | T(250) | Комментарий | Описание ошибки. |

## Приложение №2

## Протокол проверки (страхование)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия** | **Имя** | **Отчество** | **Дата рождения** | **Тип полиса** | **Серия полиса** | **Номер полиса (ЕНП)** | **Вид помощи** | **№ Счета** | **Отчетный месяц** | **СМО** | **Сумма случая** | **№ позиции в счете** | **Код врача** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код ошибки** | **Наименование ошибки** | **Тип ошибки** | **Комментарий** | **ST\_OKATO от ФЕРЗЛ** | **Код СМО от ФЕРЗЛ** | **Комментарий** |
|  |  |  |  |  |  |  |

## Приложение №3

Протокол проверки (тарифы)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия** | **Имя** | **Отчество** | **Дата рождения** | **Вид помощи** | **№ Счета** | **Отчетный месяц** | **СМО** | **Сумма случая(счета)** | **№ позиции в счете** | **Код врача** | **Код ошибки** | **Наименование ошибки** | **Тип ошибки** | **Комментарий** | **ST\_OKATO** | **Код СМО** | **Комментарий к расчету** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Приложение №4

Протокол проверки (счет)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отчетный месяц** | **СМО** | **Имя файла** | **Дата загрузки** | **Время загрузки** | **Количество записей** | **Количество случаев** | **Сумма принятая** | **Сумма санкций по случаям** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Приложение №5

Акт № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ года

приема-передачи реестров счетов за оказанные медицинские услуги

гражданам, застрахованным на территории Республики Мордовия

за\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_года

*(отчетный период)*

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

*(наименование страховой медицинской организации)*

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

*(вид медицинской помощи)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование файла | Предъявлено | | Отклонено | | Принято к оплате, руб. |
| Кол-во посещений | Сумма, руб. | Кол-во случаев | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Всего |  |  |  |  |  |  |

Информацию передал Информацию принял

от СМО от ТФОМС

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

## Приложение №6

Заключение по результатам медико-экономического контроля

№\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ года

I.Общая часть

Наименование ТФОМС, получившего счет от МО:

Наименование СМО:

Наименование, код МО, предоставившей счет:

Номер счета/ реестра счетов:

Период, за который выставлен счет/реестр счетов:

II.Сведения об оказанной медицинской помощи:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Условия оказания медицинской помощи** | **Код профиля отделения (койки) или специальности медицинского работника** | **Предоставлено к оплате** | | **Отказано в оплате** | | **Подлежит к оплате** | |
| **количество** | **сумма, рублей** | **количество** | **сумма, рублей** | **количество** | **сумма, рублей** |

III.Результаты медико-экономического контроля:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **№ п/п в реестре** | **№ полиса ОМС** | **Код МКБ-10** | **Условие оказ. мед. помощи** | **Дата начала лечения** | **Дата окончания лечения** | **Код профиля МП** | **Код профиля отделения (койки) или специальности** | **Код услуги** | **Количество нарушений (дефектов)** | **Код дефекта** | **Сумма финансовых санкций, по коду нарушения(дефекта), рублей** | **Сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты, рублей** | **Сумма штрафа, рублей** |

Итоговая сумма, принятая к оплате:

IV.Заверительная часть

Специалист ТФОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О.)

Руководитель ТФОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О.)

Руководитель МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О.)

## Приложение №7

Акт № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ года

приема-передачи сведений о МЭЭ и ЭКМП, проведенных по случаям оказания медицинской помощи

гражданам, застрахованным на территории Республики Мордовия

за\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_года

*(отчетный период)*

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

*(наименование страховой медицинской организации)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование файла | Предъявлено | | | Отклонено | | | Принято к оплате, руб. |
| Кол-во  случаев | Кол-во проведенных экспертиз | Сумма, руб. | Кол-во случаев | Сумма удержаний/неоплаты, руб. | Сумма штрафа, руб. |
| Всего |  |  |  |  |  |  |  |  |

