

УТВЕРЖДЕН

приказом ТФОМС УР
от 29.01.2016 № 28

**Порядок
информационного взаимодействия
в сфере обязательного медицинского страхования на
территории Удмуртской Республики**

Оглавление

1	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
1.1	Назначение и цель разработки	4
1.2	Используемые сокращения и определения	5
1.3	Принципы построения информационной системы ОМС Удмуртской Республики	7
1.4	Субъекты и объекты информационного обмена в системе ОМС.....	8
1.5	Общие требования для файлов типа DBF	8
1.6	Общие требования для файлов типа XML	8
2	НОРМАТИВНО-СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	10
2.1	Общие положения	10
2.2	Справочники и кодификаторы территориального уровня	10
2.3	Правила формирования территориального пакета НСИ	11
2.4	Структуры файлов НСИ.....	12
2.4.1	Структура файла справочника МКБ-10 (М001).....	12
2.4.2	Структура файла справочника клинико-статистических групп (Т001).....	12
2.4.3	Структура файла справочника тарифов (Т002)	13
2.4.4	Структура файла справочника коэффициентов (Т003).....	15
2.4.5	Структура файла территориального классификатора медицинских услуг (Т004)	18
2.4.6	Структура файла справочника резервов и договорных объёмов медицинской помощи (Т005)	18
2.4.7	Структура файла справочник медицинских стандартов(Т006).....	19
2.4.8	Структура файла справочника структуры МО (Т007)	20
2.4.9	Структура файла территориального классификатора финансовых удержаний (санкций) (Т008).....	22
2.4.10	Структура файла справочника группировки КСГ (Т009).....	23
2.4.11	Структура файла справочника медицинских мероприятий для отдельных видов медицинской помощи (Т010)	23
2.4.12	Структура файла справочника групп медицинских услуг (Т011).....	25
2.4.13	Структура файла справочника врачебных должностей (Т012).....	25
2.4.14	Структура файла Классификатора основных медицинских услуг по стоматологической помощи (Т013)	26
2.4.15	Структура файла кодификаторов ТК01 – ТК05, ТК07, ТК09 – ТК16, ТК18, ТК20 – ТК33, ТК37 – ТК42, ТК44, ТК45, ТК47 – ТК59, ТК61-ТК70	26
2.4.16	Структура файла кодификатора ТК06	26
2.4.17	Структура файла кодификатора ТК08	27
2.4.18	Структура файла кодификаторов ТК17	28
2.4.19	Структура файла кодификатора ТК19	28
2.4.20	Структура файла кодификаторов ТК34, ТК35	28
2.4.21	Структура файла кодификатора ТК36	29
2.4.22	Структура файла кодификатора ТК43	29
2.4.23	Структура файла кодификатора ТК60	30
2.4.24	Структура файла кодификатора ТК46	30
2.5	Правила расчёта стоимости оказания медицинской помощи	31
2.5.1	Общие правила	31
2.5.2	Выбор клинико-статистической группы	32
2.5.3	Расчёт стоимости стационарной и стационарозамещающей помощи.....	36
2.5.4	Расчёт стоимости амбулаторно-поликлинической помощи.....	43
2.5.5	Расчёт финансирования скорой медицинской помощи по подушевому нормативу.....	56
2.5.6	Оплата скорой медицинской помощи за вызов	59

	2.6	Контроль структуры МО	59
	2.7	Контроль договорных объёмов оказания МП	61
3		ЕДИНЫЙ РЕГИСТР ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ.....	63
4		УЧЁТ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	64
	4.1	Особенности ведения персонифицированного учёта медицинской помощи.....	64
	4.1.1	Требования к наименованию файлов.....	64
	4.1.2	Требования к содержанию элементов файлов	68
	4.1.3	Акт медико-экономического контроля.....	87
	4.1.4	Файл сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи	87
	4.1.5	Файл сведений о финансировании МО.....	89
5		АНКЕТИРОВАНИЕ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ	91
6		ИНФОРМАЦИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ КОНТРОЛЯ ОБЪЁМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	92
	6.1	Общие положения	92
	6.2	Структура файла файл актов МЭЭ и ЭКМП EXP_АСТ<ОГРН СМО>.DBF	92
	6.3	Структура файла дефектов и сумм финансовых удержаний (санкций) EXP_SAN<ОГРН СМО>.DBF	96
	6.4	Структура файла рекомендаций эксперта для медицинской организации по результатам экспертизы EXP_PLAN<ОГРН СМО>.DBF	97
	6.5	Структура файла актов целевых и тематических ЭКМП EXP_CEL<ОГРН СМО>.DBF	97
7		УЧЁТ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН	105
	7.1	Требования к информационному обмену по учету обращений граждан.....	105
	7.2	Структура файл с информацией о поступивших обращениях граждан.....	106
	7.3	Структура файла протокола ошибок ФЛК.....	111
8		УЧЁТ ПРИКРЕПЛЁННОГО НАСЕЛЕНИЯ	112
	8.1	Требования к файлам информационного обмена.....	112
	8.2	Структура файла сведений о прикреплении	113
	8.3	Структура файла форматно-логического контроля сведений о прикреплении ...	119
	8.4	Структура файла уведомлений о подтверждении/отказе в прикреплении	120
	8.5	Структура файла уведомлений об откреплении.....	121
	8.6	Файл уведомлений о прикреплении застрахованных лиц, неприкреплённых к МО	122
	8.7	Файл сведений о прикреплении застрахованных лиц к МО, направляемый в СМО	125
	8.8	Файл сведений об индивидуальном информировании застрахованных лиц о прохождении профилактических мероприятий	127
9		СИСТЕМА ЗАПРОСОВ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДАННЫХ О СТРАХОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ И ПРИКРЕПЛЕНИИ К МО	130
	9.1	Требования к файлам информационного обмена.....	130
	9.2	Структура файла запроса	131
10		ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	134
	10.1	Файл сведений о направлении на госпитализацию и движении пациентов.....	135
	10.2	Структура файла форматно-логического контроля сведений о госпитализации.....	138
	10.3	Файл сведений о наличии свободных мест госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учетом периода ожидания	139

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Назначение и цель разработки

Настоящий Порядок информационного взаимодействия в системе ОМС Удмуртской Республики (далее Порядок) разработан с целью оптимизации, комплексной автоматизации, упорядочения и унификации информационного взаимодействия, электронного и бумажного документооборота участников и субъектов системы обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики. Порядок разработан на основании следующих документов:

- Федеральный закон от 29.11.2011 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее Закон);
- «Правила обязательного медицинского страхования», утверждённые приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н (далее Правила);
- «Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011г. № 29н;
- «Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», утверждённые приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7.04.2011 №79 (с изменениями от 22.08.2011 г.) (далее Общие принципы);
- Методические указания по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования рекомендации, утвержденные Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 04.04.2011 (далее Методические указания ФОМС);
- Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённый приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2011 №230;
- Порядок предоставления отчетных и финансовых документов при оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики (далее Порядок оплаты).

Субъекты информационного взаимодействия обмениваются между собой информацией, состав, формат и сроки передачи которой должны соответствовать настоящему Порядку. Передача прочей информации, не описанной в Порядке, осуществляется по согласованию заинтересованных сторон.

Содержащиеся в этом документе положения обязывают все субъекты системы ОМС на территории Удмуртской Республики, вступающие в информационное взаимодействие друг с другом, строго и неукоснительно соблюдать порядок обмена и подготовки информации.

Любые программные средства, разработанные ранее или разрабатываемые в настоящее время для использования в системе здравоохранения и ОМС на территории Удмуртской Республики, должны быть модифицированы в соответствии с требованиями данного документа по форматам и структурам информационного обмена.

Несоблюдение требований данного Порядка при подготовке информации для информационного обмена является причиной, по которой обмен не может быть осуществлен. Ответственность за последствия такого шага несет сторона, не соблюдающая нижеизложенные требования.

Изменения и дополнения в данный документ вносятся:

- а) в связи с изменениями действующего законодательства
 б) по предложению участников и субъектов ОМС на территории Удмуртской Республики после рассмотрения рабочей группой.

1.2 Используемые сокращения и определения

Сокращение/термин	Определение
ФОМС	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
ПФР	Пенсионный фонд Российской Федерации
ФСС	Фонд социального страхования Российской Федерации
ТФОМС УР	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики
МО	Медицинская организация (лечебно-профилактическое учреждение)
СМО	Страховая медицинская организация.
ЗАГС	Органы записи актов гражданского состояния
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ПУ	Персонифицированный учет
ЕНП	Единый номер полиса ОМС
ЕРЗ	Единый регистр застрахованных
ЗЛ	Застрахованное лицо.
МП	Медицинская помощь
МЭК	Медико-экономический контроль
МЭЭ	Медико-экономическая экспертиза
ЭКМП	Экспертиза качества медицинской помощи
ИС	Информационная система
РИС ОМС	Региональная информационная система обязательного медицинского страхования.
РС	Региональный сегмент
ФЛК	Форматно-логический контроль
ЦС	Центральный сегмент
Классификатор	Официальный документ, представляющий систематизированный свод наименований и кодов классификационных группировок и (или) объектов классификации
Общероссийский классификатор	Классификатор, принятый Госстандартом России и обязательный для применения в определенных сферах деятельности, установленных разработчиком по согласованию с заинтересованными министерствами, ведомствами.
Отраслевой классификатор	Классификатор, утвержденный министерством (ведомством) для применения в рамках данного министерства (ведомства).

Сокращение/термин	Определение
Международный справочник	Справочник, принятый международной организацией и используемый для международного взаимодействия.
Обязательный реквизит	Реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе.
Необязательный реквизит	Реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
НСИ	Нормативно-справочная информация - информация, заимствованная из нормативных документов и справочников, используемая при функционировании информационной системы
ОГРН	Основной государственный регистрационный номер – государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица в ЕГРЮЛ в соответствии с Федеральным законом «О государственной регистрации юридических лиц»
ОКАТО	Общероссийский классификатор административно-территориального деления.
ОКОПФ	Общероссийский классификатор организационно - правовых форм.
Регламент	Документ, описывающий последовательность функций, ответственность, порядок взаимодействия исполнителей
Кодификатор	Таблица, содержащая коды и названия понятий - объектов кодирования; при этом коды понятий не учитывают связи, соподчиненность и/или иные отношения между понятиями.
Справочник	Таблица или база данных, содержащая перечень объектов, имеющих уникальные идентификаторы (номера, имена, коды), для формализованного представления характеристик, и/или для идентификации которых используются коды соответствующих классификаторов и/или кодификаторов. Записи таблицы справочника могут включать любые сведения, характеризующие объекты справочника.
Таблица	Структурированный массив данных об объектах учета. Объектами учета в системе ОМС являются, например, МО, оказанные медицинские услуги, застрахованные граждане и т.д. Таблицы состоят из записей об объектах учета, при этом каждая запись соответствует своему экземпляру объекта учета. Записи состоят из полей, каждое поле содержит одну из характеристик (атрибут) объекта учета.
Файл	Таблица или база данных на электронном информационном носителе. В целях информационного обмена в системе ОМС используются файлы формата XML и DBF. Данный формат подразумевает содержание одной таблицы в одном файле. Для хранения и обработки информации каждый субъект информационного взаимодействия вправе использовать любые другие форматы файлов и баз данных.
Информационный пакет	Архивный файл типа RAR, в котором содержится набор взаимосвязанных файлов.
ЭДО	Электронный документооборот
Регламент ЭДО	«Регламент электронного документооборота в защищенной корпоративной сети передачи данных ГУ Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской республики на технологии VIPNet» утверждён решением Правления ТФОМС УР от 21.10.2008 Протокол №3.
Реестр	совокупность персонифицированных учетных данных за определенный период.

Сокращение/термин	Определение
База данных (БД)	Совокупность взаимосвязанных таблиц, используемых для хранения и обработки данных о сложных объектах учета, например, таких как медицинские услуги.
УКЛ	Уровень качества лечения
СНИЛС	Страховой номер индивидуального лицевого счета в системе пенсионного страхования
МП	Медицинская помощь
МТР	Межтерриториальные расчёты
МП МТР	Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным на другой территории
Ключевое выражение	совокупность значений полей записи, однозначно определяющая объект учета
ТП ОМС	Территориальная программа обязательного медицинского страхования
РПМ	Региональная программа модернизации здравоохранения Удмуртской Республики
СМП	Скорая медицинская помощь
Внешняя медицинская услуга	Медицинская помощь, оказанная прикрепившимся к медицинской организации лицам в других медицинских организациях по видам медицинской помощи, формам и условиям оказания медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу
ВМП	Высокотехнологичная медицинская помощь

1.3 Принципы построения информационной системы ОМС Удмуртской Республики

Информационная система ОМС УР строится на использовании следующих принципов:

- Однократный ввод первичной информации - данные, необходимые для функционирования системы должны вводиться однократно и в дальнейшем использоваться на всех этапах жизненного цикла этой информации;
- Взаимосвязанность данных, использование единых систем классификации и кодирования данных - все информационные потоки и ресурсы системы должны базироваться на единых общедоступных справочниках и классификаторах, использовании внутрисистемных уникальных идентификаторов данных с системой контроля их достоверности.
- Использование открытых систем - программные средства должны быть легко адаптируемы, обеспечивать взаимодействие между собой на основе описанных интерфейсов взаимодействия
- Обеспечение конфиденциальности информации - учитывая наличие в используемых данных персональных сведений о гражданине и элементов врачебной тайны, программные средства должны быть оснащены средствами защиты информации от несанкционированного доступа.
- Программное обеспечение, используемое субъектами должно удовлетворять определенным критериям по надежности подготовки и хранения данных, скорости ее обработки и функциональности.

1.4 Субъекты и объекты информационного обмена в системе ОМС

В число субъектов информационного взаимодействия в системе ОМС Удмуртской Республики включены:

- ФОМС,
- ТФОМС УР,
- Министерство здравоохранения Удмуртской Республики (МЗ УР),
- СМО - юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься обязательным медицинским страхованием.
- МО, участвующие в реализации территориальной программы ОМС.

Основным объектом информационного взаимодействия в системе ОМС Удмуртской Республики является информационный пакет, который состоит из файлов, соответствующих требованиям настоящего Порядка по их заполнению и содержанию находящейся в них информации.

1.5 Общие требования для файлов типа DBF

- Все поля файла, заполняемые значениями из различных справочников, должны быть заполнены актуальными значениями, находящимися в этих справочниках.
- Для предотвращения ошибок, возникающих при использовании нестандартных драйверов клавиатуры вычислительной техники, символьная информация подвергается дополнительной обработке, связанной с заменой всех латинских букв сходными по начертанию русскими буквами.
- В полях символьного типа удаляются все лидирующие и завершающие пробелы. Значения выравниваются по левому краю поля
- Все поля файла по обязательности заполнения делятся на обязательные и необязательные для заполнения. Обязательные поля выделены в описании структуры файла жирным шрифтом или отмечены знаком «+» в графе «признак обязательности заполнения поля». Обязательные для заполнения поля могут не заполняться при отсутствии информации для заполнения в принципе.
- Поля типа «Дата» если они не заполняются, не должны содержать значений типа «00.00.0000».

1.6 Общие требования для файлов типа XML

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

Файлы информационного обмена должны быть упакованы в архив формата Zip.

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

Символ	Способ кодирования
двойная кавычка ("")	"
одинарная кавычка (')	'
левая угловая скобка ("<")	<
правая угловая скобка (">")	>
амперсant ("&")	&

В таблицах, описывающих структуру файлов, в графе «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.

B – бинарный массив.

2 НОРМАТИВНО-СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

2.1 Общие положения

Нормативно-справочная информация, используемая в сфере ОМС, включает НСИ и реестры федерального уровня и справочники и кодификаторы территориального уровня.

Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС федерального уровня представлен в п.п.4.1. Общих принципов. Информационное взаимодействие при ведении НСИ и реестров в сфере ОМС федерального уровня осуществляется в соответствии с п.п.4.2. Общих принципов.

2.2 Справочники и кодификаторы территориального уровня

№	Код	Наименование
Справочники		
1	T001	Справочник клинико-статистических групп
2	T002	Справочник тарифов
3	T003	Справочник коэффициентов
4	T004	Территориальный классификатор медицинских услуг
5	T005	Справочник резервов и договорных объемов медицинской помощи
6	T006	Справочник медицинских стандартов
7	T007	Справочник структуры МО
8	T008	Территориальный классификатор финансовых удержаний (санкций)
9	T009	Справочник группировки КСГ
10	T010	Справочник медицинских мероприятий для отдельных видов медицинской помощи
11	T011	Справочник групп медицинских услуг
12	T012	Справочник врачебных должностей
13	T013	Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи
Кодификаторы		
11	TK01	Кодификатор типов КСГ
12	TK02	Кодификатор типов тарифов
13	TK03	Кодификатор уровней оказания медицинской помощи
14	TK04	Кодификатор уровней стационара
16	TK05	Кодификатор категорий населения
17	TK06	Кодификатор видов диспансеризации
18	TK07	Кодификатор статей тарифа
19	TK08	Кодификатор типов коэффициентов
20	TK09	Кодификатор несчастных случаев
21	TK10	Кодификатор социальных групп
22	TK11	Кодификатор профиля бригады СМП
23	TK12	Кодификатор повода вызова СМП
24	TK13	Кодификатор вызова СМП
25	TK14	Кодификатор целей обращения
26	TK15	Кодификатор видов обращения
27	TK16	Кодификатор результатов диспансеризации
28	TK17	Кодификатор условий применения финансовых удержаний (санкций)
29	TK18	Кодификатор видов актов медицинской экспертизы
30	TK19	Кодификатор видов медицинской экспертизы
31	TK20	Кодификатор повторности поступления
32	TK21	Кодификатор своевременности проведения лечебно-диагностических мероприятий

33	TK22	Кодификатор направления на госпитализацию
34	TK23	Кодификатор места отправки на госпитализацию
35	TK24	Кодификатор способа доставки на госпитализацию
36	TK25	Кодификатор причин несвоевременности госпитализации
37	TK26	Кодификатор состояний при поступлении
38	TK27	Кодификатор причин тяжелого состояния
39	TK28	Кодификатор объема проведенных действий
40	TK29	Кодификатор соответствия действий стандарту
41	TK30	Кодификатор сроков ожидания приезда СМП
42	TK31	Кодификатор адекватности оказания МП
43	TK32	Кодификатор наступления летального исхода от начала заболевания
44	TK33	Кодификатор предотвратимости летального исхода
45	TK34	Кодификатор типов обращений граждан
46	TK35	Кодификатор категорий обращений граждан
47	TK36	Кодификатор видов обращений граждан
48	TK37	Кодификатор социальных положений граждан
49	TK38	Кодификатор результатов рассмотрения жалоб
50	TK39	Кодификатор проводившихся экспертиз по жалобам
51	TK40	Кодификатор причин направления на госпитализацию
52	TK41	Кодификатор причин аннулирования направления на госпитализацию
53	TK42	Кодификатор способов прикрепления к медицинской организации
54	TK43	Кодификатор возрастных групп
55	TK44	Кодификатор причин осложнения
56	TK45	Кодификатор расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов
57	TK46	Кодификатор выявленных нарушений при МЭЭ и ЭКМП
58	TK47	Кодификатор признака выполнения медицинского мероприятия
59	TK48	Кодификатор причин подачи заявления для прикрепления к медицинской организации
60	TK49	Кодификатор типов прикрепления к медицинской организации
61	TK50	Кодификатор категорий застрахованного лица
62	TK51	Кодификатор признака регистрации
63	TK52	Кодификатор оснований для представления интересов застрахованного лица
63	TK53	Кодификатор проверок ФЛК сведений о прикреплении застрахованных лиц к МО
63	TK54	Кодификатор причин отказа в прикреплении
64	TK55	Кодификатор показателя сведений об оказанной медицинской помощи
65	TK56	Кодификатор причин открепления
66	TK57	Кодификатор сложности услуг
67	TK58	Кодификатор признака прикрепления
68	TK59	Кодификатор групп резервов
68	TK60	Кодификатор профиля койки
69	TK61	Кодификатор типов записей файла сведений о направлении на госпитализацию
70	TK62	Кодификатор объемов выполнения экстракорпорального оплодотворения
71	TK63	Кодификатор применения препарата тромболиза
72	TK64	Кодификатор видов аборт
73	TK65	Кодификатор сроков прерывания беременности
74	TK66	Кодификатор видов индивидуального информирования застрахованных лиц
75	TK67	Кодификатор способов индивидуального информирования застрахованных лиц
76	TK68	Кодификатор результатов индивидуального информирования (опроса) застрахованных лиц
77	TK69	Кодификатор причин отказа от профилактических мероприятий
78	TK70	Кодификатор причин неудовлетворительной организации проведения профилактических мероприятий в поликлинике

2.3 Правила формирования территориального пакета НСИ

Территориальный пакет НСИ формируется из справочников и кодификаторов.

При формировании территориального пакета НСИ файлы пакета должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя архивного файла формируется по следующему правилу:

NXYYMMVV.ZIP,

где:

– N -обязательный буквенный символ латинского алфавита;

– X -символ, определяющий тип файла, который может принимать значения:

а) «i» -пакет с изменениями, содержащий только те справочники, по которым произошли изменения;

б) «p» -Полный пакет, содержащий всю НСИ

– YY —две последние цифры года формирования пакета

– MM -номер месяца формирования пакета (01 –январь, 02 –февраль и т.д. до 12 – декабрь)

– VV –номер версии пакета: 01..99.

– ZIP –стандартное расширение имени файла, соответствующего типу архивного файла.