Информацию передал Информацию принял

от СМО от ТФОМС

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

## 

## Приложение №8

**СЧЕТ № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г**

**Наименование МО Наименование СМО/ТФОМС**

**Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Банковские реквизиты\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Банковские реквизиты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Вид медицинской помощи** | **Способ оплаты** | **Стоимость оказанной медицинской помощи** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Стационарная помощь | законченный случай |  |
| 2 | Высокотехнологичная помощь | законченный случай |  |
| 3 | Дневной стационар | законченный случай |  |
| 4 | Амбулаторно-поликлиническая помощь (с оплатой за единицу объема) в том числе: |  |  |
|  | посещения | посещение |  |
|  | обращения | обращение |  |
|  | неотложная помощь | посещение |  |
|  | стоматология | посещение |  |
|  | дополнительные услуги | за медицинскую услугу |  |
|  | центр здоровья | посещение |  |
|  | диспансеризация определенных групп населения | посещение |  |
|  | диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации | посещение |  |
|  | диспансеризация детей-сирот, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных | посещение |  |
|  | медицинский осмотр несовершеннолетних | посещение |  |
|  | профилактический медицинский осмотр | посещение |  |
|  | углубленная диспансеризация | посещение |  |
|  | диспансеризация лиц репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья | посещение |  |
| 5 | Скорая помощь с применением тромболитической терапии | вызов |  |
| 6 | Подлежит оплате по подушевому нормативу финансирования в том числе: | подушевой норматив финансирования |  |
|  | Амбулаторно-поликлиническая помощь | подушевой норматив финансирования |  |
|  | Стоматология | подушевой норматив финансирования |  |
|  | Скорая помощь | подушевой норматив финансирования |  |
|  | ФАП | подушевой норматив финансирования |  |
|  | **ИТОГО предъявлено к оплате** |  |  |

(ИНН)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ИНН)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Сведения о среднемесячной численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных в СМО лиц (численности застрахованных в СМО лиц, проживающих на территории обслуживания медицинской организации) |  |
| Сведения о численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных в СМО лиц на 01 число отчетного периода |  |

**Руководитель организации** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

**Главный бухгалтер** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

**Приложение к счет-фактуре № от г**.

АКТ №\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по состоянию на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование показателя | По данным территориального фонда обязательного медицинского страхования | По данным медицинской организации |
|
|
|
| 1 | Сумма задолженности территориального фонда по месту оказания медицинской помощи на начало отчетного месяца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 1.1 | по оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи; |  |  |
| 1.2 | по оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь; |  |  |
| 2 | Сумма задолженности медицинской организации на начало отчетного месяца по: |  |  |
| 2.1 | оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам: |  |  |
| 2.1.1 | медико-экономической экспертизы; |  |  |
| 2.1.2 | экспертизы качества медицинской помощи; |  |  |
| 2.2 | оплате пеней за просрочку оплаты штрафов и возврата средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона; |  |  |
| 3 | Общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам за отчетный месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 4 | Сумма средств, сформированных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам: |  |  |
| 4.1 | медико-экономического контроля; |  |  |
| 4.2 | медико-экономической экспертизы; |  |  |
| 4.3 | экспертизы качества медицинской помощи; |  |  |
| 5 | Сумма штрафов, начисленных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам: |  |  |
| 5.1 | медико-экономической экспертизы; |  |  |
| 5.2 | экспертизы качества медицинской помощи; |  |  |
| 6 | Сумма средств, удержанных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе по результатам: |  |  |
| 6.1 | медико-экономического контроля; |  |  |
| 6.2 | медико-экономической экспертизы; |  |  |
| 6.3 | экспертизы качества медицинской помощи; |  |  |
| 7 | Сумма средств, перечисленных медицинской организацией в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи за отчетный месяц: |  |  |
| 7.1 | в связи с принятием к медицинской организации мер в соответствии со статей 41 Федерального закона; |  |  |
| 7.2 | на оплату штрафов по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе по результатам: |  |  |
| 7.2.1 | медико-экономической экспертизы; |  |  |
| 7.2.2 | экспертизы качества медицинской помощи; |  |  |
| 8 | Сумма средств, перечисленных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в медицинскую организацию по счетам на оплату медицинской помощи в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 9 | Сумма начисленного территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи пени за несвоевременное перечисление средств на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; |  |  |
| 10 | Сумма начисленного медицинской организации пени за несвоевременный возврат средств по итогам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона; |  |  |
| 11 | Сумма перечисленного территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи пени за несвоевременное перечисление средств на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; |  |  |
| 12 | Сумма перечисленного медицинской организацией пени за несвоевременный возврат средств по итогам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона; |  |  |
| 13 | Сумма задолженности территориального фонда по месту оказания медицинской помощи на конец отчетного периода \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 13.1 | по оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; |  |  |
| 13.2 | по оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь; |  |  |
| 14 | Сумма задолженности медицинской организации на конец отчетного месяца по: |  |  |
| 14.1 | оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам: |  |  |
| 14.1.1 | медико-экономической экспертизы; |  |  |
| 14.1.2 | экспертизы качества медицинской помощи; |  |  |
| 14.2 | оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврата средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона; |  |  |
| 1 | Сумма задолженности территориального фонда по месту оказания медицинской помощи на начало отчетного месяца 01.10.2023 |  |  |
| 1.1 | по оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи; |  |  |
| 1.2 | по оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь; |  |  |
| 2 | Сумма задолженности медицинской организации на начало отчетного месяца по: |  |  |
| 2.1 | оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам: |  |  |
| 2.1.1 | медико-экономической экспертизы; |  |  |
| 2.1.2 | экспертизы качества медицинской помощи; |  |  |
| 2.2 | оплате пеней за просрочку оплаты штрафов и возврата средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона; |  |  |
| 3 | Общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам за отчетный месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**Руководитель ТФОМС** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Расшифровка подписи