2.4 Структуры файлов НСИ

2.4.1 Структура файла справочника МКБ-10 (M001)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	IDDS	O	T(10)	Код диагноза по МКБ-10	
	DSNAME	O	T(254)	Наименование диагноза	
	ISMKB	O	N(1)	Признак наличия в первоначальной версии файла от ФФОМС	1 – Диагноз присутствует в первоначальной версии, 0 – отсутствует
	KLASS	O	N(2)	Класс заболевания	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.2 Структура файла справочника клинико-статистических групп (T001)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	KSG	O	T(20)	Код КСГ	
	KSG_TYPE	H	N(2)	Код типа КСГ	Кодификатор типов КСГ (TK01)
	NAME	O	T(250)	Наименование КСГ	

	MAX_D	Y	N(3)	Нормативная длительность лечения	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Заполняется в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (Справочник V006)
	PROFIL	YM	N(3)	Профиль	Справочник профилей (V002). Содержит профили коек, где может применяться данная КСГ. Отсутствие элемента означает, что КСГ может применяться в любом профиле

2.4.3 Структура файла справочника тарифов (T002)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи (Справочник V010)
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Заполняется в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (Справочник V006)
	T_TYPE	O	N(2)	Код типа тарифа	Кодификатор типов тарифа (TK02)
	TARIF	O	N(14,2)	Тариф	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	
	CODE_USL	Y	T(20)	Код услуги	Код медицинской услуги. Заполняется в соответствии с территориальным классификатором медицинских услуг (T004) в случае, если тариф применяется при наличии оказанной услуги
	CODE_MO	Y	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 в случае, если тариф применяется только в этом МО
	CEL	Y	N(1)	Цель обращения	Кодификатор (TK14). Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённых целей

					обращения
OBR	У	N(2)	Вид обращения	Кодификатор (ТК15). Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённых видов обращения	
PRVS	У	N(9)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон	Заполняется в соответствии с V004 в случае, если тариф применяется только определённой специальности	
KOD_UROV	У	N(1)	Код уровня оказания МП	Кодификатор (ТК03). Заполняется в случае, если тариф применяется только для этого уровня оказания медицинской помощи	
KOD_KATEG	У	N(1)	Код категории населения из кодификатора категорий населения	Кодификатор (ТК05). Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённой категории населения.	
MIN_VOZ	У	N(6,2)	Минимальное количество лет возрастной группы	Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённой возрастной группы. Целая часть содержит количество полных лет, дробная – количество полных месяцев.	
MAX_VOZ	У	N(6,2)	Максимальное количество лет возрастной группы	Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённой возрастной группы. Целая часть содержит количество полных лет, дробная – количество полных месяцев.	
W	У	N(1)	Пол пациента	Классификатор пола застрахованного (Справочник V005) Заполняется в случае, если тариф применяется только для пациентов определённого пола	
DCOD	У	N(2)	Код диспансеризации	Кодификатор (ТК06) Заполняется в случае, если тариф применяется только в случаях диспансеризации	
DSTAD	У	N(2)	Этап диспансеризации	1 – первый этап, 2 – второй этап.	
TT	У	N(1)	Признак проведения тромболитической терапии	Заполняется значением «1», если тариф применяется в случае проведения тромболитической терапии в СМП	
PROFIL	У	N(3)	Профиль	Справочник профилей медицинской помощи (V002). Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённого профиля	
VID_HMP	У	T(12)	Вид высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи	

					(V018). Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённого вида высокотехнологичной медицинской помощи
	METOD_HMP	Y	N(3)	Метод высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. (V019). Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённого метода высокотехнологичной медицинской помощи
	PODR	Y	N(8)	Код отделения	Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённого отделения
	RSLT	Y	N(3)	Результат обращения/ госпитализации	Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённого результата обращения (V009)
	USL_GR	Y	N(5)	Код группы медицинских услуг	Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённой группы медицинских услуг (T011)
	UROV	Y	N(2)	Код уровня сложности	Кодификатор (TK57)
	HGR	Y	N(2)	Номер группы высокотехнологичной медицинской помощи для данного метода	Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённой группы ВМП (V019)
	NSTENT	Y	N(2)	Количество коронарных стентов	Заполняется для тарифов, при выборе которых учитывается количество коронарных стентов
	STAT	YM	S	Составляющие тарифа	Заполняются в случае, если тариф имеет составляющие по статьям
Составляющие тарифа					
STAT	S_CODE	O	N(2)	Код статьи	Кодификатор (TK07)
	S_TARIF	O	N(14,2)	Тариф	

2.4.4 Структура файла справочника коэффициентов (T003)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	K_TYPE	O	N(2)	Тип коэффициента	Кодификатор (TK08)
	T_TYPE	O	N(2)	Код типа тарифа, к которому применяется коэффициент	Кодификатор (TK02)

	USLOV	OM	S	Условия применения коэффициента и значения	
Условия применения коэффициента и значения					
USLOV	KOEF	O	N(14,4)	Значение	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	
	USL_OK	Y	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006). Заполняется в случае, если коэффициент применяется только для определённых условий оказания МП
	KSG	Y	T(20)	Код КСГ	Заполняется в случае, если коэффициент применяется только для определённой КСГ
	PROFIL	Y	N(3)	Профиль	Справочник профилей медицинской помощи (V002). Заполняется в случае, если коэффициент применяется только для определённого профиля
	KOD_KATEG	Y	N(1)	Код категории населения из кодификатора категорий населения	Кодификатор (ТК05). Заполняется в случае, если коэффициент применяется только для определённой категории населения.
	PRVS	Y	N(9)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон	Заполняется в соответствии с V004 в случае, если коэффициент применяется только определённой специальности
	KOD_STAC	Y	N(1)	Код уровня стационара	Кодификатор (ТК04). Заполняется в случае, если коэффициент применяется только для этого уровня стационара
	MIN_VOZ	Y	N(6,2)	Минимальное количество лет возрастной группы	Заполняется в случае, если коэффициент применяется только для определённой возрастной группы. Целая часть содержит количество полных лет, дробная – количество полных месяцев.
	MAX_VOZ	Y	N(6,2)	Максимальное количество лет возрастной группы	Заполняется в случае, если коэффициент применяется только для определённой возрастной группы. Целая часть содержит количество полных лет, дробная – количество полных месяцев.
	CODE_MO	Y	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 в случае, если коэффициент применяется только в этом

					МО
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер страховой медицинской организации	Код СМО. Заполняется в соответствии со справочником F002 в случае, если коэффициент применяется только в случаях оказания МП застрахованным данной СМО
	CODE_USL	У	T(20)	Медицинские услуги, при которых применяется данный коэффициент	Заполняется в соответствии с территориальным классификатором медицинских услуг (Т004) в случае, если коэффициент применяется при наличии оказанной услуги
	MIN_D	У	N(6,2)	Минимальная длительность	Заполняется в случае, если коэффициент применяется только для случаев определённой длительности
	MAX_D	У	N(6,2)	Максимальная длительность	Заполняется в случае, если коэффициент применяется только для случаев определённой длительности
	KSG_TYPE	У	N(2)	Код типа КСГ	Кодификатор типов КСГ (ТК01). Заполняется в случае, если коэффициент применяется только для определённого типа КСГ
	INOG	У	N(1)	Признак иногороднего	Устанавливается значение «1», если коэффициент применяется в случаях лечения граждан, застрахованных за пределами Удмуртской Республики
	VK	У	N(1)	Признак наличия протокола врачебной комиссии	Устанавливается значение «1», если коэффициент применяется в случаях наличия протокола врачебной комиссии
	KSG1	У	T(20)	Код КСГ сочетанных видов лечения	Заполняется для коэффициентов, при выборе которых учитывается код КСГ
	KSG2	У	T(20)	Код КСГ сочетанных видов лечения	Заполняется для коэффициентов, при выборе которых учитывается код КСГ
	DS	У	T(10)	Диагноз заболевания	Заполняется для коэффициентов, при выборе которых учитывается диагноз
	W	У	N(1)	Пол	Заполняется для коэффициентов, при выборе которых учитывается пол пациента
	NPAT	У	N(3)	Минимальная длительность пребывания в отделении патологии беременности	Заполняется для коэффициентов, при выборе которых учитывается длительность пребывания в отделении патологии

					беременности
	IS_PAR	Y	N(1)	Признак парности операции	Устанавливается значение «1», если коэффициент применяется в случаях наличия парности операции
	MB	Y	N(1)	Признак выполнения диспансеризации мобильной бригадой	Устанавливается значение «1», если коэффициент применяется в случаях выполнения диспансеризации мобильной бригадой
	CODE_USL1	Y	T(20)	Код медицинской услуги сочетанных видов лечения	Заполняется для коэффициентов, при выборе которых учитывается код медицинской услуги сочетанных видов лечения
	CODE_USL2	Y	T(20)	Код медицинской услуги сочетанных видов лечения	Заполняется для коэффициентов, при выборе которых учитывается код медицинской услуги сочетанных видов лечения

2.4.5 Структура файла территориального классификатора медицинских услуг (T004)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE_USL	O	T(20)	Код медицинской услуги	
	NAME	O	T(254)	Наименование медицинской услуги	
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.6 Структура файла справочника резервов и договорных объёмов медицинской помощи (T005)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003

	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	
	REZ_LIST	YM	S	Резервы по условиям оказания МП	
	USL_LIST	YM	S	Резервы по услугам, оказываемым в МО	
	HMP_LIST	YM	S	Резервы по высокотехнологической медицинской помощи (ВМП)	
Резервы по условиям оказания МП					
REZ_LIST	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А).
	REZ_GR	O	N(2)	Код группы резерва	Кодификатор (ТК59)
	REZ	O	N(10,2)	Резерв единиц оплаты	
Резервы по услугам, оказываемым в МО					
USL_LIST	CODE_USL	OM	T(20)	Код услуги	Коды медицинских услуг, по которым производится ограничение объёмов. Заполняется в соответствии с территориальным классификатором медицинских услуг (Т004)
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А).
	U_REZ_GR	O	N(2)	Код группы резерва по услугам	Кодификатор (ТК59)
	U_REZ	O	N(10,2)	Резерв количества услуг	
Резервы по ВМП					
HMP_LIST	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А).
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Справочник профилей медицинской помощи (V002).
	HGR	Y	N(2)	Номер группы высокотехнологической медицинской помощи для данного метода	Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённой группы ВМП (V019)
	HMP_REZ	O	N(10,2)	Резерв единиц оплаты	

2.4.7 Структура файла справочник медицинских стандартов(Т006)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE_MES	O	T(20)	Код медицинского стандарта	

	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (Справочник V006).
	MKB	Y	T(254)	Шифр МКБ	
	SZAB	O	T(254)	Краткая нозология	
	NOM_TABL	Y	N(3)	Номер таблицы	
	NKCLASS	Y	N(3)	Номер класса по МКБ-10	
	KOD_UROV	Y	N(1)	Код уровня оказания медицинской помощи	
	DIAG	Y	T	Стандарт диагностических мероприятий	
	LECH	Y	T	Стандарт лечебных мероприятий	
	REZUL	Y	T	Результаты лечения (критерии)	
	D	Y	N(3)	Нормативная длительность лечения, дни	
	KATK	Y	N(1)	Степень тяжести	
	ALT	Y	N(1)	Код вида лечения	1 – Консервативный; 2 – Оперативный; 3 –Альтернативный консервативный; 4 –Альтернативный оперативный;
	KOD_KATEG	Y	N(1)	Код категории населения	Кодификатор (ТК05). Заполняется в случае, если тариф применяется только для определённой категории населения.
	FS	Y	N(1)	Признак федерального стандарта	
	SZAB_FULL	Y	T	Полная нозология	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.8 Структура файла справочника структуры МО (Т007)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником
	S_USL_OK	OM	S	Структура по условиям оказания МП	
Структура по условиям оказания МП					
S_USL_OK	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006).

	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	
	MO_PF	O	N(1)	Признак подушевого финансирования МО	0 – МО не участвует в подушевом финансировании; 1 – МО участвует в подушевом финансировании;
	C_USL	O	N(1)	Признак контроля списка услуг	0 – Услуги, оказываемые в МО, не контролируются. 1 – Услуги из USL_LIST могут быть включены в реестр; 2 – Услуги из USL_LIST не могут быть включены в реестр.
	C_PROFIL	O	N(1)	Признак контроля профилей	0 – профили МО не контролируются. 1 – профили из PROF_LIST могут быть включены в реестр; 2 – профили из PROF_LIST не могут быть включены в реестр.
	C_PRVS	O	N(1)	Признак контроля специальностей	0 – специальности МО не контролируются. 1 – специальности из PRVS_LIST могут быть включены в реестр; 2 – специальности из PRVS_LIST не могут быть включены в реестр.
	KOD_STAC	Y	N(1)	Код уровня стационара	Кодификатор (ТК04). Заполняется в случае, если USL_OK = 1 или 2
	USL_LIST	YM	S	Услуги, оказываемые в МО	
	PROF_LIST	YM	S	Профили коек стационарной и стационарозамещающей помощи	
	PRVS_LIST	YM	S	Специальности по амбулаторно-поликлинической помощи	
Услуги, оказываемые в МО					
USL_LIST	CODE_USL	Y	T(20)	Код услуги	Код медицинской услуги. Заполняется в соответствии с территориальным классификатором медицинских услуг (Т004)
Профили коек стационарной и стационарозамещающей помощи					
PROF_LIST	PROFIL	Y	N(3)	Профиль	Классификатор V002
	KOD_UROV	Y	N(1)	Код уровня оказания МП	Кодификатор (ТК03)
	KOD_KATEG	Y	N(1)	Код категории населения из кодификатора категорий населения	Кодификатор (ТК05)
	IS_HGR	Y	N(1)	Признак ВМП	0 – нет ограничения по

					данному профилю; 1 – по данному профилю может быть оказана только ВМП
Специальности по амбулаторно-поликлинической помощи					
PRVS_LIST	PRVS	Y	N(9)	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон	Классификатор V004
	VD_CODE	Y	N(4)	Код врачебной должности	Справочник T012
	KOD_UROV	Y	N(1)	Код уровня оказания МП	Кодификатор (TK03)
	KOD_KATEG	Y	N(1)	Код категории населения из кодификатора категорий населения	Кодификатор (TK05)
	PR_PF	Y	N(1)	Признак подушевого финансирования специальности	0 – специальность не участвует в подушевом финансировании; 1 – специальность участвует в подушевом финансировании;

2.4.9 Структура файла территориального классификатора финансовых удержаний (санкций) (T008)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	KOD	O	N(3)	Код причины отказа	
	NAIM	O	T(1000)	Наименование причины отказа	
	KOMMENT	O	T(100)	Краткое наименование причины отказа	
	OSN	O	T(20)	Основания отказа ФОМС	
	COD_DEF	O	T(8)	Основание отказа из Приложения № 4 к Договору СМО и МО (ТФОМС УР)	
	SUMMA_OT	O	N(14,2)	Значение финансового удержания (ФУ)	
	PR_OT	O	N(1)	Код условия применения финансового	Кодификатор (TK17)
	SUMMA_FS	O	N(14,2)	Значение финансовой санкции (ФС)	
	PR_FS	O	N(1)	Код условия применения финансовой санкции	Кодификатор (TK17)
	VN_CODE	H	N(2)	Номер строки в сводной форме для МЭЭ	

	EKMP_CODE	H	N(2)	Номер строки в сводной форме для ЭКМП	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.10 Структура файла справочника группировки КСГ (Т009)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	N(10)	Код группировки	
	KSG	O	T(20)	Код КСГ	Справочник клинко-статистических групп (Т001)
	CODE_USL	Y	T(20)	Код операции	Территориальный классификатор медицинских услуг (Т004)
	DS	Y	T(10)	Диагноз заболевания основной	Международный классификатор болезней МКБ-10 (М001)
	AGE_CODE	Y	N(2)	Код возрастной категории	Кодификатор ТК43
	W	Y	N(1)	Пол	Классификатор пола застрахованного (Справочник V005)
	MIN_D	Y	N(6,2)	Длительность	1 – пребывание до 3 дней включительно
	USL_OK	Y	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006).
	DS2	Y	T(10)	Диагноз заболевания сопутствующий	Международный классификатор болезней МКБ-10 (М001)
	EKO	Y	N(2)	Код этапа экстракорпорального оплодотворения	Кодификатор этапов экстракорпорального оплодотворения (ТК62)
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.11 Структура файла справочника медицинских мероприятий для отдельных видов медицинской помощи (Т010)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					

ZAP	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Заполняется в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (Справочник V006)
	NAME	O	T(200)	Наименование медицинского мероприятия	
	CODE_MP	O	N(5)	Код медицинского мероприятия	
	PVU	O	N(1)	Признак обязательности выполнения мероприятия в МО, в котором сформирован реестр МП	0 – не обязательно; 1 – обязательно
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	
	MIN_VOZ	Y	N(6,2)	Минимальное количество лет возрастной группы	Заполняется в случае, если медицинское мероприятие должно быть выполнено для определённой возрастной группы. Целая часть содержит количество полных лет, дробная – количество полных месяцев.
	MAX_VOZ	Y	N(6,2)	Максимальное количество лет возрастной группы	Заполняется в случае, если медицинское мероприятие должно быть выполнено для определённой возрастной группы. Целая часть содержит количество полных лет, дробная – количество полных месяцев.
	W	Y	N(1)	Пол пациента	Классификатор пола застрахованного (Справочник V005) Заполняется в случае, если медицинское мероприятие должно быть выполнено для пациентов определённого пола
	DCOD	Y	N(2)	Код диспансеризации	Кодификатор (ТК06) Заполняется в случае, если медицинское мероприятие должно быть выполнено в случаях диспансеризации определённого вида
	DSTAD	Y	N(2)	Этап диспансеризации	1 – первый этап, 2 – второй этап. Заполняется в случае, если медицинское мероприятие должно быть выполнено в случаях диспансеризации на определённых этапах

	CODE_USL	OM	T(20)	Код услуги	Код медицинской услуги, оказываемой при выполнении медицинского мероприятия. Заполняется в соответствии с территориальным классификатором медицинских услуг (Т004). В перечне перечисляются коды услуг, из которых должна быть выбрана только одна.
--	----------	----	-------	------------	---

2.4.12 Структура файла справочника групп медицинских услуг (Т011)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	NAME	O	T(200)	Наименование группы медицинских услуг	
	USL_GR	O	N(5)	Код группы медицинских услуг	
	UROV	Y	N(2)	Код уровня сложности	Кодификатор (ТК57)
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	
	USL_LIST	YM	S	Список услуг, входящих в группу	
Список услуг, входящих в группу					
USL_LIST	CODE_USL	Y	T(20)	Код услуги	Код медицинской услуги. Заполняется в соответствии с территориальным классификатором медицинских услуг (Т004)

2.4.13 Структура файла справочника врачебных должностей (Т012)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	VD_CODE	O	N(4)	Код врачебной должности	
	NAME	O	T(254)	Наименование врачебной должности	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.14 Структура файла Классификатора основных медицинских услуг по стоматологической помощи (T013)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Код медицинской услуги. Заполняется в соответствии с территориальным классификатором медицинских услуг (T004)
	ST_CODE	O	T(3)	Код для учетной формы «Талон пациента стоматологической поликлиники» (форма 025-1/у-16С	
	USL_TIME	Y	N(6,2)	Время на оказание услуги врачом (мин.)	Целая часть содержит минуты, дробная - секунды
	UET	O	N(6,2)	Число УЕТ	
	CEL	Y	N(1)	Цель обращения	Кодификатор (TK14). Для профилактических медицинских услуг устанавливается значение 2.
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.15 Структура файла кодификаторов TK01 – TK05, TK07, TK09 – TK16, TK18, TK20 – TK33, TK37 – TK42, TK44, TK45, TK47 – TK59, TK61-TK70

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	N(2)	Код	
	NAME	O	T(254)	Наименование	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.16 Структура файла кодификатора TK06

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	

	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	N(2)	Код	
	SHORT_NAME	O	T(254)	Краткое наименование	
	NAME	O	T(500)	Наименование	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	
	DREZ	OM	N(2)	Допустимые результаты диспансеризации	Заполняется в соответствии со справочником V017

2.4.17 Структура файла кодификатора ТК08

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	N(2)	Код	
	NAME	O	T(254)	Наименование	
	K_MIN	Y	N(8,4)	Минимальное значение коэффициента	В случае, если произведение коэффициентов данного типа для одного случая меньше минимального значения, коэффициент устанавливается равным минимальному. Если значение не указано, ограничения нет
	K_MAX	Y	N(8,4)	Максимальное значение коэффициента	В случае, если произведение коэффициентов данного типа для одного случая превышает максимальное значение, коэффициент устанавливается равным максимальному. Если значение не указано, ограничения нет
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	
	PRVS_LIST	YM	S	Список специальностей, по которым применяется (не применяется) коэффициент	
	KSG_LIST	YM	S	Список КСГ, по которым применяется (не применяется) коэффициент	
	Список специальностей, по которым применяется (не применяется) коэффициент				

PRVS_LIST	PRVS	O	N(9)	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон	Классификатор V004
	PRVS_USL	O	N(1)	Принцип применения коэффициента	1 – коэффициент применяется только для этих специальностей) 2 – коэффициент применяется для всех специальностей кроме этих)
Список КГС, по которым применяется (не применяется) коэффициент					
KSG_LIST	KSG	O	T(20)	Код КСГ	Классификатор T001
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006
	KSG_USL	O	N(1)	Принцип применения коэффициента	1 – коэффициент применяется только для этих КСГ) 2 – коэффициент применяется для всех КСГ кроме этих)

2.4.18 Структура файла кодификаторов ТК17

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	N(2)	Код	
	NAME	O	T(1000)	Наименование	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.19 Структура файла кодификатора ТК19

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	N(2)	Код	
	SHORT_NAME	O	T(100)	Краткое наименование	
	NAME	O	T(1000)	Наименование	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.20 Структура файла кодификаторов ТК34, ТК35

Код	Содержание	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная
-----	------------	-----	--------	--------------	----------------

элемента	элемента				информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	N(2)	Код	
	FR_CODE	O	N(1)	Федеральный код	
	NAME	O	T(254)	Наименование	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.21 Структура файла кодификатора ТК36

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	N(2)	Код	
	FR_CODE	H	T(7)	Федеральный код	Необязателен для недействующих кодов
	CAT_CODE	O	N(2)	Код категории обращения	Кодификатор ТК35
	NAME	O	T(254)	Наименование	
	NEED_NOTE	H	N(1)	Признак «Вид обращения требует пояснения (заполнения поля NOTE)»	1 – присутствует, 0 – отсутствует.
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.22 Структура файла кодификатора ТК43

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	N(2)	Код	
	NAME	O	T(100)	Наименование	
	IS_DAY	O	N(1)	Признак исчисления возраста	1 – возраст исчисляется в днях; 0 – в годах и месяцах
	MIN_VOZ	Y	N(6,2)	Минимальное количество лет возрастной группы	Если возраст исчисляется в днях, целая часть содержит количество дней, дробная часть не указывается. Если возраст исчисляется в годах и месяцах, целая часть

					содержит количество полных лет, дробная – количество полных месяцев.
	MAX_VOZ	Y	N(6,2)	Максимальное количество лет возрастной группы	Если возраст исчисляется в днях, целая часть содержит количество дней, дробная часть не указывается. Если возраст исчисляется в годах и месяцах, целая часть содержит количество полных лет, дробная – количество полных месяцев.
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.23 Структура файла кодификатора ТК60

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	T(2)	Код	
	NAME	O	T(254)	Наименование профиля койки	
	PROFIL	Y	N(3)	Профиль	Справочник профилей медицинской помощи (V002)
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.4.24 Структура файла кодификатора ТК46

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Z_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	ZAP	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
ZAP	CODE	O	N(2)	Код	
	NAME	O	T(1000)	Наименование	
	KOD	O	N(3)	Код причины отказа	Территориальный классификатор финансовых удержаний (санкций) (T008)
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия записи	
	DATEEND	O	D	Дата окончания действия записи	

2.5 Правила расчёта стоимости оказания медицинской помощи

2.5.1 Общие правила

В сфере ОМС на территории Удмуртской Республики предусматриваются следующие способы оплаты медицинской помощи:

- Оплата на основе подушевого норматива финансирования;
- Оплата за единицу объема медицинской помощи.

При оплате на основе подушевого норматива финансирования стоимость медицинской помощи рассчитывается по формуле:

$$S_{МП} = \left\| T_{п} \cdot \prod_{i=1}^m K_i \right\| + \sum_{q=1}^b S_{сл. q}$$

$S_{МП}$ – стоимость финансирования;

$T_{п}$ – подушевой норматив финансирования;

K_i – поправочные коэффициенты;

m – число коэффициентов;

$S_{сл. q}$ – стоимость случая, оплачиваемого за единицу объема медицинской помощи;

b – количество случаев в реестре, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи.

$\| \dots \|$ – округление до 2 знаков после запятой.

При оплате за единицу объема медицинской помощи, стоимость рассчитывается по формуле:

$$S_{МП} = \sum_{i=1}^n S_{сл. i}$$

$S_{МП}$ – стоимость медицинской помощи;

$S_{сл. i}$ – стоимость i -го случая оказания медицинской помощи;

Стоимость случая оказания медицинской помощи рассчитывается по следующей формуле:

$$S_{сл.} = \left\| \left(\sum_{i=1}^n \left\| T_i \cdot \prod_{j=1}^m K_{ij} \right\| \cdot N_i \right) \right\| + \sum_{p=1}^d \| T_{усл. p} \cdot N_{усл. p} \cdot K_{усл.} \|$$

где

$S_{сл.}$ – стоимость случая оказания медицинской помощи;

T_i – тариф i -го типа;

K_{ij} – коэффициент j -го типа, применяемые к тарифу i -го типа;

N_i – количество единиц оплаты i -го типа;

n – число тарифов i -го типа;

m – число коэффициентов j -го типа;

$T_{усл. p}$ – тариф на медицинские услуги p -го кода номенклатуры;

$N_{усл. p}$ – количество медицинских услуг p -го кода номенклатуры.

d – количество услуг одного кода номенклатуры

$K_{усл.}$ – поправочный коэффициент услуги.

||... ||– округление до 2 знаков после запятой.

Тариф выбирается из справочника Т002 по условиям оказания МП, способу оплаты и периоду действия, при выполнении условий применения тарифа.

Коэффициент каждого типа выбирается из справочника Т003 по условиям оказания МП, способу оплаты и периоду действия, типу тарифа к которому применяется, при выполнении условий применения коэффициента. При этом произведение коэффициентов одного типа должно ограничиваться минимальным и максимальным значением.

Если тариф какого-либо типа не применяется для данного случая (условия применения тарифа не выполняются), он принимает значение 0. Если не применяется коэффициент какого-либо типа для данного случая или данного типа тарифа, он принимает значение 1. Исключение составляет Коэффициент стоимости посещения (УЕТ) по специальности (K_TYPE=17): если данный коэффициент присутствует в формуле расчёта стоимости, но условия применения коэффициента не выполняются, стоимость не может быть рассчитана. Кроме того, коэффициент сверхдлительного лечения (K_TYPE=21) принимает значение 0 при отсутствии условий его применения (см. п.п.2.5.3).

2.5.2 Выбор клинико-статистической группы

Выбор клинико-статистической группы для стационарной и стационарозамещающей помощи осуществляется в соответствии с Инструкцией по группировке случаев заболеваний в КСГ, разработанной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Алгоритм определения клинико-статистических групп в условиях оказания стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи:

Алгоритм применяется только для записей IDSP = 33,43.

Шаг 1. Выбор КСГ по МКБ диагноза:

Нет кода основного диагноза (далее ОД)

Ошибка (отсутствует значение обязательного поля)

Иначе (код есть ОД)

Условия оказания МП – стационарная помощь (USL_OK = 1)

ОД из группы «Политравма» (лист «Коды политравмы»)¹

Есть сопутствующий диагноз (далее СД)²

Есть СД один из (J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, N17.0, N17.1, N17.2, N17.8, N17.9, T79.4, R57.1, R57.8)

ОД один из группы Т7 («Множественная травма»)

КСГ 220. Переход к Шагу 2

Есть СД один из группы Т1–Т6 и Код анатомической области (АО) ОД отличен от кода АО

СД

Код 220. Переход к Шагу 2

Выбрать записи из справочника группировки КСГ (Т009), в которых встречается ОД, в «Список Т009»³

Список Т009 содержит 0 записей

ОД не влияет на выбор КСГ. Переход к Шагу 2

Список Т009 содержит 1 запись

(Поле «код услуги» в записи Т009 заполнено и случай оказанной МП не содержит операций с этим кодом)

или

(Поле «возрастная категория» в записи Т009 заполнено и возраст пациента не соответствует записи Т009)

или

¹ При сравнении диагнозов из группы «Политравма» второй знак после «.» не учитывается. Т.е., например, диагнозы Т02.8 и Т02.80 считаются эквивалентными.

² В разделе Т2 «Позвоночник» диагноз «S22.1» исключен

³ Здесь и далее при выборе записей из справочника Т009 учитывать условия оказания МП (поле USL_OK реестра)

(Поле «пол» в записи T009 заполнено и пол пациента не соответствует записи T009)
или
(Поле «длительность лечения» в записи T009 заполнено и длительность лечения по реестру МП не соответствует записи T009)
или
(Поле «Диагноз сопутствующий» в записи T009 заполнено и СД по реестру МП не соответствует «Диагнозу сопутствующему» записи T009)
ОД не влияет на выбор КСГ. Переход к Шагу 2
Иначе
Внести КСГ по ОД в список выбранных КСГ. Переход к Шагу 2
Список T009 содержит более 1 записи
Случай оказанной МП не содержит операций⁴
Из списка T009 выбрать записи с незаполненным полем «код услуги». Сформировать Список 1.

Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «возрастная категория», соответствующие возрасту (Список 2).
Список 2 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «возрастная категория» (Список 2)
Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «пол», соответствующие полу пациента (Список 3)
Список 3 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «пол» (Список 3)
Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «длительность лечения», соответствующие длительности лечения по случаю (Список 4)
Список 4 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «длительность лечения» (Список 4)
Случай оказанной МП содержит СД
Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «Диагноз сопутствующий», соответствующие СД по случаю (Список 5)
Список 5 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «Диагноз сопутствующий» (Список 5)
Иначе (СД нет)
Выбрать записи с незаполненным полем «Диагноз сопутствующий» (Список 5)
Выбрать из полученных списков 2,3,4,5 записи с одинаковым кодом группировки
Итоговый список содержит 1 запись
КСГ определена. Конец.
Иначе (Итоговый список содержит 0 или более 1 записи)
Ошибка группировки
Иначе (есть хотя бы одна Оп в случае)
Для каждой операции случая оказанной МП выполнить следующие действия (начало цикла)
Из списка T009 выбрать записи с заполненным полем «код услуги», соответствующие Оп (Список 1)

Список 1 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «код услуги» (Список 1)
Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «возрастная категория», соответствующие возрасту (Список 2)
Список 2 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «возрастная категория» (Список 2)
Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «пол», соответствующие полу пациента (Список 3)
Список 3 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «пол» (Список 3)
Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «длительность лечения», соответствующие длительности лечения по случаю (Список 4)
Список 4 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «длительность лечения» (Список 4)
Случай оказанной МП содержит СД
Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «Диагноз сопутствующий», соответствующие СД по случаю (Список 5)
Список 5 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «Диагноз сопутствующий» (Список 5)
Иначе (СД нет)
Выбрать записи с незаполненным полем «Диагноз сопутствующий» (Список 5)
Выбрать из полученных списков 2,3,4,5 записи с одинаковым кодом группировки
Итоговый список содержит 0 записей
Из списка T009 выбрать записи с незаполненным полем «код услуги» (Список 1)
Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «возрастная категория», соответствующие возрасту (Список 2)
Список 2 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «возрастная категория» (Список 2)
Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «пол», соответствующие полу пациента (Список 3)
Список 3 пуст
Выбрать записи с незаполненным полем «пол» (Список 3)

⁴ Услуги «Уход за ребёнком» (F0110), Гемодиализ (A18.05.002), «Перитонеальный диализ» (A18.30.001, A18.30.001.002) не рассматриваются как операции в контексте данного алгоритма

Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «длительность лечения», соответствующие длительности лечения по случаю (Список 4)

Список 4 пуст

Выбрать записи с незаполненным полем «длительность лечения» (Список 4)

Случай оказанной МП содержит СД

Из Списка 1 выбрать записи с заполненным полем «Диагноз сопутствующий», соответствующие СД по случаю (Список 5)

Список 5 пуст

Выбрать записи с незаполненным полем «Диагноз сопутствующий» (Список 5)

Иначе (СД нет)

Выбрать записи с незаполненным полем «Диагноз сопутствующий» (Список 5)

Выбрать из полученных списков 2,3,4,5 записи с одинаковым кодом группировки

Итоговый список содержит 0 записей

КСГ по ОД не выбрана. Следующая запись цикла.

Итоговый список содержит 1 запись

Внести КСГ по ОД в список выбранных КСГ.

В итоговой записи поле «код услуги» заполнено

Установить в записи по операции выбранный код КСГ по ОД в поле «Код КСГ». (На шаге 2 такие операции должны быть исключены из обработки).

Следующая запись цикла.

Итоговый список содержит более 1 записи

Ошибка группировки

Итоговый список содержит 1 запись

Внести КСГ по ОД в список выбранных КСГ.

В итоговой записи поле «код услуги» заполнено

Установить в записи по операции выбранный код КСГ по ОД в поле «Код КСГ». (На шаге 2 такие операции должны быть исключены из обработки).

Следующая запись цикла.

Итоговый список содержит более 1 записи

Ошибка группировки

Конец цикла

Шаг 2. Выбор КСГ по коду операции:

По каждой Оп с неустановленным «Кодом КСГ» (начало цикла)

Выбрать записи из справочника группировки КСГ (Т009), в которых встречается Оп (Список Т009)

Список Т009 содержит 0 записей

Оп не влияет на выбор КСГ. Следующая запись цикла.

Иначе

Усл.ок.МП – стационар (USL_OK = 1)

Т009 содержит запись с КСГ = 45 и возрастная категория в случае МП = 1

Код 45. Следующая запись цикла.

Т009 содержит запись с КСГ = 107 и возрастная категория в случае МП = 1

Код 107. Следующая запись цикла.

Т009 содержит запись с КСГ = 45 и возрастная категория в случае МП = 2 и СД один из (P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3)

Код 45. Следующая запись цикла.

Т009 содержит запись с КСГ = 107 и возрастная категория в случае МП = 2 и СД один из (P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3)

Код 107. Следующая запись цикла.

Т009 содержит запись с КСГ = 44 и возрастная категория в случае МП = 3

Код 44. Следующая запись цикла.

Исключить из Списка Т009 записи с СД одним из (P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3) и возрастной категорией = возрастной категории в случае МП

Список Т009 содержит 1 запись

(Поле «код диагноза» в записи Т009 заполнено и ОД случая оказанной МП не соответствует записи Т009)

или

(Поле «возрастная категория» в записи Т009 заполнено и возраст пациента не соответствует записи Т009)

или

(Поле «пол» в записи Т009 заполнено и пол пациента не соответствует записи Т009)

или

(Поле «длительность лечения» в записи Т009 заполнено и длительность лечения по реестру МП не соответствует записи Т009)

или

(Поле «Диагноз сопутствующий» в записи Т009 заполнено и СД по реестру МП не соответствует записи Т009)

Оп не влияет на выбор КСГ. Следующая запись цикла.

Иначе

Внести КСГ по Оп в список выбранных КСГ. Следующая запись цикла.

Список Т009 содержит более 1 записи

Выбрать записи с незаполненным полем «код диагноза» (Список 1)

Из списка Т009 выбрать записи с заполненным полем «возрастная категория», соответствующие возрасту (Список 2)

Список 2 пуст

Выбрать записи с незаполненным полем «возрастная категория» (Список 2)

Из списка Т009 выбрать записи с заполненным полем «пол», соответствующие полу пациента (Список 3)

Список 3 пуст

Выбрать записи с незаполненным полем «пол» (Список 3)

Из списка T009 выбрать записи с заполненным полем «длительность лечения», соответствующие длительности лечения по случаю (Список 4)

Список 4 пуст

Выбрать записи с незаполненным полем «длительность лечения» (Список 4)

Случай оказанной МП содержит СД

Из Списка T009 выбрать записи с заполненным полем «Диагноз сопутствующий», соответствующие СД по случаю (Список 5)

Список 5 пуст

Выбрать записи с незаполненным полем «Диагноз сопутствующий» (Список 5)

Иначе (СД нет)

Выбрать записи с незаполненным полем «Диагноз сопутствующий» (Список 5)

Случай оказанной МП содержит код этапа ЭКО

Из Списка T009 выбрать записи с заполненным полем «Код этапа ЭКО», соответствующие коду эта па ЭКО по случаю (Список 6)

Список 6 пуст

Выбрать записи с незаполненным полем «Код этапа ЭКО» (Список 6)

Иначе (Кода этапа ЭКО нет)

Выбрать записи с незаполненным полем «Код этапа ЭКО» (Список 6)

Выбрать из полученных списков 1,2,3,4,5,6 записи с одинаковым кодом группировки

Список содержит 0 записей

Из списка T009 выбрать записи с незаполненными критериями «код диагноза», «пол», «длительность лечения», «Диагноз сопутствующий» и с критерием «возрастная категория» незаполненным или соответствующим возрасту пациента

Список содержит 0 записей

КСГ по Оп не выбрана. Следующая запись цикла.

Список содержит 1 запись

Внести КСГ по Оп в список выбранных КСГ. Установить в записи по операции выбранный код КСГ по Оп. Следующая запись цикла.

Список содержит 1 запись

Внести КСГ по Оп в список выбранных КСГ. Установить в записи по операции выбранный код КСГ по Оп. Следующая запись цикла.

Список содержит более 1 записи

Ошибка группировки

Конец цикла

3. Из списка выбранных КСГ (по МКБ и коду операции) выбирается КСГ с наибольшим коэффициентом затратоёмкости (КЗ)

Список выбранных КСГ содержит 0 записей

Ошибка КСГ не выбрана

Список выбранных КСГ содержит 1 запись

КСГ выбрана. Конец.

Список выбранных КСГ содержит более 1 записи

Если в списке присутствует запись с КСГ = 6 и условия оказания МП – стационарозамещающая помощь (USL_OK = 2)

Исключить из полученного списка КСГ все записи кроме КСГ = 6

Исключить из полученного списка КСГ записи с КСГ по следующим условиям:

Условия оказания МП – стационарная помощь (USL_OK = 1)

(КСГ = 9 и в списке есть КСГ = 11 или 12) или

(КСГ = 10 и в списке есть КСГ = 11) или

(КСГ = 18 и в списке есть КСГ = 74 или 75) или

(КСГ = 166 и в списке есть КСГ = 160) или

(КСГ = 286 и в списке есть КСГ = 287) или

(КСГ = 194 и в списке есть КСГ = 287) или

(КСГ = 229 и в списке есть КСГ = 232) или

(КСГ = 231 и в списке есть КСГ = 34) или

(КСГ = 258 и в списке есть КСГ = 243)

Профиль оказанной МП «Медицинская реабилитация» (поле реестра PROFIL=158)

Исключить из полученного списка КСГ записи с КСГ, которые не принадлежат диапазонам 307–315 в условиях оказания стационарной помощи (USL_OK = 1) или 113–120 в условиях оказания стационарозамещающей помощи (USL_OK = 2)

Выбрать из оставшихся записей КСГ с наибольшим КЗ. В случае наличия двух и более записей с наибольшим КЗ, из них выбирается КСГ с минимальным кодом.

Из справочника T009 должны выбираться записи, действующие на дату окончания лечения DATE_2 ($DATEBEG \leq DATE_2 \leq DATEEND$).

КСГ выбирается для каждого случая из реестра МП, оказанной в условиях стационарной или стационарозамещающей помощи. При внутрибольничных переводах из отделения в отделение, в случае, если класс основного заболевания остаётся неизменным, в реестре оказанной МП формируется 1 запись, которая содержит данные отделения, из которого был выписан пациент. При этом, период лечения указывается с даты госпитализации в первое отделение. Исключение составляют заболевания 15 класса. В этом случае отдельная запись может быть сформирована в случае пребывания в отделении

патологии беременности 6 дней и более (NPAT >= 6), а при условии наличия основного диагноза одного из (DS1 = O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2), 2 дней и более (NPAT >= 2).

Длительность лечения считается как разность дат в днях. При этом, если дата начала и дата окончания лечения совпадают, длительность считается как 1 день. При оказании стационарозамещающей помощи длительность увеличивается на 1.

2.5.3 Расчёт стоимости стационарной и стационарозамещающей помощи

Для стационарной и стационарозамещающей помощи применяются следующие способы оплаты:

Код	Наименование
33	За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) в стационарных условиях
43	За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) в дневном стационаре
13	Стандарт медицинской помощи в стационаре (включая ВМП)
4	Лечебно-диагностическая процедура

Способ оплаты выбирается по следующему алгоритму:

Вид и метод ВМП определён (в реестре установлены значения полей VID_HMP и METHOD_HMP)

и

Есть резервы в T005 на ВМП по данному профилю

и

Есть действующий тариф в справочнике T002 для данного вида и метода ВМП

Код способа оплаты 13

Иначе

Есть резервы в T005 на соответствующие условия оказания

Код условий оказания МП равен 1 (стационар)

Код способа оплаты 33

Код условий оказания МП равен 2 (дневной стационар)

Есть услуга A18.30.001, A18.30.001.002 (перитонеальный диализ) и нет услуг A18.05.002 (гемодиализ)

Код способа оплаты 4

Иначе

Код способа оплаты 43

Иначе (резервов нет)

Запись в реестр не включается

В случае оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи по КСГ (IDSP=33,43) стоимость лечения рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{сл.КСГ}} = \left\| T_{\text{БС}} \cdot K_3 \cdot K_{\text{ур}} \cdot K_{\text{упр}} \cdot K_{\text{СК}} \cdot \left(K_{\text{КСЛП}} + \frac{N_{\text{факт.}} - N_{\text{норм.}}}{N_{\text{норм.}}} \cdot K_{\text{СД}} \right) \right\| + \left\| T_{\text{усл.р}} \cdot N_{\text{усл.р}} \right\|$$

где

$S_{\text{сл.КСГ}}$ – стоимость случая оказания стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по КСГ;

$T_{\text{БС}}$ – базовая ставка;

K_3 – коэффициент затратоемкости КСГ;

$K_{\text{ур}}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи по КСГ;

$K_{\text{упр}}$ – управленческий коэффициент КСГ;

$K_{\text{КСЛП}}$ – коэффициент сложности лечения пациента;

$K_{\text{СК}}$ – коэффициент оплаты сверхкоротких и прерванных случаев;

$N_{\text{норм.}}$ – нормативная длительность лечения;

$N_{\text{факт.}}$ – фактическая длительность лечения;

K_{CD} – коэффициент сверхдлительного лечения;
 $T_{усл.р}$ – тариф на услуги гемодиализа, перитонеального диализа
 $N_{усл.р}$ – количество услуг гемодиализа, количество дней проведения перитонеального диализа;
 $\| \dots \|$ – округление до 2 знаков после запятой.