**Главный бухгалтер ТФОМС** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Расшифровка подписи

**Исполнитель** **ТФОМС** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Расшифровка подписи

**Руководитель МО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Расшифровка подписи

**Главный бухгалтер МО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Расшифровка подписи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |  |

## Приложение №9

**РЕЕСТР СЧЕТА №**

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

Наименование медицинской организации, ОРГН в соответствии с ЕГРЮЛ

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу**

**в рамках диспансеризации**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование страховой медицинской организации(филиала))

Конфиденциально

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО | | | Дата рождения | | Пол | Документ  ОМС серия | Документ  ОМС номер | | Документ  УДЛ серия | Документ  УДЛ номер | Документ  УДЛ тип | Адрес регистрации | Место рождения | | |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| Этап № | Дата завершения | | | Диагноз | Группа здоровья | | |  | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | *№ п/п* | *Дата оказания* | | | Наименование услуги | | | | | | | | | *Тариф* |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | |  |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

## Приложение №10

**Реестр заключений по результатам медико-экономического контроля**

**№ \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Период:

Наименование ТФОМС, получившего счет от МО:

Код ТФОМС, получившего счета от МО:

Код территории местонахождения ТФОМС:

Наименование, код МО, предоставившей счет:

Код территории местонахождения МО:

1.Сведения о результатах медико-экономического контроля:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Результаты** | **Условия оказания медицинской помощи** | **Количество случаев** | **На сумму, рублей** |
| Предоставлены счета/реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам | всего, в том числе: |  |  |
| стационарно |  |  |
| в дневном стационаре |  |  |
| амбулаторно |  |  |
| вне медицинской организации |  |  |
| Принято к оплате за медицинскую помощь, оказанную | всего, в том числе: |  |  |
| стационарно |  |  |
| в дневном стационаре |  |  |
| амбулаторно |  |  |
| вне медицинской организации |  |  |
| Снято с оплаты за медицинскую помощь, оказанную | всего, в том числе: |  |  |
| стационарно |  |  |
| в дневном стационаре |  |  |
| амбулаторно |  |  |
| вне медицинской организации |  |  |
| В том числе снято с оплаты за предъявление к оплате за оказанную медицинскую помощь: | сверх распределенного объема |  |  |
| сверх распределенного финансового обеспечения |  |  |

2.1.Не подлежит оплате, всего

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.1.1. За оказание медицинской помощи в стационарных условиях | | | | | | | | | |
| Код структурного подразделения медицинской организации | Код профиля отделения (коек) | № индивидуального счета | Период | № полиса обязательного медицинского страхования | Код территории страхования | Код нарушения (дефекта) | Сумма, подлежащая неоплате (или) уменьшения оплаты | Код финансовых санкций | Сумма финансовых санкций |
| 2.1.2. За оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара | | | | | | | | | |
| Код структурного подразделения медицинской организации | Код профиля отделения (коек) | № индивидуального счета | Период | № полиса обязательного медицинского страхования | Код территории страхования | Код нарушения (дефекта) | Сумма, подлежащая неоплате (или) уменьшения оплаты | Код финансовых санкций | Сумма финансовых санкций |
| 2.1.3. За оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях | | | | | | | | | |
| Код структурного подразделения медицинской организации | Код профиля отделения (коек) | № индивидуального счета | Период | № полиса обязательного медицинского страхования | Код территории страхования | Код нарушения (дефекта) | Сумма, подлежащая неоплате (или) уменьшения оплаты | Код финансовых санкций | Сумма финансовых санкций |
| 2.1.4. За оказание медицинской помощи вне медицинской организации | | | | | | | | | |
| Код структурного подразделения медицинской организации | Код профиля отделения (коек) | № индивидуального счета | Период | № полиса обязательного медицинского страхования | Код территории страхования | Код нарушения (дефекта) | Сумма, подлежащая неоплате (или) уменьшения оплаты | Код финансовых санкций | Сумма финансовых санкций |