В случае оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи по стандарту высокотехнологичной медицинской помощи - ВМП (IDSP=13) стоимость лечения принимается равной тарифу случая оказания ВМП:

$$S_{сл.ВМП} = T_{ВМП}$$

где
 $S_{сл.ВМП}$ – стоимость случая оказания ВМП;
 $T_{ВМП}$ – тариф случая оказания ВМП;

В случае оплаты стационарозамещающей помощи за услугу (IDSP=4) стоимость лечения рассчитывается по формуле:

$$S_{сл.усл.} = \| T_{усл.р} \cdot N_{усл.р} \|$$

где
 $S_{сл.усл.}$ – стоимость случая оказания стационарозамещающей медицинской помощи;
 $T_{усл.р}$ – тариф на услуги гемодиализа, перитонеального диализа
 $N_{усл.р}$ – количество услуг гемодиализа, количество дней проведения перитонеального диализа;
 $\| \dots \|$ – округление до 2 знаков после запятой.

Базовая ставка выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (33,43)
2.		Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Реестровый номер медицинской организации ⁵	CODE_MO	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_MO
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

Коэффициент затратоемкости КСГ выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (33,43)

⁵ Условие применяется для случаев с датой окончания лечения с 01.10.2015.

2.		Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	1
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
7.		Код КСГ	KSG	=	Реестр оказанной МП, поле KSG

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи по КСГ выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK = 1
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP = 33
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	2
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
7.		Реестровый номер медицинской организации	CODE_MO	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_MO
8.		Профиль	PROFIL	=	Реестр оказанной МП, поле PROFIL
9.		Код КСГ		not exists	Отсутствие записи в TK08/KSG_LIST с CODE=2 и с KSG и USL_OK равными значениям из реестра оказанной МП при KSG_USL=2

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи по КСГ применяется только для стационарной помощи.

Управленческий коэффициент КСГ выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (33,43)
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	3
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
7.		Код КСГ	KSG	=	Реестр оказанной МП, поле KSG
8.		Профиль	PROFIL		Выбирается запись из справочника с соответствующим значением поля PROFIL. Если таких нет, выбирается запись справочника с

					незаполненным полем PROFIL при соответствии всех остальных критериев выборки
--	--	--	--	--	--

Коэффициент сложности лечения пациента по КСГ рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{\text{КСЛП}} = \parallel K_1 + K_2 + K_7 + K_8 + K_{10} - 4 \parallel$$

где

$K_{\text{КСЛП}}$ – коэффициент сложности лечения пациента;

K_1 – коэффициент по возрасту пациента;

K_2 – коэффициент по уходу за ребёнком;

K_7 – коэффициент проведения однотипных операций на парных органах;

K_8 – коэффициент проведения сочетанных видов лечения;

K_{10} – коэффициент наличия сопутствующих заболеваний;

$\parallel \dots \parallel$ – округление до 4 знаков после запятой.

K_1 – коэффициент по возрасту пациента выбирается из поля КОЕФ справочника Т003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (33,43)
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	19
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
7.		Минимальное количество лет возрастной группы	MIN_VOZ	≤	Реестр оказанной МП, поле VOZ
8.		Максимальное количество лет возрастной группы	MAX_VOZ	≥	
9.		Код КСГ		not exists	Отсутствие записи в TK08/KSG_LIST с CODE=19 и с KSG и USL_OK равными значениям из реестра оказанной МП при KSG_USL=2

K_2 – коэффициент по уходу за ребёнком выбирается из поля КОЕФ справочника Т003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (33,43)
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	20

5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
7.		Код медицинские услуги	CODE_USL	=	F0110 (код услуги «уход за ребёнком»)
7.		Минимальное количество лет возрастной группы	MIN_VOZ	≤	Реестр оказанной МП, поле VOZ
8.		Максимальное количество лет возрастной группы	MAX_VOZ	≥	

Коэффициент применяется в случае наличия в реестре МП медицинской услуги «уход за ребёнком» (F0110) в элементе USL.

K_7 – коэффициент проведения однотипных операций на парных органах выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (33,43)
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	25
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
7.		Код медицинские услуги	CODE_USL	exists	Наличие медицинской услуги в элементе USL признаком парности (поле PAR = 1)
8.		Признак парности	IS_PAR	=	1

K_8 – коэффициент проведения сочетанных видов лечения выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (33,43)
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	26
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
7.		Код медицинской услуги сочетанных видов лечения 1	CODE_USL1	exists	Наличие в реестре МП медицинской услуги в элементе USL с кодом CODE_USL и USL_OK = USL_OK реестра
8.		Код медицинской услуги сочетанных видов лечения 2	CODE_USL2	exists	Наличие в реестре МП медицинской услуги в элементе USL с кодом CODE_USL и USL_OK = USL_OK реестра

K_{10} – коэффициент наличия сопутствующих заболеваний выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (33,43)
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	28
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	DATE_2
7.		Код диагноза	DS	=	Реестр оказанной МП, поле DS2

Коэффициент применяется в случае несовпадения класса основного заболевания и сопутствующего в реестре МП.

Коэффициент сложности лечения пациента устанавливается в пределах от 1 до 1,8. Если при вычислении коэффициента его значение выходит за эти пределы, то коэффициент принимается равным соответствующему предельному значению.

Коэффициент сверхкоротких и прерванных случаев лечения выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.		Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.			Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (33,43)
3.			Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.			Тип коэффициента	K_TYPE	=	29
5.			Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.			Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
7.			Код КСГ	KSG	=	Реестр оказанной МП, поле KSG
8.		И	Минимальная длительность	MIN_D	поле не пустое	
9.			Минимальная длительность	MIN_D	>	Реестр оказанной МП, поле KDN
10.		ИЛИ	Минимальная длительность	MIN_D	поле пустое	При условии, что KDN > 3 и результат обращения/госпитализации в реестре оказанной МП, поле RSLT in (102, 105, 106, 107, 108, 110, 202, 205, 206, 207, 208)

$K_{сд}$ – коэффициент сверхдлительного лечения выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (33,43)
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	21
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	DATE_2
7.		Нормативная длительность лечения	MAX_D	≤	Реестр оказанной МП, поле KDN
8.		Код КСГ	KSG	=	Реестр оказанной МП, поле KSG

Коэффициент применяется, если длительность пребывания по реестру превышает нормативную длительность лечения по КСГ. В противном случае коэффициент принимает значение 0.

$N_{\text{норм.}}$ – нормативная длительность лечения выбирается из поля MAX_D справочника T001 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код КСГ	KSG	=	Реестр оказанной МП, поле KSG
3.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
4.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

Тариф гемодиализа, перитонеального диализа выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	4
4.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_OUT
5.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
6.		Код услуги	CODE_USL	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_USL

Количество оказанных медицинских услуг гемодиализа выбирается из поля реестра KOL_USL. Количество услуг при проведении перитонеального диализа принимается равным количеству дней его проведения.

Тариф случая оказания ВМП выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№	Оп.	Наименование параметра	Наименование	Усл.	Критерий
---	-----	------------------------	--------------	------	----------

п/п				поля справочника		выборки
1.	И	И	Код способа оплаты	IDSP	=	13
2.			Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
3.			Профиль	PROFIL	=	Реестр оказанной МП, поле PROFIL
4.			Номер группы высокотехнологичной медицинской помощи для данного метода	HGR	=	Значение поля записи из классификатора V019, выбранной по коду метода ВМП (METHOD_HMP) реестра МП
5.			Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
6.			Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
7.			Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
8.	ИЛИ	И	Количество коронарных стентов	NSTENT	поле не пустое	
9.			Количество коронарных стентов	NSTENT	=	Реестр оказанной МП, поле NSTENT
10.			Количество коронарных стентов	NSTENT	поле пустое	

2.5.4 Расчёт стоимости амбулаторно-поликлинической помощи

Ежемесячное финансирование медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{АМП}} = S_{\text{ПФ}} + S_{\text{ВУ1}} - S_{\text{ВУ}} + S_{\text{ВС}} + S_{\text{дисп.}} + S_{\text{ЦЗ}} + S_{\text{КТ/МРТ}} + S_{\text{НН}} + S_{\text{МТР}}$$

финансирование медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{АМП}} = S_{\text{п}} + S_{\text{дисп.}} + S_{\text{ЦЗ}} + S_{\text{КТ/МРТ}} + S_{\text{МТР}}$$

где

$S_{\text{ПФ}}$ – ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (см. п.п.2.5.4.1);

$S_{\text{ВУ1}}$ – оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, включенными в подушевой норматив финансирования (ПНФ), застрахованным лицам УР, прикрепленным к другим медицинским организациям – (внешние услуги) (см. п.п.2.5.4.3);

$S_{\text{ВУ}}$ – сумма, принятая СМО к оплате по счетам других медицинских организаций за оказанные застрахованным лицам, прикрепленным к данной МО, медицинские услуги, включенные в ПНФ (внешние услуги других МО) (см. п.п.2.5.4.3);

S_{BC} – оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, не включёнными в ПНФ (см. п.п.2.5.4.3);

$S_{дисп.}$ – оплата диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения (см. п.п.2.5.4.6-2.5.4.8);

$S_{ЦЗ}$ – оплата медицинских услуг, оказанных в Центре здоровья (см. п.п.2.5.4.5);

$S_{КТ/МРТ}$ – оплата медицинских услуг компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, проводимых в амбулаторных условиях (см. п.п.2.5.4.4);

$S_{НН}$ – оплата медицинской помощи, оказанной специалистами, включенными в ПНФ, застрахованным лицам УР, не прикрепленным ни к одной МО (см. п.п.2.5.4.3);

$S_{п}$ – оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным лицам УР в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц (см. п.п.2.5.4.3);

$S_{МТР}$ – оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации (см. п.п.2.5.4.3).

2.5.4.1 Расчёт стоимости финансирования по подушевому нормативу

Ежемесячный объем средств ОМС, направляемый страховой медицинской организацией в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{ПФ СМО}i} = \left\| \frac{T_{\text{ПН}} \cdot K_{\text{инт}i} \cdot N_{\text{ЗПР}i}}{K_{\text{п}}} \right\|$$

где

$S_{\text{ПФ СМО}i}$ – ежемесячный размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи по ПНФ i медицинской организации;

$T_{\text{ПН}}$ – базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи;

$K_{\text{инт}i}$ – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i медицинской организации;

$N_{\text{ЗПР}i}$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i МО, формируется по данным РС ЕРЗ на 1 число расчетного периода на основании сведений о численности застрахованных лиц, выбравших МО для оказания амбулаторной медицинской помощи согласно приказа ТФОМС и МЗ УР;

$K_{\text{п}}$ – поправочный коэффициент;

n – количество половозрастных групп;

$\| \dots \|$ – округление до 2 знаков после запятой.

Объём финансирования рассчитывается для каждой МО, имеющей прикрепившихся лиц. Для этого из справочника Т007 выбираются записи, которые удовлетворяют условиям:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Дата начала отчётного периода
3.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
4.		Признак подушевого финансирования МО	MO_PF	=	1

$T_{\text{пн}}$ – базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	26
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
4.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Дата начала отчётного периода (Параметры <ММ> и <УУ> из наименования файла реестра)
5.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

$K_{\text{инт}i}$ - Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i медицинской организации выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	26
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	41
5.		Реестровый номер МО	CODE_MO	=	Параметр <XXXXXX> из наименования файла реестра
6.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Дата начала отчётного периода (Параметры <ММ> и <УУ> из наименования файла реестра)
7.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

$N_{\text{зпр}i}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i МО, формируется по данным РС ЕРЗ на 1 число расчетного периода на основании сведений о численности застрахованных лиц, выбравших МО для оказания амбулаторной медицинской помощи согласно приказа ТФОМС и МЗ УР выбирается из поля KOEF по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	26
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	44
5.		Реестровый номер МО	CODE_MO	=	Параметр <XXXXXX> из наименования файла реестра
6.		Реестровый номер СМО	SMO	=	Параметр <PPPPPP> из наименования файла реестра
7.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Дата начала отчётного периода (Параметры <ММ> и <УУ> из наименования файла реестра)
8.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

$K_{\text{п}}$ - поправочный коэффициент выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	26
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	43
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Дата начала отчётного периода (Параметры <ММ> и <YY> из наименования файла реестра)
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

2.5.4.2 Реестр внешних медицинских услуг

Реестр внешних медицинских услуг оказанных $МО_i$ лицам, застрахованным в $СМО_p$, прикрепленным к $МО_j$ формируется в каждой СМО по следующему принципам:

- Реестр формируется после проведения медико-экономического контроля в СМО;
- Из всех реестров, принятых в $СМО_p$ за текущий отчётный период к оплате по каждой $МО_j$ выбираются записи, удовлетворяющие следующим условиям:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Реестровый номер МО прикрепления	CODE_MO_PR	=	Реестровый номер $МО_j$
3.		Признак прикрепления	P_PR	=	2
4.		Признак оплаты	OPLATA	=	1

- Сумма счёта внешних услуг $S_{вулрj}$ равна сумме стоимости по всем случаям оказания внешних услуг лицам, застрахованным в $СМО_p$, прикрепленным к $МО_j$;
- Файлам реестра присваивается наименование в соответствии с п.п.4.1.1.
- Требования к заполнению полей файла реестра определены в 4.1.2.
- Идентификаторы записей реестра: N_ZAP, IDCASE, ID_PAC формируются в СМО, прежние значения идентификаторов из реестров МП, принятых от МО, записываются в поля R_N_ZAP, R_IDCASE, R_ID_PAC служебного поля COMENTSL и COMENTP (см. Таблица заполнения файлов счетов и реестров оказанной медицинской помощи).

2.5.4.3 Расчёт стоимости за посещение

Стоимость амбулаторно-поликлинической помощи по посещениям

$$S = \sum_{i=1}^n S_{\text{пос.}i}$$

где

S – стоимость оказанной МП, рассчитываемой за посещение;

$S_{\text{пос.}i}$ – стоимость случая реестра по посещениям;

n - количество случаев в реестре внешних услуг;

Данный способ оплаты применяется для расчёта $S_{вул}$, $S_{ву}$, S_{BC} , S_{HH} , S_{MTP} , $S_{п.}$. Кроме того, для записей реестра МП, оказанной застрахованным лицам, прикрепленным к данному МО, рассчитывается стоимость посещения ($S_{пр}$) для расчёта санкций, которая записывается в поле TARIF записей при P_PR = 1 (для этих записей SUMV=0).

Стоимость оказанной амбулаторно-поликлинической помощи по посещениям (кроме стоматологической и неотложной) рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{пос.}} = \|T_{\text{пос.}} \cdot K_{\text{спец.}} \cdot K_{\text{ур.}}\| + \sum_{p=1}^d \|T_{\text{усл.}p} \cdot N_{\text{усл.}p}\|$$

Стоимость неотложной МП (кроме стоматологической) по посещениям рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{пос.}} = \|T_{\text{пос.}} \cdot K_{\text{ур.}}\| + \sum_{p=1}^d \|T_{\text{усл.}p} \cdot N_{\text{усл.}p}\|$$

где

$S_{\text{пос.}}$ – стоимость посещения при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;

$T_{\text{пос.}}$ – базовый тариф посещения в поликлинике,

$K_{\text{спец.}}$ – коэффициент стоимости посещения (УЕТ) по специальности (не применяется при расчёте неотложной МП по посещениям);

$K_{\text{ур.}}$ – коэффициент уровня МО;

$T_{\text{усл.}p}$ – тариф на медицинские услуги p-го кода номенклатуры;

$N_{\text{усл.}p}$ – количество медицинских услуг p-го кода номенклатуры.

d – количество услуг одного кода номенклатуры

$\|\dots\|$ – округление до 2 знаков после запятой.

Стоимость оказанной стоматологической помощи по УЕТ рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{УЕТ}} = \|(\|T_{\text{УЕТ}} \cdot K_{\text{спец.}}\|) \cdot N_{\text{УЕТ}}\|$$

где

$S_{\text{УЕТ}}$ – стоимость случая оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи за 1 посещение;

$T_{\text{УЕТ}}$ – базовый тариф УЕТ в поликлинике,

$N_{\text{УЕТ}}$ – количество УЕТ оказанной МП;

$K_{\text{спец.}}$ – коэффициент стоимости УЕТ по специальности;

$\|\dots\|$ – округление до 2 знаков после запятой.

Стоимость S_{BVI} , S_{BC} , S_{HH} , $S_{\text{ПР}}$, $S_{\text{МТР}}$, $S_{\text{п}}$ рассчитывается для записей реестра оказанной МП:

а) амбулаторно-поликлинической кроме стоматологической и неотложной по посещениям по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	26 – для $S_{\text{ПР}}$, 29, 23 - в остальных случаях;
3.		Цель обращения	CEL	=	1,2
4.		Код диспансеризации	DCOD	нет	

5.		Признак прикрепления	P_PR	=	1 – для $S_{ПР}$; 2 – для $S_{ВУ1}$; 3 – для $S_{НН}$; 4 – для $S_{ВС}$, $S_{МТР}$, $S_{п}$;
----	--	----------------------	------	---	---

б) неотложной амбулаторно-поликлинической кроме стоматологической по посещениям определяются следующими параметрами:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	26 – для $S_{ПР}$, для случаев до 31.08.2017 включительно 29, 23 - в остальных случаях;
3.		Цель обращения	CEL	=	3
4.		Код диспансеризации	DCOD	нет	
5.		Признак прикрепления	P_PR	=	1 – для $S_{ПР}$, для случаев до 31.08.2017 включительно; 2 – для $S_{ВУ1}$, для случаев до 31.08.2017 включительно; 3 – для $S_{НН}$, для случаев до 31.08.2017 включительно; 4 – для $S_{ВС}$, $S_{МТР}$, $S_{п}$;

г) стоматологической (только $S_{ВС}$, $S_{МТР}$, $S_{п}$) по УЕТ определяются следующими параметрами:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код диспансеризации	DCOD	нет	
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	9
4.		Признак прикрепления	P_PR	=	4 – для $S_{ВС}$, $S_{МТР}$, $S_{п}$;

Расчёт $S_{ВУ}$ выполняется по записям из реестра внешних услуг, сформированного в СМО по амбулаторно-поликлинической помощи, кроме стоматологической и неотложной, по посещениям, направленного в МО (см.п.п.2.5.4.2) по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	29, 23
3.		Цель обращения	CEL	=	1,2
4.		Код диспансеризации	DCOD	нет	
5.		Признак прикрепления	P_PR	=	2

Расчёт $S_{ВУ}$ для случаев неотложной амбулаторно-поликлинической кроме стоматологической по посещениям до 31.08.2017 включительно выполняется по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	29, 23
3.		Цель обращения	CEL	=	3
4.		Код диспансеризации	DCOD	нет	
5.		Признак прикрепления	P_PR	=	2

Базовый тариф посещения в поликлинике выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (29 – за посещение в поликлинике, 23 – посещение на дому, 9 – УЕТ, 26 – при расчёте $S_{пп}$)
4.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
5.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	DATE_2
6.		Цель обращения	CEL	=	Реестр оказанной МП, поле CEL
7.		Вид обращения	OBR	=	Реестр оказанной МП, поле OBR

Количество единиц оказанной МП (посещений, УЕТ) выбирается из поля реестра ED_COL.

Коэффициент стоимости посещения (УЕТ) по специальности выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (29 – за посещение в поликлинике, 23 – посещение на дому, 9 – УЕТ, 26 – при расчёте $S_{пп}$)
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	17
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	DATE_2
7.		Код специальности	PRVS	=	Реестр оказанной МП, поле PRVS
8.		Код категории населения из кодификатора категорий населения	KOD_KATEG	=	Если возраст пациента (поле VOZ реестра) ≥ 18, выбирается значение 1, иначе 2.

Коэффициент применяется обязательно при расчёте стоимости оказанной амбулаторно-поликлинической помощи по посещениям (кроме неотложной). При отсутствии соответствующего коэффициента в справочнике, стоимость не может быть рассчитана. При расчёте стоимости неотложной МП по посещениям коэффициент не применяется.

Коэффициент уровня МО выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле IDSP (29 – за посещение в поликлинике, 23 – посещение на дому, 26 – при расчёте $S_{пп}$)
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	18
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
7.		Реестровый номер медицинской организации	CODE_MO	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_MO

Тариф медицинской услуги выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	28
4.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_OUT
5.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
9.		Код услуги	CODE_USL	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_USL

Количество оказанных медицинских услуг выбирается из поля реестра KOL_USL.

Количество посещений при оказании амбулаторно-поликлинической помощи (кроме стоматологической) при обращении по заболеванию (CEL = 1) не может быть равным 1.

2.5.4.4 Оплата медицинских услуг компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, проводимых в амбулаторных условиях

Стоимость медицинских услуг компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии (КТ, МРТ) рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{КТ/МРТ}} = \sum_{p=1}^d \|T_{\text{усл.}p} \cdot N_{\text{усл.}p}\|$$

где

$S_{\text{КТ/МРТ}}$ – стоимость медицинских услуг КТ, МРТ;

$T_{\text{усл.}p}$ – тариф на медицинские услуги p -го кода номенклатуры;

$N_{\text{усл.}p}$ – количество медицинских услуг p -го кода номенклатуры.

d – количество услуг одного кода номенклатуры

$\|\dots\|$ – округление до 2 знаков после запятой.

Записи реестра амбулаторно-поликлинической по КТ, МРТ определяются следующими параметрами:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	28
3.		Цель обращения	CEL	=	1
4.		Код диспансеризации	DCOD	нет	

Тариф медицинской услуги выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	28
4.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_OUT
5.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
6.		Код группы медицинских услуг	USL_GR	=	USL_GR из справочника T011, которое выбирается из реестра оказанной МП по коду услуги (CODE_USL) и уровню сложности (UROV)
7.		Код уровня сложности	UROV	=	Реестр оказанной МП, поле UROV

Количество оказанных медицинских услуг выбирается из поля реестра KOL_USL.

2.5.4.5 Оплата комплексной услуги центра здоровья

Стоимость комплексной услуги центра здоровья принимается равной тарифу комплексной услуги центра здоровья

Записи реестра МП определяются следующими параметрами:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	12
3.		Код диспансеризации	DCOD	=	12,13

Тариф комплексной услуги центра здоровья выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	12
4.		Код диспансеризации	DCOD	=	Реестр оказанной МП, поле

					DCOD
5.		Реестровый номер медицинской организации	CODE_MO	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_MO
6.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
7.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

2.5.4.6 Оплата 1 этапа диспансеризации и профилактических осмотров определённых групп взрослого населения (DCOD = 1,3)

Способ оплаты выбирается по следующему алгоритму:

Шаг 1. Выбор способа оплаты для 1 этапа диспансеризации взрослого населения

Если из талона амбулаторного пациента (карты диспансеризации) введен вид диспансеризации «1-й этап диспансеризации взрослого населения» (DCOD = 1; DSTAD = 1)

Рассчитать KOL_USL_ND – количество медицинских мероприятий, установленных объемом диспансеризации (T010);

Рассчитать KOL_USL – количество медицинских мероприятий, выполненных в рамках случая (элемент USL, PVU=1,2);

Рассчитать KOL_USL_R – количество медицинских мероприятий, выполненных ранее, вне рамок диспансеризации и учитываемых при диспансеризации (элемент USL, PVU=3);

Если $(KOL_USL + KOL_USL_R) / KOL_USL_ND \geq 0,85$

Установить CEL=2, OBR=5

Если $KOL_USL_R / KOL_USL_ND > 0,15$

Установить IDSP=28, DCOD=1, DSTAD=1 (Оплата по тарифу услуг)

Выход

Иначе

Установить IDSP=30, DCOD=1, DSTAD=1 (Оплата законченного случая по тарифу законченного случая)

Выход

Иначе (Случай не может быть оплачен как 1-й этап диспансеризации взрослого населения)

Установить DCOD=3

Переход к Шагу 2

Шаг 2. Выбор способа оплаты для профилактического осмотра взрослого населения

Если амбулаторного пациента (карты диспансеризации) введен вид диспансеризации «профилактический медицинский осмотр взрослого населения» (DCOD = 3)

Рассчитать KOL_USL_ND – количество медицинских мероприятий, установленных объемом профилактического медицинского осмотра взрослого населения (T010);

Рассчитать KOL_USL – количество медицинских мероприятий, выполненных в рамках случая (элемент USL, PVU=1,2);

Рассчитать KOL_USL_R – количество медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения (элемент USL, PVU=3);

Если $(KOL_USL + KOL_USL_R) / KOL_USL_ND \geq 0,85$

Установить IDSP=30, DCOD=3, CEL=2, OBR=6

Выход

Иначе (Случай не может быть оплачен как проф. осмотр взрослого населения, переход к оплате по тарифу посещения с профилактической целью)

Установить IDSP=29, DCOD=0, DSTAD=0

Выход

Стоимость 1 этапа диспансеризации взрослого населения оплачиваемой по законченному случаю рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{дзс}} = \|T_{\text{дзс}} \cdot K_{\text{мб}}\|$$

где

$S_{\text{дзс}}$ – стоимость законченного случая 1 этапа диспансеризации (профилактического осмотра) взрослого населения;

$T_{\text{дзс}}$ – тариф законченного случая 1 этапа диспансеризации (профилактического осмотра) взрослого населения;

$K_{\text{мб}}$ – коэффициент осмотра мобильной бригадой;

$\|\dots\|$ – округление до 2 знаков после запятой.

Записи реестра случая 1 этапа диспансеризации взрослого населения определяются следующими параметрами:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	30
3.		Код диспансеризации	DCOD	=	1
4.		Этап диспансеризации	DSTAD	=	1

Стоимость профилактического медицинского осмотра взрослого населения принимается равной тарифу законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения.

Записи реестра случая профилактического осмотра взрослого населения определяются следующими параметрами:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	30
3.		Код диспансеризации	DCOD	=	3

Тариф законченного случая в 1 этапа диспансеризации и профилактического осмотра выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп.	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл.	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	30
4.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
5.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
6.		Код диспансеризации	DCOD	=	Реестр оказанной МП, поле DCOD (1,3)
7.		Этап диспансеризации	DSTAD	=	1
8.		Минимальное количество лет возрастной группы	MIN_VOZ	≤	Реестр оказанной МП, поле VOZ. При диспансеризации определённых групп взрослого населения (DCOD = 1), для льготных категорий граждан (поле LGOT реестра) выбирается ближайшая по возрасту группа.
9.		Максимальное количество лет возрастной группы	MAX_VOZ	≥	
10.		Пол пациента	W	=	Реестр оказанной МП, поле W

Стоимость 1 этапа диспансеризации взрослого населения оплачиваемой по выполненным услугам рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{ду}} = \sum_{p=1}^d \|T_{\text{усл.р}} \cdot K_{\text{МБ}}\|$$

где

$S_{\text{ду}}$ – стоимость 1 этапа диспансеризации (профилактического осмотра) взрослого населения, оплачиваемого по услугам;

$T_{\text{усл.р}}$ – тариф на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполненные в рамках 1 этапа диспансеризации (профилактического осмотра);

d – количество осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненные в рамках диспансеризации

$K_{\text{МБ}}$ – коэффициент осмотра мобильной бригадой;

$\|\dots\|$ – округление до 2 знаков после запятой.

Записи реестра случая 1 этапа диспансеризации взрослого населения определяются следующими параметрами:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	28
3.		Код диспансеризации	DCOD	=	1
4.		Этап диспансеризации	DSTAD	=	1

При этом в расчёт принимаются осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполненные только в рамках диспансеризации (записи элемента USL, где PVU=1,2)

Тариф медицинской услуги выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	28
4.		Код диспансеризации	DCOD	=	Реестр оказанной МП, поле DCOD (1)
5.		Этап диспансеризации	DSTAD	=	Реестр оказанной МП, поле DSTAD (1)
6.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_OUT
7.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
8.		Код услуги	CODE_USL	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_USL

Коэффициент осмотра мобильной бригадой выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Код способа оплаты	IDSP	=	Реестр оказанной МП, поле

					IDSP (30, 28)
2.		Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	37
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
7.		Признак выполнения диспансеризации мобильной бригадой	MB	=	Реестр оказанной МП, поле MB

2.5.4.7 Оплата диспансеризации детей сирот и медицинских осмотров несовершеннолетних 1 этапа (DCOD = 2, 4 - 8)

Стоимость 1 этапа диспансеризации выбирается принимается равной тарифу законченного случая диспансеризации 1 этапа.

Записи реестра МП определяются следующими параметрами:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл .	Критерий выборки
1.		Условия оказания	USL_OK	=	3
2.	И	Код способа оплаты	IDSP	=	30,11
3.		Код диспансеризации	DCOD	=	2,4-8
4.		Этап диспансеризации	DSTAD	=	1

Тариф законченного случая в 1 этапа диспансеризации выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.		Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	30
4.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
5.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
6.		Код диспансеризации	DCOD	=	Реестр оказанной МП, поле DCOD
7.		Этап диспансеризации	DSTAD	=	1
8.		Минимальное количество лет возрастной группы	MIN_VOZ	≤	Реестр оказанной МП, поле VOZ. При проведении профилактических осмотров несовершеннолетних до 3-х лет (DCOD = 4) возрастная группа содержит: целая часть - количество полных лет, дробная – количество полных месяцев. Во всех остальных случаях возрастная группа содержит количество лет.
9.	И	Максимальное количество лет возрастной группы	MAX_VOZ	≥	При диспансеризации определённых групп взрослого населения (DCOD = 1), для льготных

					категорий граждан (поле LGOT реестра) выбирается ближайшая по возрасту группа.
10.		Пол пациента	W	=	Реестр оказанной МП, поле W

2.5.4.8 Оплата диспансеризации 2 этапа

Стоимость 2 этапа Диспансеризации определённых групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36ан) принимается равной тарифу 2 этапа Диспансеризации определённых групп взрослого населения.

Записи реестра МП определяются следующими параметрами:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля реестра МП	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	3
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	9, 29
3.		Код диспансеризации	DCOD	=	1
4.		Код диспансеризации	DCOD	=	2

Тариф посещений, оказываемых в рамках 2 этапа выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	9, 29
6.		Код диспансеризации	DCOD	=	Реестр оказанной МП, поле DCOD (DCOD=1)
7.		Этап диспансеризации	DSTAD	=	Реестр оказанной МП, поле DSTAD (DSTAD=2)
7.		Код специальности	PRVS	=	Реестр оказанной МП, поле PRVS
4.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
5.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

В других случаях стоимость 2 этапа диспансеризации и медицинских осмотров выбор тарифа посещений, оказываемых в рамках 2 этапа, осуществляется как в случаях обращения за амбулаторно-поликлинической помощью (без учёта наличия поля DCOD).

2.5.5 Расчёт финансирования скорой медицинской помощи по подушевому нормативу

Расчёт финансирования скорой медицинской помощи страховой медицинской организацией осуществляется по формуле:

$$S_{\text{СМП}i} = \left\| \frac{T_{\text{п}} \cdot K_{\text{инт}i} \cdot N_{3i}}{K_{\text{п}}} \right\| + \sum_{q=1}^b T_{\text{сл.}q}$$

$S_{\text{СМП}i}$ – ежемесячный размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи по ПНФ i медицинской организации;

$T_{\text{п}}$ – базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в месяц на одно застрахованное лицо;

$K_{\text{инт}i}$ – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i медицинской организации;

N_{3i} – численность застрахованных лиц, обслуживаемых i медицинской организацией, по состоянию на 1 число расчетного периода, человек;

$K_{\text{п}}$ – поправочный коэффициент;

$T_{\text{сл.}q}$ – тариф случая, оплачиваемого за единицу объема медицинской помощи;

b – количество случаев в реестре, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи.

$\| \dots \|$ – округление до 2 знаков после запятой.

Расчёт применяется при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Удмуртской Республики. За единицу объёма (вызов) оплачиваются случаи проведения тромболитической терапии (признак ТТ ≥ 1). Сумма счёта включает в себя стоимость подушевого финансирования страховой медицинской организацией и стоимость случаев тромболитической терапии, оказанной застрахованным данной СМО.

$T_{\text{п}}$ – базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в месяц на одно застрахованное лицо выбирается из поля TARIF справочника Т002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	4
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	35
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
4.		Дата начала действия записи	DATEBEG	\leq	Дата начала отчётного периода (Параметры <ММ> и <YY> из наименования файла реестра)
5.		Дата окончания действия записи	DATEEND	\geq	

$K_{\text{инт}i}$ – Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i медицинской организации выбирается из поля KOEF справочника Т003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	4
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	35
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1

4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	41
5.		Реестровый номер МО	CODE_MO	=	Параметр <XXXXXX> из наименования файла реестра
6.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Дата начала отчётного периода (Параметры <ММ> и <YY> из наименования файла реестра)
7.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

N_{3i} - Численность застрахованных лиц, обслуживаемых медицинской организацией, по состоянию на 1 число расчетного периода, человек. Выбирается из поля KOEF по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	4
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	35
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	42
5.		Реестровый номер МО	CODE_MO	=	Параметр <XXXXXX> из наименования файла реестра
6.		Реестровый номер СМО	SMO	=	Параметр <PPPPP> из наименования файла реестра
7.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Дата начала отчётного периода (Параметры <ММ> и <YY> из наименования файла реестра)
8.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

K_n - Поправочный коэффициент выбирается из поля KOEF справочника T003 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	4
2.		Код способа оплаты	IDSP	=	35
3.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	1
4.		Тип коэффициента	K_TYPE	=	43
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Дата начала отчётного периода (Параметры <ММ> и <YY> из наименования файла реестра)
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

Тариф случая, оплачиваемого за единицу объема медицинской помощи, выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	24
4.		Признак проведения тромболитической терапии	TT	=	Реестр оказанной МП, поле TT
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

Норматив финансовых затрат на вызов СМП выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	5
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	24
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

2.5.6 Оплата скорой медицинской помощи за вызов

Скорая медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным за пределами территории Удмуртской Республики, оплачивается по отдельному тарифу:

$$S_{\text{сл.}} = T_{\text{СМП}}$$

где

$S_{\text{сл.}}$ – стоимость случая;

$T_{\text{СМП}}$ –тариф вызова СМП;

Тариф вызова СМП выбирается из поля TARIF справочника T002 по следующим параметрам:

№ п/п	Оп .	Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
2.		Код типа тарифа	T_TYPE	=	2
3.		Код способа оплаты	IDSP	=	24
4.		Признак проведения тромболитической терапии	TT	=	Реестр оказанной МП, поле TT
5.		Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
6.		Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	

2.6 Контроль структуры МО

Контроль структуры медицинской помощи, оказываемой в МО осуществляется в соответствии со справочником структуры МО (Т007). Допускается включать в реестры МП записи в случае, если:

а) Посещения в поликлинике к специалистам приёмного отделения стационара: USL_OK = 3 and PODR in (095,731,733). Данные посещения не контролируются по структуре.

б) в T007 есть запись, соответствующая параметрам:

№ п/п	Оп.		Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	И	Реестровый номер медицинской организации	CODE_MO	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_MO
2.			Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
3.			Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
4.			Дата окончания действия записи	DATEEND	≥	
5.		ИЛИ	Признак контроля списка услуг	C_USL	=	0
6.				C_USL	=	1
7.				CODE_USL	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_USL
8.		ИЛИ	Признак контроля профилей	C_PROFIL	=	0
9.				C_PROFIL	=	1
10.			Профиль	PROFIL	=	Реестр оказанной МП, поле PROFIL
11.				KOD_UROV	=	Реестр оказанной МП, поле KOD_UROV
12.				KOD_KATEG	=	Если признак детского профиля (DET) = 0, значение 1, иначе 2.
13.				KOD_KATEG	=	Если возраст пациента (поле VOZ реестра) ≥ 18, выбирается значение 1, иначе 2.
14.		ИЛИ	Признак контроля специальностей	C_PRVS	=	0
15.				C_PRVS	=	1
16.				PRVS	=	Реестр оказанной МП, поле PRVS
17.				VD_CODE	=	Реестр оказанной МП, поле VD_CODE
18.				KOD_UROV	=	Реестр оказанной МП, поле KOD_UROV
19.				KOD_KATEG	=	Если возраст пациента (поле VOZ реестра) ≥ 18, выбирается значение 1, иначе 2.

в) в T007 нет записей, соответствующих параметрам:

№ п/п	Оп.		Наименование параметра	Наименование поля справочника	Усл .	Критерий выборки
1.	И	И	Реестровый номер медицинской организации	CODE_MO	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_MO
2.			Условия оказания	USL_OK	=	Реестр оказанной МП, поле USL_OK
3.			Дата начала действия записи	DATEBEG	≤	Реестр оказанной МП, поле DATE_2
4.			Дата окончания	DATEEND	≥	

			действия записи			
5.			Признак контроля списка услуг	C_USL	=	2
6.		И	Код медицинские услуги	CODE_USL	=	Реестр оказанной МП, поле CODE_USL
11.			Признак контроля профилей	C_PROFIL	=	2
13.			Профиль	PROFIL	=	Реестр оказанной МП, поле PROFIL
14.		И	Код уровня оказания медицинской помощи	KOD_UROV	=	Реестр оказанной МП, поле KOD_UROV
15.			Код категории населения из кодификатора категорий населения	KOD_KATEG	=	Если возраст пациента (поле VOZ реестра) ≥ 18 , выбирается значение 1, иначе 2.
16.			Признак контроля специальностей	C_PRVS	=	2
17.			Специальность	PRVS	=	Реестр оказанной МП, поле PRVS
18.		И	Код врачебной должности	VD_CODE	=	Реестр оказанной МП, поле VD_CODE
19.			Код уровня оказания медицинской помощи	KOD_UROV	=	Реестр оказанной МП, поле KOD_UROV
20.			Код категории населения из кодификатора категорий населения	KOD_KATEG	=	Если возраст пациента (поле VOZ реестра) ≥ 18 , выбирается значение 1, иначе 2.

г) Случаи медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики. Эти случаи лечения не контролируются по структуре.

2.7 Контроль договорных объёмов оказания МП

Контроль договорных объёмов медицинской помощи, оказываемой в МО осуществляется в соответствии со справочником резервов и договорных объёмов медицинской помощи (Т005).

В реестр могут быть включены только те записи, которые удовлетворяют следующим условиям:

а) по стационарной и стационарозамещающей помощи кроме ВМП (IDSP=33, 43, 5, 6, 4 и код ВМП не указан): сумма единиц оплаты (поле ED_COL) не превышает величину резерва (поле REZ справочника Т005) по данной МО (поле CODE_MO) в соответствующих условиях оказания МП (USL_OK).

б) по ВМП (IDSP = 13, 33, 43 и код ВМП указан): сумма единиц оплаты (поле ED_COL) не превышает величину резерва (поле HMP_REZ справочника Т005) по данной МО (поле CODE_MO) в соответствующих условиях оказания МП (USL_OK) по соответствующему профилю (PROFIL) с учётом группы (поле HGR).

в) по амбулаторно-поликлинической помощи, кроме стоматологической помощи (VD_CODE \neq (3102, 3103, 3104, 3105, 3107, 4013)), случаев диспансеризации и профилактических осмотров (USL_OK = 3 и DCOD \neq (1 – 8)): если МО участвует в подушевом финансировании (поле MO_PF = 1 в справочнике Т007), сумма количества посещений (поле KOL_POS) не превышает величину резерва (поле REZ справочника Т005) по данной МО (поле CODE_MO) в условиях оказания АМП (USL_OK=3) в группе

резерва REZ_GR=16 для неотложной помощи (CEL=3) и REZ_GR=2 для всех остальных случаев. При этом учитываются посещения Центров здоровья (DCOD = (12,13)) и посещения только тех специалистов, которые не включены в подушевое финансирование (DCOD ≠ (12,13) и в T007 по данной специальности в МО поле PR_PF=0). Если МО не участвует в подушевом финансировании (поле МО_PF = 0 в справочнике T007), величину резерва следует брать из поля REZ в группе резерва REZ_GR = 1. При этом учитываются все посещения специалистов и Центров здоровья.

г) по стоматологической помощи (VD_CODE = (3102, 3103, 3104, 3105, 3107, 4013)), сумма единиц оплаты - условных единиц труда (YET) (поле ED_COL) не превышает величину резерва (поле REZ справочника T005) по данной МО (поле CODE_MO) в условиях оказания АМП (USL_OK=3) и в группе резерва REZ_GR = 7;

д) случаи диспансеризации и профилактических осмотров (DCOD = 1 - 8): сумма количества посещений (поле KOL_POS) не превышает величину резерва (поле REZ справочника T005) по данной МО (поле CODE_MO) в условиях оказания АМП (USL_OK=3) для соответствующей группы резерва:

- REZ_GR = 3 для диспансеризации взрослого населения (DCOD=1);
- REZ_GR = 4 для профилактических осмотров взрослого населения (DCOD=3);
- REZ_GR = 5 для диспансеризации детей сирот и детей опекаемых (DCOD=2,5);
- REZ_GR = 6 для диспансеризации, профилактических осмотров несовершеннолетних (DCOD=4,6-8);

е) если были оказаны услуги КТ, МРТ, коды которых включены в один из списков элемента USL_LIST справочника T005, то количество услуг не должно превышать величину резерва (поле U_REZ) по данной МО (поле CODE_MO) в элементе USL_LIST. При этом группа резерва (поле U_REZ_GR) должна соответствовать коду уровня сложности (поле UROV реестра МП). Таблица соответствия кодов представлена ниже.

Уровень сложности (поле UROV реестра МП)	Группа резерва (U_REZ_GR)
1	8
2	9
3	10
4	11
5	12
6	13

ж) по скорой медицинской помощи (USL_OK = 4) при проведении тромболитической терапии (TT>0): сумма единиц оплаты (поле ED_COL) не превышает величину резерва (поле REZ справочника T005) по данной МО (поле CODE_MO) в условиях оказания СМП (USL_OK=4) и в группе резерва REZ_GR = 14 при применении препарата «Алтеплаза» (TT=1) и REZ_GR = 15 при применении препарата «Тенектеплаза» (TT=2).

При выборе записи из T005 следует учитывать период действия записи: дата начала отчетного периода реестра должна находиться в диапазоне даты начала и даты окончания действия записи справочника T005.

3 ЕДИНЫЙ РЕГИСТР ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

Информационное взаимодействие участников ОМС в сфере ведения Регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц осуществляется в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия при ведении единого регистра застрахованных лиц (п.5.1. Общих принципов).

Обмен информацией между СМО и ТФОМС УР организован в пакетном режиме, т.е. СМО и ТФОМС УР осуществляют обмен данными методом передачи, приемки и обработки информационных посылок, содержащих файлы с изменениями и файлы подтверждения и/или отклонения изменений. Состав, структура, порядок расположения, размерность, именование и правила заполнения полей файлов информационных посылок определены в Приложении Г Общих принципов.

4 УЧЁТ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Информационное взаимодействие участников ОМС в сфере ведения учёта оказанной медицинской помощи осуществляется в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учёта медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования (п.5.2.Общих принципов).

4.1 Особенности ведения персонифицированного учёта медицинской помощи

4.1.1 Требования к наименованию файлов

1. Ежемесячно в течение 2-х рабочих дней после окончания отчётного периода МО направляют в ТФОМС УР файл оказанной МП и файл персональных данных для автоматизированной обработки сведений с целью идентификации застрахованного лица в СРЗ, определения страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета, выявления застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, определения их территории страхования и установки признака прикрепления и МО прикрепления. Файлы имеют наименование:

HMXXXXXXXXT18_YYMMNV0.XML и
LMXXXXXXXXT18_YYMMNV0.XML,

где

Н – константа,

М – параметр, определяющий организацию-источник, т.е. МО,

XXXXXX– шестизначный реестровый номер МО.