2.2. Не принято к оплате в связи с превышением установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов и стоимости медицинской помощи, всего

в том числе:

2.1.1. За оказание медицинской помощи в стационарных условиях

2.1.2.За оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара

2.1.3. За оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях

2.1.4. За оказание медицинской помощи вне медицинской организации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код структурного подразделения медицинской организации | Код профиля отделения (коек) | № индивидуального счета | Период, в котором произошло превышение согласованных объемов (квартал) | Величина превышения согласованных объемов медицинских услуг | Сумма, не подлежащая оплате в связи с превышением согласованных объемов | Сумма, не принятая к оплате в связи с превышением согласованных объемов | В том числе до проведения повторного медико-экономического контроля | Сумма, удерживаемая в текущем месяце, рублей | Сумма, подлежащая удержанию в последующий период, рублей |

Дата предоставления счетов территориальному фонду обязательного медицинского страхования:

Дата проверки реестров счетов:

Специалист ТФОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Руководитель ТФОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Руководитель МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

## Приложение №11

полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о выборе (замене) медицинской организации для получения первичной медико- санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

число, месяц, год

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),

гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи, в связи с (нужное подчеркнуть):

1. выбором медицинской организации;
2. заменой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
3. заменой медицинской организации в связи со сменой места жительства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по месту жительства, по месту пребывания, по месту фактического проживания без регистрации

(нужное подчеркнуть)

Адрес по месту регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Вид документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(наименование органа, выдавшего документ)

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения

первичной медико-санитарной помощи. С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому

принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(Ф.И.О.)

**Дата и время регистрации заявления: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА (или ЛИЦА, НАДЕЛЕННОГО ПОЛНОМОЧИЯМИ ПО РЕШЕНИЮ ВОПРОСОВ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ЗАТСРАХОВАННЫХ ЛИЦ):**

Прикрепить с " " \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Участок N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФАП №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО главного врача (лица, наделенного полномочиями по решению вопросов прикрепления застрахованных лиц)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

*(число, месяц, год)*

## Приложение №12

Журнал регистрации заявлений застрахованных лиц о выборе медицинской организации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Дата подачи заявления о выборе МО | ФИО | Пол | Дата рождения | Дата прикрепления к выбранной МО | МО, где ранее было зарегистрировано застрахованное лицо | Причина отказа в прикреплении к МО | Подпись уполномоченного лица МО | Подпись застрахованного лица или его законного представителя |

## Приложение №13

Реестр

неидентифицированных граждан,

пролеченных в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование МО)

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(месяц, год)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О.  больного | Документ, удостоверяющий личность (серия, №) | Дата рождения | Место постоянной регистрации | Номер полиса | Вид мед. помощи (скорая, неотложная, плановая) | Код нозологии по МКБ-10 | Отделение  (не заполняется для амбулаторно-поликлинической мед. помощи) | Дата госпитализации / обращения | Стоимость оказанной медицинской помощи |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Главный врач МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный бухгалтер МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

## Приложение №14

Акт

приема-передачи предъявленных к оплате

персонифицированных реестров

неидентифицированных пациентов

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Наименование МО)

за отчетный период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(месяц, год)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Номер счета | Имя файла | Количество записей | Количество пациентов |
|  |  |  |  |  |

Главный врач МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный бухгалтер МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