T18 – код ТФОМС УР– организация-получатель,

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

V – код условий оказания МП (1 – Стационарная помощь, 2 – Стационарозамещающая помощь, 3 –Амбулаторно-поликлиническая помощь, 4 - скорая медицинская помощь);

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

Например, HM180001T18_1110110.XML и LM180001T18_1110110.XML

На этом этапе допускается отсутствие данных в файлах по предъявленным счетам (элемент SCHET) и сведениям о случае оказания МП (элемент SLUCH).

Файлы направляются по КСПД в Исполнительную дирекцию на адрес 18(УдмТФОМС) СРЗ

2. ТФОМС УР в течение 2 рабочих дней проводит автоматизированную обработку данных с целью идентификации застрахованного лица в СРЗ, определения страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета, формирует и направляет в МО ответные файлы:

HT18MXXXXXXXX_YYMMNV0.XML и
LT18MXXXXXXXX_YYMMNV0.XML,

где

Н – константа,

T18 – код ТФОМС УР– организация-источник,

М – параметр, определяющий организацию-получателя, т.е. МО,

XXXXXX– шестизначный реестровый номер МО.

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

ММ – порядковый номер месяца отчетного периода:

V – код условий оказания МП (1 – Стационарная помощь, 2 – Стационарозамещающая помощь, 3 –Амбулаторно-поликлиническая помощь, 4 - Скорая медицинская помощь);

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

Например, HT18 M180001_1110110.XML и LT18 M180001_1110110.XML

Ответные файлы содержат данные входных файлов, а также заполненные элементы VPOLIS, SPOLIS, NPOLIS, SMO, SMO_OGRN, SMO_OK, SMO_NAM.

Для записей, требующих определения признаков прикрепления устанавливаются следующие значения поля P_PR:

1 – прикреплен к данной МО;

2 – прикреплен к другой МО. При этом в поле CODE_MO_PR устанавливается код МО прикрепления.

3 – не прикреплен ни к одной МО в УР;

4 – МП не может быть оплачена по подушевому нормативу.

ТФОМС УР направляет данные по не идентифицированным в СРЗ застрахованным лицам в Центральный сегмент Единого регистра застрахованных лиц в ФОМС. В течение 5 рабочих дней ФОМС проводит автоматизированную обработку данных, с целью выявления застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования и определения их территории страхования. После получения ответа из ФОМС ТФОМС УР формирует и направляет в МО ответные файлы со следующим порядковым номером пакета.

Файлы направляются по КСПД.

3. МО на основании принятой информации из ТФОМС УР актуализирует свои реестры, формирует и направляет:

- в СМО файлы, содержащие счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи:

NMXXXXXXXXSPPPP_Y YMMNVF.XML и

LMXXXXXXXXSPPPP_Y YMMNVF.XML,

- в филиалы ТФОМС УР файлы счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной вне территории страхования:

NMXXXXXXXXT18_Y YMMNVF.XML и

LMXXXXXXXXT18_Y YMMNVF.XML

где

Н – константа,

М – параметр, определяющий организацию-отправителя, т.е. МО,

XXXXXX– шестизначный реестровый номер МО,

S – параметр, определяющий организацию-получателя, т.е. СМО,

PPPPP – пятизначный реестровый номер СМО,

T18 – код ТФОМС УР– организация-получатель,
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.

V – код условий оказания МП (1 – Стационарная помощь, 2 – Стационарозамещающая помощь, 3 –Амбулаторно-поликлиническая помощь, 4 - Скорая медицинская помощь);

F – код программы счёта (1 – ТП ОМС; 2 – РПМ)

Например, файлы по стационарной помощи, оказанной по территориальной программе в октябре 2011 года имеют наименование: NM180001S18001_1110111.XML и LM180001S18001_1110111.XML.

Счета и реестры представляются МО, являющимися юридическими лицами. Участковые больницы и врачебные амбулатории, входящие в состав юридического лица, представляют данные по оказанной ими медицинской помощи в файлах юридического лица.

4. СМО и ТФОМС УР направляют в МО результаты медико-экономического контроля в файлах, имеющих следующие наименования:

HSPPPPPMXXXXXX_YYMMNVF.XML и
LSPPPPPMXXXXXX_YYMMNVF.XML,
или
HT18MXXXXXX_YYMMNVF.XML и
LT18MXXXXXX_YYMMNVF.XML)

или (в случае проведения повторного МЭК ТФОМС)

HT18MXXXXXX_YYMMNVFSPPPPP.XML и
LT18MXXXXXX_YYMMNVFSPPPPP.XML

где

H, L – константа,

S – параметр, определяющий организацию-отправителя, т.е. СМО,

T18 – код ТФОМС УР– организация-отправитель,

M – параметр, определяющий организацию-получателя, т.е. МО,

XXXXXX– шестизначный реестровый номер МО.

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

V – код условий оказания МП (1 – Стационарная помощь, 2 – Стационарозамещающая помощь, 3 –Амбулаторно-поликлиническая помощь, 4 - Скорая медицинская помощь);

F – код программы счёта (1 – ТП ОМС; 2 – РПМ).

PPPPP – пятизначный реестровый номер СМО,

Например, файлы МЭК по стационарной помощи, оказанной по территориальной программе в январе 2013 года имеют наименование: HS18001M180001_1301111.XML и LS18001M180001_1301111.XML. файлы повторного МЭК, проведённого в ТФОМС: HT18M180001_1301211S18001.XML, LT18M180001_1301211S18001.XML

Файлы с результатами повторного медико-экономического контроля имеют значение параметра N больше 1, поле Признак исправленной записи (ZL_LIST/ZAP/PR_NOV) равно 1. Файлы содержат данные только по тем случаям оказания медицинской помощи, в которых произошло изменение типа оплаты, применены финансовые санкции (удержания), при этом поля OPLATA, SUMP, REFREASON, SANK_MEK содержат новые значения в соответствии с результатами проведенного повторного МЭК.

Файлы с результатами повторного МЭК, проведенного ТФОМС направляются в МО и после подписания со стороны МО и получения их в ТФОМС, направляются в СМО. СМО актуализирует реестры счетов с результатами медико-экономического контроля и направляет в ТФОМС исправленные реестры, содержащие только изменённые записи. Также исправленные реестры представляются в ТФОМС после проведения повторного МЭК СМО.

5. СМО направляют в ТФОМС УР реестры счетов с результатами медико-экономического контроля в файлах, имеющих следующие наименования:

HSPPPPPT18_YYMMNVF.XML и
LSPPPPPT18_YYMMNVF.XML,

где

H – константа,

S – параметр, определяющий организацию-отправителя, т.е. СМО,

PPPPP – пятизначный реестровый номер СМО,

T18 – код ТФОМС УР– организация-получатель,

M – параметр, определяющий организацию-получателя, т.е. МО,

XXXXXX– шестизначный реестровый номер МО.

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

V – код условий оказания МП (1 – Стационарная помощь, 2 – Стационарозамещающая помощь, 3 –Амбулаторно-поликлиническая помощь, 4 - Скорая медицинская помощь);

F – код программы счёта (1 – ТП ОМС; 2 – РПМ)

На этом этапе допускается отсутствие данных в файлах по предъявленным счетам (элемент SCHET)

Например, файлы реестров по стационарной помощи, оказанной по территориальной программе в октябре 2011 года имеют наименование: HS18001T18_1110111.XML и LS18001T18_1110111.XML.

6. СМО направляют в МО реестры внешних услуг в файлах, имеющих следующие наименования:

HSPPPPPMXXXXXX_YYMMNV3.XML и
LSPPPPPMXXXXXX_YYMMNV3.XML,

где

H, L – константа,

S – параметр, определяющий организацию-отправителя, т.е. СМО,

T18 – код ТФОМС УР– организация-отправитель,

М – параметр, определяющий организацию-получателя, т.е. МО,

XXXXXX– шестизначный реестровый номер МО.

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

V – код условий оказания МП (1 – Стационарная помощь, 2 – Стационарозамещающая помощь, 3 –Амбулаторно-поликлиническая помощь, 4 - Скорая медицинская помощь);

3 – признак реестра внешних услуг.

Например, файлы реестра внешних услуг по амбулаторно-поликлинической помощи, оказанных по территориальной программе в январе 2016 года лицам, застрахованным в СМО (код 18001), прикрепленным к МО (код 180030) имеют наименование: HS18001M180030_1601133.XML и LS18001M180030_1601133.XML.

6. Наименование файла протокола ФЛК имеет вид:

E<Наименование обрабатываемого файла без расширения>.xml

Например, ENM180001S18001_1110111.XML

4.1.2 Требования к содержанию элементов файлов

Файлы оказанной медицинской помощи с результатами медико-экономического контроля, направляемые из СМО и ТФОМС УР в МО, а также из СМО в ТФОМС УР содержат данные по всем случаям оказания медицинской помощи пациентам, содержащиеся в реестрах МО.

В качестве символа десятичного разделителя целой и дробной части используется символ «.» (точка). Код ASCII - 46.

Следующая таблица содержит особенности формирования файлов реестров

Таблица заполнения файлов счетов и реестров оказанной медицинской помощи

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь		Амбулаторно-поликлиническая помощь														Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг
					Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры								
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактикой и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактикой и иными целями в стоматологию			Неотложная помощь по стоматологии	Дисп. взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	Застрахованные другие территорий	
Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи																					
ZGLV	VERSION	Версия взаимодействия	Размерность увеличена до 8 знаков. Имеет вид <P.P.N>, где P.P - номер протокола взаимодействия 1.0, N - номер версии программного обеспечения.																		
SCHET	NSCHET	Номер счёта	Номер счёта имеет вид: R-F-XXXXXX-MMYY-V-PPPPP, где R – для счёта по медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на другой территории указывается «МТР», для остальных не заполняется; F – код программы счёта (ТП – Территориальная программа; ПМ – программа модернизации здравоохранения); XXXXXX – шестизначный реестровый номер МО; MM – порядковый номер месяца отчетного периода; YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода; PPPPP – пятизначный реестровый номер СМО (не указывается для счетов по МП МТР); V – код условий оказания МП (С – Стационарная помощь, ДС – Стационарозамещающая помощь, П – Амбулаторно-поликлиническая помощь, СМП - Скорая медицинская помощь).																	не заполняется	
YEAR	Отчетный год	Указывается год отчетного периода реестра медицинской помощи. В файлах актов первичного и повторного МЭЖ указывается год отчетного периода реестра медицинской помощи, по которому проводится МЭЖ.																			
MONTH	Отчетный месяц	Указывается месяц отчетного периода реестра медицинской помощи. В файлах актов первичного и повторного МЭЖ указывается месяц отчетного периода реестра медицинской помощи, по которому проводится МЭЖ.																			
SUMMAV	Сумма МО, выставленная на оплату	Сумма счёта, выставленная на оплату равна сумме стоимости лечения по всем случаям оказания МП, входящим в реестр	Сумма финансирования АМП, рассчитанная в соответствии с п.п.2.5.5.														Сумма стоимости лечения по всем случаям оказания МП, входящим в реестр	Сумма финансирования СМП, рассчитанная в соответствии с п.п.2.5.9	Сумма стоимости лечения по всем случаям оказания МП, входящим в реестр		
SUMMAP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется в СМО (ТФОМС): SUMMAP = SUMMAV - SANK_MEK																			

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Амбулаторно-поликлиническая помощь																Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг
			Стационарная и стационарозамещающая помощь			Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры							
			Клинико-статистическая группа	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактической и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологии	Посещение с профилактической и иными целями в стоматологии	Неотложная помощь по стоматологии			Диспансеризация взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Диспансеризация детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Диспансеризация детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)		
	COMENTS	Службное поле к счету	Файлы результатов медико-экономического контроля, направляемые из ТФОМС и СМО в МО содержат: <ACT_MEK.C>, где C – номер акта МЭК, имеет вид: МЭК-R-F-XXXXXX-MMYY-V-PPPPP-N, где «МЭК» - постоянный префикс; R-F-XXXXXX-MMYY-V-PPPPP – номер счёта (см.п. "Номер счёта"); N- вид медико-экономического контроля (1-первичный, 2-повторный). <DATE_MEK:YYYY-MM-DD>, где YYYY-MM-DD – дата акта МЭК.																не заполняется		
			Файлы счетов и реестров оказанной МП содержат: <SUMMA_D11:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения». (DCOD = 1, DSTAD = 1). <SUMMA_D12:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения». (DCOD = 1, DSTAD = 2). <SUMMA_D21:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках первого этапа диспансеризации детей-сирот». (DCOD = 2, DSTAD = 1). <SUMMA_D22:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках второго этапа диспансеризации детей-сирот». (DCOD = 2, DSTAD = 2). <SUMMA_D3:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения». (DCOD = 3). <SUMMA_D41:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках первого этапа профилактического осмотра несовершеннолетних» (DCOD = 4, DSTAD = 1). <SUMMA_D42:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках второго этапа профилактического осмотра несовершеннолетних» (DCOD = 4, DSTAD = 2). <SUMMA_D51:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках первого этапа диспансеризации детей-сирот (опекаемых)». (DCOD = 5, DSTAD = 1). <SUMMA_D52:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках второго этапа диспансеризации детей-сирот (опекаемых)». (DCOD = 5, DSTAD = 2). <SUMMA_D61:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках первого этапа предварительного осмотра несовершеннолетних» (DCOD = 6,7,8, DSTAD = 1). <SUMMA_D62:N.N>, где N.N - «Сумма средств, в рамках второго этапа предварительного осмотра несовершеннолетних» (DCOD = 6,7,8, DSTAD = 2). <SUMMA_PN:N.N>, где N.N - «Сумма средств, по подушевому нормативу» <SUMMA_VU1:N.N>, где N.N - «Сумма оплаты медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, включенными в ПНФ, застрахованным лицам УР, прикрепленным к другим медицинским организациям» <SUMMA_NN:N.N>, где N.N - «Сумма медицинской помощи, оказанной специалистами, включенными в ПНФ, застрахованным лицам УР, не прикрепленным ни к одной МО» <SUMMA_VS:N.N>, где N.N - «Сумма медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, не включенными в Перечень специалистов в ПНФ» <SUMMA_KT:N.N>, где N.N - «Сумма за услуги КТ» <SUMMA_MRT:N.N>, где N.N - «Сумма за услуги МРТ» Файлы результатов медико-экономического контроля, направляемые из СМО в МО содержат: <SUMMA_VU:N.N>, где N.N - «Сумма, принятая СМО к оплате по счетам других медицинских организаций за оказанные застрахованным лицам, прикрепленным к данной МО, медицинские услуги, включенные в ПНФ»																		

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь			Амбулаторно-поликлиническая помощь											Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг			
						Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры								
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактической и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактической и иными целями в стоматологию	Неотложная помощь по стоматологии			Дисп. взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н)(4)	Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н)(5)		Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	Застрахованные территории	Застрахованные УР
ZAP		Записи о случаях оказания медицинской помощи	Запись формируется для каждого случая госпитализации. В реестр включаются записи с датой окончания лечения (DATE_2) попадающей в текущий или предыдущий отчетный период (YEAR, MONTH) в пределах отчетного года. Случаи с датой окончания лечения за предыдущий год в реестр не включаются.			Запись формируется для каждого талона амбулаторного пациента. При наличии подушевого финансирования (SUMMA_PN>0) и отсутствии случаев лечения, записи не формируются. В реестр включаются записи по всем талонам с датой окончания лечения - с датой последнего посещения в талоне (DATE_2) попадающей в текущий или предыдущий отчетный период (YEAR, MONTH). При этом дата остальных посещений может быть ранее отчетного периода. Случаи (талоны) с датой последнего посещения за предыдущий год в реестр не включаются.						Запись формируется при посещении ЦЗ. В реестр включаются записи с датой посещения ЦЗ (DATE_2) попадающей в текущий или предыдущий отчетный период (YEAR, MONTH). Записи с датой оказания услуги в предыдущем году в реестр не	Запись формируется при посещении ЦЗ. В реестр включаются записи с датой посещения ЦЗ (DATE_2) попадающей в текущий или предыдущий отчетный период (YEAR, MONTH). Записи с датой оказания услуги в предыдущем году в реестр не	Запись формируется для каждого талона амбулаторного пациента. В реестр включаются записи по всем талонам с датой окончания лечения - с датой последнего посещения в талоне (DATE_2) попадающей в текущий или предыдущий отчетный период (YEAR, MONTH). При этом дата остальных посещений может быть ранее отчетного периода. Случаи (талоны) с датой последнего посещения за предыдущий год в реестр не включаются.						Запись формируется для каждого вызова. При наличии подушевого финансирования (SUMMAV>0) и отсутствии случаев лечения, записи не формируются. В реестр включаются записи по всем картам с датой вызова (DATE_2) попадающей в текущий или предыдущий отчетный период (YEAR, MONTH). Карты с датой вызова за предыдущий год в реестр не включаются.		Запись формируется для каждого талона амбулаторного пациента

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь		Амбулаторно-поликлиническая помощь																Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг
					Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры										
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактикой и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактикой и иными целями в стоматологию			Неотложная помощь по стоматологии	Дисп. взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н)(4)	Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н)(5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	Застрахованные другие территории	Застрахованные УР		
												включаются											
			Для всех условий оказания медицинской помощи в реестр включаются записи, отклонённые по результатам медико-экономического контроля, проведённого в СМО или ТФОМС в предыдущем месяце с указанием номера и даты акта МЭК в параметрах ACT_MEK и DATE_MEK.																				
ZAP	N_ZAP	Номер позиции и записи	Размерность увеличена до 8 знаков. Уникален в пределах файла.																				Размерность увеличена до 8 знаков. Уникален в пределах файла. Формируется в СМО.
PATIENT	ID_PAC	Код записи о пациенте	Все значения элемента в файле медицинской помощи должны содержаться в файле персональных данных																				Данные перенесены из реестра в МП
	VPOLIS	Тип ДПФС	Заполняется МО при наличии, корректируется ТФОМС в процессе определения страховой принадлежности																				
	SPOLIS	Серия ДПФС																					
	NPOLIS	Номер ДПФС																					

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь		Амбулаторно-поликлиническая помощь													Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг		
					Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры									
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактикой и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактикой и иными целями в стоматологию			Неотложная помощь по стоматологии	Дисп. взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)		Застрахованные территории	Застрахованные УР
															те ЗАР с основной). 2 этап: по каждому посещению специлиста							
SLUCH	IDCASE	Номер записи в реестре случаев	Должен быть уникальным в пределах одного файла реестра оказанной медицинской помощи. Присваивается в МО и не изменяется при переносе в акты МЭК																			Должен быть уникальным в пределах одного файла реестра оказанной медицинской помощи. Присваивается в СМО

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь			Амбулаторно-поликлиническая помощь														Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг
						Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры								
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактическими и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактическими и иными целями в стоматологию	Неотложная помощь по стоматологии			Диспансеризация взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Диспансеризация детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Диспансеризация детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	Застрахованные другие территорий	Застрахованные УР	
PODR	Код отделения	Код отделения из внутреннего справочника МО			Не обязательно для заполнения. 734 - отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи; 730 - центр здоровья; 095 - приемное отделение стационара; 733 - приемный покой травматологического центра 731 - приёмное отделение сосудистого центра 732 - центр здоровья для детей																Данные переносятся из реестра в МП	
NPR_MO	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию)	Не является обязательным для заполнения						Обязательно для заполнения	Не является обязательным для заполнения													
LPU_1	Подразделение МО	Для юридических лиц поле не заполняется, для участковых больниц и врачебных амбулаторий, входящих в состав юридического лица указывается код МО в кодировке МЗ УР																				
PROFIL	Профиль	V002			Не указывается																	
NHISTORY	Номер истории болезни / талона амбулаторного пациента	Номер карты выбывшего из стационара			Номер талона амбулаторного посещения						Номер амбулаторной карты	Номер талона амбулаторного посещения						Номер карты вызова				

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь			Амбулаторно-поликлиническая помощь												Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг
						Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры						
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактикой и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактикой и иными целями в стоматологию	Неотложная помощь по стоматологии			Дисп. взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	
	DATE_1	Дата начала лечения	Дата госпитализации			Дата посещения						Дата оказания услуги	Дата посещения ЦЗ	1 этап: Дата проведения медицинского мероприятия DATE_I N в элементе USL при CODE_MP=1. Не может быть ранее начала года отчётного периода реестра МП. 2 этап - дата посещения врача-специалиста	Дата проведения медицинского мероприятия DATE_I N в элементе USL при CODE_MP=1. Не может быть ранее начала года отчётного периода реестра МП.	1 этап: Осн.запись - дата посещения врача-педиатра /Доп.записи - дата посещения врача-специалиста; 2 этап - дата посещения врача-специалиста	Дата проведения осмотра	1 этап: Осн.запись - дата посещения врача-педиатра Доп.записи - дата посещения врача-специалиста; 2 этап - дата посещения врача-специалиста	Дата проведения осмотра	Дата вызова
	DATE_2	Дата окончания лечения	Дата выписки/Дата перевода			Дата посещения						Дата оказания услуги	Дата посещения ЦЗ	1 этап: Дата посещения врача-терапевта (Дата проведения медицинского мероприятия DATE_I N в элементе USL при CODE_MP=20) 2 этап -	Дата посещения врача-терапевта (Дата проведения медицинского мероприятия DATE_I N в элементе USL при CODE_MP=20)	1 этап: Осн.запись - дата посещения врача-педиатра /Доп.записи - дата посещения врача-специалиста; 2 этап - дата посещения врача-специалиста	Дата проведения осмотра	1 этап: Осн.запись - дата посещения врача-педиатра Доп.записи - дата посещения врача-специалиста; 2 этап - дата посещения врача-специалиста	Дата проведения осмотра	Дата вызова

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь			Амбулаторно-поликлиническая помощь														Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг
						Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры								
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактическими и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактическими и иными целями в стоматологию	Неотложная помощь по стоматологии			Дисп. взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н)(4)	Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н)(5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	Застрахованные другие территорий	Застрахованные УР	
														дата посещения врача-специалиста		посещение врача-специалиста						
DS1	Диагноз основной	M001		M001 Должен соответствовать выбранному методу ВМП из V019 (поле DIAG)																		
COD E_MESI	Код МЭС	T006. Не является обязательным для заполнения			Не указывается																	
RSLT	Результат обращения/госпитализации	V009									V009 (коды: 312, 316, 317,318,319,346,352-358)	V009 (коды: 343, 344, 345)	V009 (коды: 321, 322, 323, 324, 325,312)	V009 (коды: 332, 333, 334, 335, 336, 312)	V009 (коды: 347,348,349,350,351.312)	V009 (коды: 337,338,339,340,341,312)	V009					
ISHOD	Исход заболевания	V012									V012 (код: 306)			V012								
PRVS	Специальность лечащего врача/	V004, не является обязательным в этих условиях оказания МП			V004						1118	V004										

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь			Амбулаторно-поликлиническая помощь													Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг				
						Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры											
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактической и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактической и иными целями в стоматологию	Неотложная помощь по стоматологии			Диспансеризация взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Диспансеризация детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Диспансеризация детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	Застрахованные другие территории		Застрахованные УР			
		врача, закрытого талон																							
IDSP		Код способа оплаты медицинской помощи	33 – стационарная; 43- стационарозамещающая	33, 43, 13	4	При Р_PR=1 значение поля равно 26. В остальных случаях и при отсутствии Р_PR значения поля равно 29,23			9			28	12	1 этап: Оплата по тарифу законченного случая - 30 Оплата по тарифу услуг - 28 2 этап – 29 (в реестрах)	30	1 этап: Осл.запись - 30 Доп.запись – 11 2 этап – 29, 9	1 этап – Осл.запись -30 Доп.запись – 11 2 этап – 29, 9	1 этап: Осл.запись -30 Доп.запись – 11 2 этап – 29, 9	1 этап: Осл.запись -30 Доп.запись – 11 2 этап – 29, 9	24					
ED_COL		Количество единиц оплаты медицинской помощи	1 при IDSP=33,43	1	Кол-во дней проведения	1				Количество УЕТ. Должно быть равно сумме УЕТ по услугам			1	1	1 этап: при IDSP=30 - 1; при IDSP=28 - кол-во услуг; 2 этап – кол-во посещений	1	1 этап: Осл.запись - 1 Доп.запись - 1 2 этап – кол-во посещений	1 этап - 1 2 этап – кол-во посещений (УЕТ)	1 этап: Осл.запись - 1 Доп.запись - 1 2 этап – кол-во посещений	1 этап - 1 2 этап – кол-во посещений (УЕТ)	1				
TARIF		Тариф	Стоимость госпитализации (SUMV) при IDSP=33,43	Стоимость госпитализации (SUMV)	Стоимость услуги T002	Стоимость посещения, включая стоимость услуг (п.п.2.5.4.3.). При Р_PR=1 стоимость для расчета санкций (п.п.2.5.4.3.)			Стоимость УЕТы			Стоимость услуги T002	T002	1 этап: При IDSP=30 - тариф зак.сл.дисп. 1 этапа При IDSP=28 не заполняется 2 этап – стоимость посещения	тариф зак.сл.пр. оф.осмотра	1 этап: Осл.запись – тариф зак.сл.дисп. 1 этапа Доп.запись - 0; 2 этап – стоимость посещения	1 этап: Осл.запись – тариф зак.сл.пр. офосмотра. 1 этапа Доп.запись - 0; 2 этап – стоимость посещения (T002)	1 этап: Осл.запись – тариф зак.сл.дисп. 1 этапа Доп.запись - 0; 2 этап – стоимость посещения	1 этап: Осл.запись – тариф зак.сл.пр. офосмотра. 1 этапа Доп.запись - 0; 2 этап – стоимость посещения	Стоимость вызова (см.п.п.2.5.10)	В случае тромбоза (ТТ>=1) стоимость случая, иначе норматив финансовых затрат на				

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь		Амбулаторно-поликлиническая помощь													Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг		
					Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры									
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактическими и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактическими и иными целями в стоматологию			Неотложная помощь по стоматологии	Дисп. взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)		Застрахованные другие территорий	Застрахованные УР
														ия 2 этапа							СМП (см.п.п. 2.5.9)	
	SUM V	Сумма, выставленная к оплате	См.п.п.2.5.3			См.п.п.2.5.4.3. При P_PR=1 значения поля равно 0.			См.п.п.2.5.4.3			См.п.п. 2.5.4.4.	См.п.п. 2.5.4.5.	См.п.п.2. 5.4.6., 2.5.4.8.	См.п.п.2. 5.4.6.	См.п.п.2.5.4.7., 2.5.4.8.					Стоимость вызова (см.п.п 2.5.10)	В случае тромболизиса (ТТ>=1) стоимость случая, иначе норматив финансовых затрат на СМП (см.п.п. 2.5.9)
	SUM P	Сумма, принятая к оплате	Если запись, принята к оплате (OPLATA=1) – SUMV, иначе 0																			При принятии к оплате случая тромболизиса (ТТ>=1) – SUMV, во всех остальных случаях 0

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь		Амбулаторно-поликлиническая помощь														Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг
					Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры								
			Клинико-статистическая группа	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактической и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактической и иными целями в стоматологию			Неотложная помощь по стоматологии	Диспансеризация взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Диспансеризация детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Диспансеризация детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	Застрахованные другие территории	
REFREASON	Код причины отказа (частичной) оплаты	T008 Файлы реестров оказанной МП представляемых ТФОМС УР в МО после определения страховой принадлежности содержат коды предварительной проверки данных в ТФОМС																		0	
OPDATA	Тип оплаты	0 – не принято решение об оплате (не используется), 1 – полная оплата, 2 - полный отказ, 3 – частичный отказ (не используется), 5 – полный отказ по результатам повторного МЭК, проведенного ТФОМС УР; 6 - полный отказ по результатам повторного МЭК, проведенного СМО; 7- подлежит оплате по результатам повторного МЭК, проведенного ТФОМС УР; 8- подлежит оплате по результатам повторного МЭК, проведенного СМО;																		1	
COMMENTS	Служебное поле	<TF_IDENT:N>; где N - признак идентификации (не содержится в файлах реестров оказанной МП представляемых ТФОМС УР в МО после определения страховой принадлежности): 0 – сведения не подавались для автоматизированной обработки в ТФОМС УР; 1 – идентифицирован по Региональному сегменту; 2 – идентифицирован по Центральному сегменту 3 – иногородний без идентификации. 4 – не идентифицирован. <KOD_NS:N>; где N – код несчастного случая (ТК09). Указывается при наличии несчастного случая; <DATE_NS:YYYY-MM-DD>; где YYYY-MM-DD – дата несчастного случая. Указывается при наличии несчастного случая; <KOD_UROV:N>; где N – уровень оказания медицинской помощи (ТК03); <VOZ: N.N>; где N – возрастная группа пациента на дату начала лечения. При проведении профилактических осмотров несовершеннолетних до 3-х лет (DCOD = 4) возрастная группа содержит: целая часть содержит количество полных лет, дробная – количество полных месяцев. Для остальных случаев устанавливается число полных лет на дату поступления в стационар, дробная часть при этом не указывается. Поле является обязательным. В файлах реестров оказанной МП представляемых СМО в ТФОМС УР элемент содержит: <SCHET:C>; где C – номер счёта МП; <SCH_DATE:YYYY-MM-DD>; где YYYY-MM-DD – дата счёта МП. <ID:N> - уникальный идентификатор записи случая. Значение присваивается на этапе определения страховой принадлежности в ТФОМС и переносится в файлы реестров, направляемых из МО в СМО и ТФОМС, а также из СМО в ТФОМС. Обязателен для всех файлов реестров кроме файлов, направляемых на идентификацию из МО в ТФОМС. <ACT_MEK:C>; где C – номер акта МЭК (повторного МЭК). <DATE_MEK:YYYY-MM-DD>; где YYYY-MM-DD – дата акта МЭК (повторного МЭК). Параметры заполняются при повторном направлении случая на оплату после отклонения по акту МЭК.																		Данные переносятся из реестра в МП. <R_N_ZAP:N>; > , где N - прежнее значение поля N_ZAP реестра МП МО.; <R_ID_CASE:N>; > , где N - прежнее значение поля IDCASE	

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Амбулаторно-поликлиническая помощь																Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг										
			Стационарная и стационарозамещающая помощь			Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры						Застрахованные другие территории		Застрахованные УР									
						Обращения по заболеванию	Посещение с профилактикой и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологии	Посещение с профилактикой и иными целями в стоматологии	Неотложная помощь по стоматологии			Диспансеризация взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Диспансеризация детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Диспансеризация детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)												
			<p><KDN:N>, где N – количество кой-дней (пациенто-дней), проведенных в стационаре;</p> <p><DS3:N>, где N – сопутствующий диагноз (M001). Заполняется в случае, если в качестве основного диагноза (поле DS1) указан диагноз из группы "Политравма". В остальных случаях не указывается.</p> <p><PNS:N>, где N - "Код причины несчастного случая"(TK09)</p> <p><SPG:N>, где N - "Код способа госпитализации"(TK24)</p>			<p><P_PR:N>, где N - признак прикрепления. Заполняется на этапе определения страховой принадлежности в ТФОМС в соответствии с кодификатором TK58 и переносится в файлы реестров, направляемых из МО в СМО и ТФОМС, а также из СМО в ТФОМС. Обязателен для всех файлов реестров по АМП, для МО, имеющих прикрепленных лиц, кроме файлов, направляемых на идентификацию из МО в ТФОМС.</p> <p><CODE_MO_PR:N>, где N - реестровый номер МО прикрепления. Заполняется на этапе определения страховой принадлежности в ТФОМС в соответствии со справочником F003 и переносится в файлы реестров, направляемых из МО в СМО и ТФОМС, а также из СМО в ТФОМС. Обязателен в случае P_PR=2.</p> <p><VD_CODE:N>, где N - код врачебной должности из справочника T012</p>									0	<p><KOL_POS:N>, где N – количество посещений. Должно содержать 1 для случаев 2 этапа диспансеризации (DSTAD=2). Должно содержать 0 для случаев IDSP=11;</p>						<p><PRB:N>, где N - "Код профиля бригады СМП" (TK11);</p> <p><PV:N>, где N - "Код повода вызова"(TK12);</p> <p><PNS:N>, где N - "Код причины несчастного случая"(TK09)</p> <p><KV:N>, где N - "Код вызова" (TK13);</p> <p><TT:N>, где N - Признак проведения тромболитической терапии (TK63)</p> <p><FOR_POM:N>, где N - Код формы помощи (V014). Принимает значения 1 - Экстренная или 2 - Неотложная.</p>		реестра МП МО.; <R_ID_PAC:C> >, где C - прежнее значение поля ID_PAC реестра МП МО.;							
<p>Обязательно при IDSP=33,43;</p> <p><KSG:C>, где C – код КСГ (T001).</p> <p>Обязательно при IDSP=13:</p> <p><VID_HMP:N>, где N – код вида БМП (V018);</p> <p><METHOD_HMP:N>, где N – код метода БМП (V019);</p> <p><NSTENT:N>, где N – количество коронарных стентов (обязательно для методов БМП, входящих в группы финансовых затрат 27 и 28)</p> <p><VK_N:N>, где N – номер протокола врачебной комиссии. Не обязательно к заполнению.</p> <p><VK_DATE:YYYY-MM-DD>, где YYYY-MM-DD – дата протокола врачебной комиссии. Не обязательно к заполнению.</p> <p><KSG1:C>, где C – код КСГ по основному диагнозу (T001). Обязательно при</p>													<p><DCOD:N>, где N - код диспансеризации (TK06);</p> <p><DSTAD:N>, где N - номер этапа диспансеризации (1,2)</p> <p><SGR:N>, где N – социальная группа (TK10);</p>						<p><DREZ:N>, где N - код результата диспансеризации (V017). Значение должно соответствовать списку допустимых результатов диспансеризации (элемент DREZ кодификатора TK06).</p> <p>В записях по 2 этапу диспансеризации (DSTAD=2) поле заполняется только для кодов специальностей (PRVS) 1122, 1134, 1110. В остальных случаях 2 этапа DREZ=0</p>						<p><KOL_USL_ND:N>, где N - количество медицинских мероприятий, установленных объемом диспансеризации (T010);</p> <p><KOL_USL_R:N>, где N - количество медицинских мероприятий, выполненных ранее вне рамок диспансеризации и учитываемых при диспансеризации;</p> <p><MB:N>, где N - признак выполнения диспансеризации мобильной бригадой (1 - да; 0 - нет)</p>						

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационароразмещающая помощь		Амбулаторно-поликлиническая помощь											Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг		
					Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры							
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактическими и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактическими и иными целями в стоматологию			Неотложная помощь по стоматологии	Дисп. взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)		Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)
			указанном <KSG> <NPAT:N>, где N – количество дней пребывания в отделении патологии беременности. Обязателен для PROFIL=136 <EKO:N> где N –этап проведения ЭКО в соответствии с ТК62. Обязателен для PROFIL=137 <KOD_PRO.C>, где C – код профиля койки в соответствии с ТК60; <DOM:1> - признак оказания стационароразмещающей помощи на дому.									<LGOT:1>, - признак льготной категории и при наличии льготы; Следующие поля указываются только при DSTAD=2: <NPR:N>, где N - признак "направлен на госпитализацию": 1 - круглосуточный стационар; 2-дневной стационар.								
	USL	Сведения об услуге	Хирургические операции, услуга «Уход за ребенком», Услуги гемодиализа, перитонеального диализа, Услуга "Питание"		Услуги перитонеального диализа	Хирургические операции в поликлинике. Не включаются услуги КТ, МРТ		Стоматологические услуги, услуга выезда на дом			Услуги КТ, МРТ	Не заполняется	Медицинские мероприятия, выполненные при диспансеризации, а также ранее вне рамок диспансеризации и учитываемые при диспансеризации. Должны содержать все записи по медицинским мероприятиям из T010 по соответствующему коду диспансеризации (DCOD). Не должны дублироваться по коду медицинского мероприятия (CODE_MP) в рамках		Не заполняется					

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь			Амбулаторно-поликлиническая помощь												Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг
						Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры						
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактикой и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактикой и иными целями в стоматологию	Неотложная помощь по стоматологии			Дисп. взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н)(4)	Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н)(5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	
													одного случая.							
USL	IDSE RV	Номер записи в реестре услуг	Должен быть уникальным в пределах одного файла реестра оказанной медицинской помощи. Присваивается в МО и не изменяется в переносе в акты МЭК и другие реестры.											Должен быть уникальным в пределах одного файла реестра оказанной медицинской помощи. Присваивается в МО и не изменяется в переносе в акты МЭК и другие реестры.						
	DATE_IN	Дата начала оказания услуги	Должны быть равны, и не должны быть ранее даты начала и позднее даты окончания случая											Должны быть равны и не должны быть позднее даты окончания случая. При PVU=1,2,3 содержат даты проведения медицинского мероприятия При PVU=3 должны быть не ранее 1 года до DATE_1 и не позднее её; При PVU=4 в полях устанавливается дата отказа пациента от проведения медицинского мероприятия При PVU=5 поля не заполняются. Для мероприятий с PVU=1,2,4 должны быть в пределах DATE_1 и DATE_2 случая						
	DATE_OUT	Дата окончания оказания услуги																		
	COD E_US	Код услуги	T004					T004, T013			T004			T004						

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь			Амбулаторно-поликлиническая помощь											Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг	
						Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры						
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактикой и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактикой и иными целями в стоматологию	Неотложная помощь по стоматологии			Дисп. взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослого населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н)(4)	Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н)(5)		Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)
L																				
KOL_USL	Количество услуг (кратность услуги)	Количество услуг (операций)	Количество выполненных процедур	Количество хирургических операций			Количество стоматологических услуг данной номенклатуры			Количество услуг МРТ	Количество медицинских мероприятий									
TARIF	Тариф	T002					Тариф УЕТ из T002			T002	T002, При PVU=3,4,5 поле не заполняется									
PRVS	Специальность медработника, выполняющего услугу	V004, не является обязательным в этих условиях оказания МП			V004					1118 - Рентгенология	V004, не является обязательным для заполнения. При PVU=3,4,5 поле не заполняется									
COD_E_MD	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	Не является обязательным для заполнения											Не является обязательным для заполнения. При PVU=3,4,5 поле не заполняется.							

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь			Амбулаторно-поликлиническая помощь														Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг
						Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры								
			Клинико-статистическая группа	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактикой и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактикой и иными целями в стоматологию	Неотложная помощь по стоматологии			Диспансеризация взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Диспансеризация детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Диспансеризация детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	Застрахованные другие территории	Застрахованные УР	
	COM ENTU	Службное поле	<PAR:1;> – признак парности операции. Обязателен для заполнения при выполнении операции на парных органах на обоих органах; <KSG1:N>; где N – код КСГ по операции (T001). <WA:N>; где N- код аборта (TK64) <PERB:N>; где N = 1 - аборт у первобеременной, 2 - нет; <SROK>; где N - срок прерывания беременности из кодификатора TK65;				<ST_CODE:N>; где N - код медицинского мероприятия для статгалона (поле T013); <CEL:N>; где N - код цели посещения при оказании услуги (TK14); <UET:N.N>; где N.N - количество UET.			<URO V:N>; где N - код уровня сложности. Обязателен для заполнения для услуг КТ, МРТ		<CODE_MP:N>; где N - код медицинского мероприятия (T010); <PVU:N>; где N - признак выполнения медицинского мероприятия (TK47); Для CODE_MP=1,20 - PVU = 1;										
Файл персональных данных																						
ZGLV	PERS		Формируется отдельная запись по каждому пациенту реестра. В случае оказания медицинской помощи двум и более детям одного представителя до государственной регистрации рождения формируется отдельная запись на каждого ребёнка с указанием персональных данных представителя. При невозможности указать фамилию, имя, отчество ребёнка в соответствующих полях указывается значение «нет».																	Данные переносятся из реестра в МП.		
PERS	ID_P AC	Код записи о пациенте	Уникален в пределах файла																	Уникален в пределах файла. Присваивается в СМО.		

Корневой элемент	Тэг	Содержание	Стационарная и стационарозамещающая помощь			Амбулаторно-поликлиническая помощь													Скорая медицинская помощь		Реестр внешних услуг
						Поликлиника			Стоматология			Медицинские услуги КТ, МРТ	Центры здоровья	Диспансеризация и медицинские осмотры							
			Клинико-статистические группы	ВМП	Перитонеальный диализ в дневном стационаре	Обращения по заболеванию	Посещение с профилактическими и иными целями	Неотложная помощь по поликлинике	Обращения по заболеванию в стоматологию	Посещение с профилактическими и иными целями в стоматологию	Неотложная помощь по стоматологии			Дисп. взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 №36н) (1)	Проф. медосмотр взрослых населения (Приказ Минздрава РФ от 03.12.2012 №1011н) (3)	Дисп. детей-сирот в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н) (2)	Проф. осмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (4)	Дисп. детей-сирот и детей, (опекаемых) (Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н) (5)	Предварительный медосмотр несовершеннолетних (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н) (6,7,8)	Застрахованные другие территории	
DOC TYPE	Тип УДЛ	Обязательны для заполнения в реестрах медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики. Заполняется в соответствии с F011																		Данные переносятся из реестро в МП.	
DOCS ER	Серия УДЛ																				
DOC NUM	Номер УДЛ																				
COM ENTP	Службное поле	< C_OKSM:N:> , где N – Код страны проживания по справочнику ОКСМ; < RAI_NAME:C:> , где C – Наименование района адреса местожительства; < TOWN:C:> , где C – Наименование населённого пункта адреса местожительства; < HOUSE:C:> , где C – Номер дома адреса местожительства; < KVARTIRA:C:> , где C – Номер квартиры адреса местожительства;																		Данные переносятся из реестро в МП. <R_ID_PAC:C:> , где C - прежнее значение поля ID_PAC реестра МП МО:	

4.1.3 Акт медико-экономического контроля

Акт медико-экономического контроля формируется СМО и ТФОМС УР по форме, установленной приказом ФОМС от 01.12.2010 №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Номер акта имеет следующую структуру

МЭК-R-F-XXXXXX-MMYY-V-PPPP-N

где «МЭК» - постоянный префикс;

R-F-XXXXXX-MMYY-V-PPPP – номер счёта;

N- вид медико-экономического контроля (1-первичный, 2-повторный).

Например:

Номер акта первичного МЭК по счёту № ТП-180001-1011-С-18001 должен быть МЭК-ТП-180001-1011-С-18001-1.

4.1.4 Файл сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи

Файлы представляются в формате XML, и имеют следующее наименование:

ASPPPPPT18_YYMMN.XML и

где

A – константа,

S – параметр, определяющий организацию-отправителя, т.е. СМО,

PPPPP – пятизначный реестровый номер СМО,

T18 – код ТФОМС УР– организация-получатель,

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.