## 

## Приложение №15

АКТ

сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования

за период с\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Территориальный фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи | | | | | | | | | | Территориальный фонд ОМС по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования | | | | | | | | | |
| сальдо на  начало года | | номер  счета,  дата | Сумы счетов по оплате медицинской помощи, предъявленных к возмещению  (руб.) | Суммы выставленных уведомлений о восстановлении средств, взысканных вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона  (руб.) | Суммы уведомлений о возврате средств  (руб.) | Суммы средств, перечисленных территориальным фондом по месту страхования в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи | Суммы средств перечисленных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования | Сальдо на конец отчетного периода | | сальдо на  начало года | | номер  счета,  дата | Сумы счетов по оплате медицинской помощи, предъявленных к возмещению  (руб.) | Суммы выставленных уведомлений о восстановлении средств, взысканных вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона  (руб.) | Суммы уведомлений о возврате средств  (руб.) | Суммы средств, перечисленных территориальным фондом по месту страхования в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи | Суммы средств перечисленных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования | сальдо на  конец года | |
| №  и дата  счета | сумма  (руб.) | № и  дата  счета | сумма  (руб.) | № и  дата  счета | сумма  (руб.) | № и  дата  счета | сумма  (руб.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 8 | 19 | 20 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Директор ТФОМС по месту оказания медицинской помощи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный бухгалтер ТФОМС по месту оказания медицинской помощи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП

Директор ТФОМС по месту страхования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный бухгалтер ТФОМС по месту страхования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП

Текущие изменения.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Версия | Дата | Описание | Автор | Примечания |
| 42 | 30.01.2024 | 1. Добавлен элемент K\_ZP (коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы) ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/K\_ZP в файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи (раздел 4.3.1) и в файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (раздел 4.3.6). При отсутствии указывается «1».  2. Добавлен новый тип счета при проведении диспансеризации населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья (разделы 4.3.4 и 8.3):  DK - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья;  DT - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья  3. Изменилась версия (VERSION) файла со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи (раздел 4.3.1) и файла со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (раздел 4.3.6).  Значение VERSION с отчетного периода «январь» 2024 года должно быть «4.0». | Якутин Ю.А. | Цвет желтый |
| 43 | 20.03.2024 | 1. Добавлен новый раздел «13 Порядок передачи файлов со сведениями о застрахованных лицах страховыми медицинскими организациям»;  2. В элемент служебного поля COMENTSL (ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/COMENTSL) добавлено новое значение: "**TRAUMA:18"** (без завычек), которое обязательно для заполнения в случае оказания медицинской помощи в стационаре лицу, пострадавшему в дорожно-транспортном происшествии. | Якутин Ю.А. | Цвет ярко-зеленый |
| 44 | 22.04.2024 | 1. Атрибут ENP в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи (раздел 4.3.1) и файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи при проведении профилактических осмотров, диспансеризации, комплексных медицинских обследований, проведенных в Центре здоровья и диспансеризации населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья (раздел 4.3.5) стал обязательным для заполнения: для полисов единого образца указывается единый номер полиса обязательного медицинского страхования (ЕНП), для полисов старого образца указывается предрассчитанный ЕНП.  Данный пункт вводится на счетах с отчетного периода «апрель 2024 года».  2. Добавлена возможность загрузки перечня граждан, согласованного с работодателем и (или) руководителем образовательной организации для проведения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации не только в формате csv, но и xls или xlsx (раздел 4.4).  3. При передаче файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи или файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование с услугами КТ и МРТ в блоке «Сведения об услуге» необходимо передавать услуги исследованных анатомических зон с указанием вида вмешательства в соответствии со справочником Минздрава 1.2.643.5.1.13.13.11.1070. Сумма при этом указывается только на одной услуги с максимальным уникальным идентификатором услуги из справочника 1.2.643.5.1.13.13.11.1070 списка услуг случая.  Данный пункт вводится на счетах с отчетного периода «май 2024 года».  4. Расширена возможность передачи файлов со сведениями о застрахованных лицах страховыми медицинскими организациям с передачей открепленной подписи при подписании файлов усиленной квалифицированной электронной подписью (раздел 13). | Якутин Ю.А. | Цвет бирюзовый |
| 45 | 30.07.2024 | Добавлен элемент USL\_DN (условия проведения диспансерного наблюдения работающих граждан) ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/USL\_DN в файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи (раздел 4.3.1) и в файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (раздел 4.3.6).  Заполняется в случае проведения диспансерного наблюдения работающих граждан следующими значениями:  1 – с использованием подразделений работодателя;  2 – в соответствии с заключенным договором с МО;  3 – в условиях медицинской организации, к которой прикреплен работающий гражданин;  4 – с использованием выездных форм работы по месту осуществления прикрепленным гражданином служебной деятельности.  При отсутствии не заполнять.  Данный пункт вводится на счетах с отчетного периода «август 2024 года». | Якутин Ю.А. | Цвет лиловый |