Например, файлы по реестров счетов по МП, оказанной в октябре 2011 года имеют наименование: AS18001T18_11101.XML.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
AS_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	AS	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	SMO	O	T(5)	Реестровый номер СМО	
	DATE_OTCH	O	D	Дата отч. периода	Формат ГГГГ-ММ-01
	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	
	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
AS	LPU	O	T(6)	Реестровый номер МО	
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Заполняется в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (Справочник V006)

KOD_P	O	N(1)	Код показателя	Заполняется в соответствии кодификатором ТК55
PACV	O	N(7)	Предъявлено кол-во пациентов	заполняется на основе реестров счетов (персонифицированных данных)
EDV	O	N(7)	Предъявленные объемы	заполняется на основе реестров счетов (персонифицированных данных): количество койко-дней (для USL_OK=1), пациенто-дней (для USL_OK=2), посещений (для USL_OK=3), вызовов (для USL_OK=4).
YETV	O	N(8.2)	Предъявлено УЕТ	(заполняется только для USL_OK =3)
OPERV	O	N(7)	Предъявлено операций	(заполняется только для USL_OK =3)
SUMV	O	N(14.2)	Сумма средств, выставленная к оплате (руб.)	Заполняется на основе счетов МО
PACP	O	N(7)	Количество пациентов по счетам, принятым к оплате	заполняется на основе реестров счетов (персонифицированных данных), принятых к оплате за отчетный месяц
EDP	O	N(7)	Объемы оказанной медицинской помощи, принятые к оплате	заполняется на основе реестров счетов (персонифицированных данных), принятых к оплате за отчетный месяц
YETP	O	N(8.2)	Принято к оплате УЕТ	(заполняется только для USL_OK =3)
OPERP	O	N(7)	Принято к оплате операций	(заполняется только для USL_OK =3)
SUMP	O	N(14.2)	Сумма средств, принятая к оплате (руб.)	Вычисляется по формуле $SUMP = SUMV - SANK_MEK$
SANK_MEK	O	N(14.2)	Сумма, снятая с оплаты по результатам первичного МЭК	заполняется по результатам первичного МЭК
SANK_MEE	O	N(14.2)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ (по счетам с полным или частичным отказом), заполняется после проведения МЭЭ	Не заполняется
SANK_EKMP	O	N(14.2)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП (по счетам с полным или частичным отказом), заполняется после проведения ЭКМП	Не заполняется
UDERG_MEK	O	N(14.2)	Финансовые удержания по результатам повторного МЭК (по оплаченным ранее счетам)	заполняется по результатам повторного МЭК
ED_MEK	O	N(7)	Уменьшение принятых объемов по результатам	заполняется по результатам повторного МЭК

				повторного МЭК	
	YET_MEK	O	N(8.2)	Уменьшение количества принятых УЕТ по результатам повторного МЭК	(заполняется только для USL_OK =3)
	OPER_MEK	O	N(7)	Уменьшение количества принятых операций по результатам повторного МЭК	(заполняется только для USL_OK =3)
	UDERG_MEE	O	N(14.2)	Финансовые удержания по результатам МЭЭ (по оплаченным ранее счетам)	
	UDERG_EKMP	O	N(14.2)	Финансовые удержания по результатам ЭКМП (по оплаченным ранее счетам)	
	NAC	O	N(14.2)	Начислено ЛПУ с учетом финансовых удержаний	Вычисляется по формуле NAC = SUMP - UDERG_MEK – UDERG_MEE – UDERG_EKMP
	VOZ_VU	O	N(14.2)	Финансовые удержания по внешним услугам, возвращенные в МО	(заполняется только для USL_OK =3)

4.1.5 Файл сведений о финансировании МО

Файл содержит информацию о финансировании МО за оказанную застрахованным гражданам медицинскую помощь.

Файлы представляются в формате XML, и имеют следующее наименование:

FSPPPPPT18_YU MMN.XML и

где

F– константа,

S – параметр, определяющий организацию-отправителя, т.е. СМО,

PPPPP – пятизначный реестровый номер СМО,

T18 – код ТФОМС УР– организация-получатель,

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.

Например, файлы сведений о финансировании МО за октябрь 2015 года имеют наименование: FS18001T18_15101.XML.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
SF_LIST	ZGL	O	S	Заголовок файла	
	SF	OM	S	Данные	
Заголовок файла					
ZGL	SMO	O	T(5)	Реестровый номер СМО	
	DATE_OTCH	O	D	Дата отч. периода	Формат ГГГГ-ММ-01
	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	

	FILENAME	O		Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
SF	LPU	O	T(6)	Реестровый номер МО	
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Заполняется в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (Справочник V006)
	DSMO_BEG	O	N(14.2)	Задолженность СМО по оплате на начало периода	
	SUM_AV	O	N(14.2)	Сумма направленных в МО авансов	
	SUM_OK	O	N(14.2)	Сумма окончательного расчёта с МО	
	SUM_VOZV	O	N(14.2)	Сумма возвращённых средств от МО	
	DSMO_END	O	N(14.2)	Задолженность СМО по оплате на конец периода	
	SUM	O	N(14.2)	Сумма направленных в МО финансовых средств (с учетом возврата)	
	NACH	O	N(14.2)	Сумма, начисленная за медицинскую помощь в отчётном периоде	

Все поля файла должны быть заполнены. Значения полей должны быть равны значениям соответствующих граф формы 28 СМО ТФ.

5 АНКЕТИРОВАНИЕ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

Объект учета	Результаты анкетирования граждан
Отправитель	СМО, Филиалы ТФОМС УР
Получатель	ТФОМС УР
Информационный пакет	<Код организации>_<Отчетный год>_<Код отчетного периода>_<Дата выгрузки>_<Время выгрузки>.RAR;
Состав пакета	-директория идентифицирующая пакет (<Код организации>_<Отчетный год>_<Код отчетного периода>_<Дата выгрузки>_<Время выгрузки>) содержащая файлы: -файл списка выгруженных файлов (<Код организации>_<Отчетный год>_<Код отчетного периода>_files.an3) -файлы анкет (<Код организации>_<Отчетный год>_<Код отчетного периода>_<Код типа анкет>_anks.an3) -файлы ответов на анкеты (<Код организации>_<Отчетный год>_<Код отчетного периода>_<Код типа анкет>_otvs.an3)

СМО и Филиалы ТФОМС УР ежеквартально передают данные в ИД ТФОМС УР о проведенном анкетировании по вопросам защиты прав застрахованных в соответствии с «_____».

Для обработки анкет и формирования отчетов, а также для выгрузки информационного пакета по анкетированию ИД ТФОМС УР передает СМО и Филиалам ТФОМС УР ПК «Анкета» и осуществляет дальнейшее сопровождение, предоставляя обновление программного комплекса в случае изменения требований по анкетированию.

В связи с тем, что ПК «Анкета» передается всем участникам данного взаимодействия, и удовлетворяет всем требованиям, выставляемым ИД ТФОМС УР к информационному обмену по анкетированию, подробная информация о структуре информационного пакета и отчетах формируемых программным комплексом в данном документе описываться не будут.

6 ИНФОРМАЦИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ КОНТРОЛЯ ОБЪЁМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

6.1 Общие положения

В страховых медицинских организациях ведётся база данных медико-экономических экспертиз (МЭЭ) и экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП). Контроль объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи проводится в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230 (в ред. приказа ФФОМС от 16.08.2011 №144) « Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Ежемесячно СМО передают в ТФОМС УР базу данных экспертиз, где формируется общая база данных экспертиз.

Объект учета	Экспертизы
Отправитель	СМО
Получатель	ТФОМС УР
Информационный пакет	EXP<ОГРН СМО>.RAR
Состав файлов	EXP_ACT<ОГРН СМО>.DBF – файл актов медико-экономических экспертиз (МЭЭ) и экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП); EXP_SAN<ОГРН СМО>.DBF – файл выявленных дефектов и сумм финансовых удержаний (санкций) к медицинским организациям по актам; EXP_PLAN<ОГРН СМО>.DBF – файл рекомендаций эксперта для медицинской организации по результатам экспертизы. EXP_CEL<ОГРН СМО>.DBF – файл актов целевой экспертизы МЭЭ и ЭКМП

6.2 Структура файла файл актов МЭЭ и ЭКМП EXP_ACT<ОГРН СМО>.DBF

Номер	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	ЭКМП	МЭЭ
1	EXP_CODE	Char	23	Уникальный код акта медицинской экспертизы	+	+
2	N_ZAP	Num	6	Номер позиции записи	+	+
3	ID_PAC	Char	36	Код записи о пациенте	+	+
4	ACT_CODE	Num	2	Вид акта медицинской экспертизы из кодификатора актов ТК18	+	+
5	USL_OK	Num	2	Условия оказания медицинской помощи (Классификатор V006)	+	+
6	VID_EXP	Num	2	Вид медицинской экспертизы из кодификатора ТК19	+	+
7	LPU	Char	6	Код МО	+	+
8	PODR	N	8	Код отделения	+	+
9	YEAR	Num	4	Отчетный год	+	+
10	MONTH	Num	2	Отчетный месяц	+	+
11	YEAR_R	Num	4	Отчетный год реестра медицинской помощи	+	+
12	MONTN_R	Num	2	Отчетный месяц реестра	+	+

				медицинской помощи		
13	SMO	Char	5	Реестровый номер СМО	+	+
14	EXP_DATE	Date		Дата проведения экспертизы	+	+
15	N_EXPERT	Char	7	Персональный идентификационный код эксперта	+	
16	IDDOKT	Char	50	Код врача закрывшего талон/историю болезни	+	+
17	FAM_P	Char	50	Фамилия	+	+
18	IM_P	Char	50	Имя	+	+
19	OT_P	Char	50	Отчество	+	+
20	DR	Date		Дата рождения пациента	+	+
21	NHISTORY	Char	50	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента	+	+
22	W	Num	1	Полпациента (1–мужской, 2–женский)	+	+
23	SPOLIS	Char	10	Серия полиса ОМС		
24	NPOLIS	Char	20	Номер полиса ОМС	+	+
25	MESTOP	Char	50	Место работы		
26	DS1	Char	10	Диагноз основной	+	+
27	MEC	Num	8	Код медицинского стандарта (обязателен при стац./стац.зам. помощи)	+	+
28	ED_COL	Num	6.2	Количество единиц оплаты медицинской помощи	+	+
29	SUMV	Num	15.2	Сумма, выставленная к оплате	+	+
30	DATE_1	Date		Дата начала лечения	+	+
31	DATE_2	Date		Дата окончания лечения	+	+
32	VID_OBR	Num	1	Вид обращения: 1- планово; 2 – экстренно	+	+
33	ZREKOM	Char	254	Заключение с указанием конкретных дефектов, являющихся причиной отказа(уменьшения)оплаты МП и рекомендации эксперта Обязательно к заполнению при выявлении дефекта МП		
34	PRVS	Num	9	Специальность лечащего врача/врача закрывшего талон Обязательно при амбулаторно-поликлинической помощи.(USL_OK=3 в новом кодификаторе условий оказания медицинской помощи)		
35	DS2	Char	10	Диагноз сопутствующего заболевания		
36	NDOG	Char	30	Номер договора между СМО и МО	+	+
37	DATE_DOG	Date		Дата договора между СМО и МО	+	+
38	SUMMA_FF	Num	15.2	Сумма средств бюджета : 2011 год - Федерального фонда ОМС, после 2011 года – бюджета УР на реализацию РПМ	+	+
39	SUMMA_UR	Num	15.2	Сумма средств ТФОМС на реализацию РПМ	+	+
40	SUMMA_FS	Num	15.2	Сумма средств бюджета ТФОМС УР по ТП при выполнении федерального стандарта (стационар)	+	+
41	SUMP	Num	14.2	Принято к оплате после МЭК	+	+
42	DOP_DOC	Char	254	Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация		

43	NSCHET	Char	15	Номер счета за медицинские услуги	+	+
44	DSCHET	Date		Дата счета за медицинские услуги	+	+
45	SUMP_FF	Num	14.2	Сумма, принятая к оплате по средствам бюджета: 2011 год - Федерального фонда ОМС, после 2011 года – бюджета УР на реализацию РПМ	+	+
46	SUMP_UR	Num	14.2	Сумма, принятая к оплате по средствам бюджета ТФОМС УР на реализацию РПМ	+	+
47	RSLT	Num	3	Результат обращения (Классификатор V009)	+	+
48	SL_OT	Char	30	Служебная отметка		
49	SUMMA_OF	Num	14.2	Сумма средств, предъявленная к оплате по одноканальному финансированию	+	+
50	SUMP_OF	Num	14.2	Сумма средств, принятая к оплате по одноканальному финансированию	+	+
51	VIDPOM	Num	4	Вид медицинской помощи (Классификатор V008)	+	+
52	SUMMA_ST	Num	14.2	Сумма средств, предъявленная к оплате по выплатам стимулирующего характера	+	+
53	SUMP_ST	Num	14.2	Сумма средств, принятая к оплате по выплатам стимулирующего характера	+	+
54	VID_HMP	Char	9	Вид высокотехнологичной медицинской помощи Классификатор (V018)	+	+
55	METOD_HMP	Num	3	Метод высокотехнологичной медицинской помощи Классификатор (V019)	+	+
56	CEL	Num	1	Цель посещения Кодификатор ТК14 (при 2 и более посещениях значение 1, иначе-данные из базы пролеченных)	+	+
57	TT	Num	1	Признак тромбозиса (0-нет,1-да)	+	+
58	DCOD	Num	2	Вид диспансеризацииКодификатор ТК06 (значения от 1 до 11)	+	+
59	DSTAD	Num	2	Этап диспансеризации (значения от 1 до 2)	+	+
60	KDNIN	Num	14.2	Количество единиц медицинской помощи по стационарной (стационарозамещающей), стоматологической помощи		
61	KOL_POS	Num	4	Количество посещений по амбулаторно-поликлинической помощи		
62	PROFIL	Num	3	Профиль случая оказания		

				медицинской помощи (Кодификатор V002)		
63	TARIF	Num	15.2	Тариф медицинской услуги		
64	P_PR	Num	2	Признак прикрепления		
65	CODE_MO_PR	Char	6	Реестровый номер медицинской организации прикрепления		
66	IDSP	Num	2	Способ оплаты медицинской помощи		
67	KDN	Num	8	Количество единиц стационарной (стационарозамещающей) медицинской помощи		
68	FILENAME	Char	20	Наименование файла сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, сформированный по результатам медико-экономического контроля в страховой медицинской организации (СМО) и направленный в ТФОМС УР		
69	KSG	Char	20	Код клинико-статистической группы		
70	USL_GR	Num	5	Код группы медицинских услуг при применении томографии (1 , применение магнито-резонансной томографии - 2)		
71	PR_PRED	Num	1	Признак предъявления к оплате медицинской организацией в СМО случая медицинской помощи (1 – случай предъявлялся, 0 - не предъявлялся)		

Если дата реестра оказанной медицинской помощи ранее октября 2011 года (поля YEAR_R и MONTH_R файла EXP_ACT) то:

- Поля N_ZAP , ID_PAC файла EXP_ACT заполняются 0.

- Если медицинская помощь оказана в поликлинике, то поле SUMV файла EXP_ACT заполняется из поля SUMMA (сумма на оплату по территориальной программе) базы пролеченных больных по поликлинике, поля SUMMA_UR, SUMMA_FF файла EXP_ACT заполняются соответственно из полей SUMMA_UR, SUMMA_FF базы пролеченных больных по поликлинике.

- Если медицинская помощь оказана в стационаре, то поле SUMV файла EXP_ACT заполняется из поля SUMMA (сумма на оплату по территориальной программе). Если поле FS базы пролеченных больных в стационаре > 0, то поле SUMMA_UR заполняется из поля SUMMA (сумма на оплату по территориальной программе) базы пролеченных больных по стационару. Эта сумма так же учитывается также как сумма средств ТФОМС УР на реализацию региональной программы модернизации (РПМ). Поле SUMMA_FF файла EXP_ACT заполняется соответственно из поля SUMMA_FF базы пролеченных больных по стационару.

Если дата реестра оказанной медицинской помощи равна октябрю 2011 года (поля YEAR_R и MONTH_R файла EXP_ACT) и позже то:

- Поля N_ZAP, ID_PAC, NSHET, DSCHET файла EXP_ACT заполняются значениями из соответствующих полей записи базы сведений об оказанной медицинской помощи по Территориальной программе ОМС (значение поля KOD_P=1) .

- Если медицинская помощь оказана в поликлинике, то поле SUMV файла EXP_ACT заполняется значением поля SUMV (сумма на оплату по территориальной программе) соответствующей записи базы сведений об оказанной медицинской помощи по

Территориальной программе ОМС (значение поля KOD_P=1) , поля SUMMA_UR, SUMMA_FF файла EXP_ACT заполняются значениями полей поля SUMMA_UR, SUMMA_FF записи базы сведений об оказанной медицинской помощи в части по реализации РПМ (значение поля KOD_P=2) .

- Если медицинская помощь оказана в стационаре, то поле SUMV файла EXP_ACT заполняется значением поля SUMV (сумма на оплату по территориальной программе) соответствующей записи базы сведений об оказанной медицинской помощи по Территориальной программе ОМС (значение поля KOD_P=1) . Поле SUMMA_FF файла EXP_ACT (сумма средств ФОМС на реализацию РПМ) заполняется значением поля SUMV соответствующей записи базы сведений об оказанной медицинской помощи по Территориальной программе ОМС (значение поля KOD_P=2). Поле SUMMA_FS (Сумма средств бюджета ТФОМС УР по ТП при выполнении федерального стандарта(стационар)) заполняется значением поля SUMMA_FS соответствующей записи базы сведений об оказанной медицинской помощи по Территориальной программе ОМС (значение поля KOD_P=1).

Финансовые средства по одноканальному финансированию медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования (предъявленные к оплате, принятые к оплате, снятые с оплаты) учитываются, в том числе, по разделу «по программе модернизации» отчетных форм контроля количества и качества оказанной медицинской помощи страховых медицинских организаций (СМО) в ТФОМС УР. Это касается случаев медицинской помощи по которым СМО отчитались в 2012 году.

Суммы по одноканальному финансированию (предъявленные и принятые) отражаются значениями полей SUMMA_OF и SUMP_OF файла EXP_ACT пакета файлов экспертиз .

Для получения общей суммы по программе модернизации по конкретному случаю оказания медицинской помощи значение поля SUMMA_OF прибавляется к значениям полей SUMMA_UR, SUMMA_FF. При этом поле SUMMA_FS должно быть равно 0. Если поле SUMMA_FS>0 то общая сумма по модернизации равна сложению полей SUMMA_UR, SUMMA_FF, SUMMA_FS (в этом случае значение поля SUMMA_OF является составной частью SUMMA_FS). Поля отражающие стоимостные величины могут принимать значение 0 но не NULL.

6.3 Структура файла дефектов и сумм финансовых удержаний (санкций) EXP_SAN<ОГРН СМО>.DBF

Номер	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	EXP_CODE	Char	23	Код акта медицинской экспертизы
2	REFREASON	Num	3	Код финансовых удержаний из справочника
3	SUMMA	Num	14.2	Сумма отказа от оплаты (фин. санкции)
4	PRIZNAK	Num	1	Признак (1 – финансовое удержание, 2 – финансовая санкция , 3 – дефект без финансовых удержаний (снятий))
5	ED_SAN	Num	6.2	Количество снятых позиций по медицинской помощи
6	LEK	Num	2	Нарушения при назначении и применении лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи (ТК46)

EXP_CODE – уникальный ключ экспертизы формируется программным путем в СМО и имеет вид:

<KKKKKKSSYYMMCXXXXXXXXXNN>,

где KKKKKK - код МО;
SS- параметр, определяющий СМО. Заполняется 4-5 символом реестрового номера СМО;
YY – отчетный год экспертизы;
MM – отчетный месяц экспертизы;
С– вид акта медицинской экспертизы (Кодификатор ТК18);
XXXXXXXX – номер истории болезни (стационар или стац. зам.), статистического талона амбулаторного пациента (поликлиника), при оформлении штрафных санкций к МО (код акта 3) заполняется символами «0»;
NN- порядковый номер экспертизы за отчетный период.

6.4 Структура файла рекомендаций эксперта для медицинской организации по результатам экспертизы EXP_PLAN<ОГРН СМО>.DBF

Номер	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	SMO	Char	5	Реестровый номер СМО
2	YEAR	Num	4	Отчетный год
3	MONTH	Num	2	Отчетный месяц
4	LPU	Char	6	Код МО
5	N_EXPERT	Char	7	Персональный идентификационный код эксперта
6	ACT_CODE	Num	2	Вид акта медицинской экспертизы (кодификатор актов медицинской экспертизы)
7	N_ACT	Char	15	Номер акта экспертизы
8	DATE_ACT	Date		Дата акта экспертизы
9	ITOG_PLAN	Char	254	Выводы (заключение для МЭЭ) эксперта
10	REK_PLAN	Char	254	Рекомендации эксперта

6.5 Структура файла актов целевых и тематических ЭКМП EXP_CEL<ОГРН СМО>.DBF

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Экспертиза целевая/ тематическая	Признак обязат. заполнения поля при целевой ЭКМП	Признак обязат. заполнения поля при ЭКМП по тематике, определённым решением Координационного совета	Признак обязат. заполнения поля при целевых и тематических МЭЭ
1	EXP_CODE	Char	23	Уникальный код	Целевая,	+	+	+

				акта медицинской экспертизы	тематическая			
2	N_POR	Char	10	Номер поручения по которому проводилась экспертиза	Целевая			
3	DATA_POR	Date		Дата поручения	Целевая			
4	PRICH	Char	100	Причина целевой экспертизы	Целевая	+		
5	ADR	Char	100	Адрес застрахованного лица	Целевая, тематическая	+		
6	DS_MO	Char	254	Диагноз медицинской организации	Целевая	+		
7	ITOG_CEL	Char	254	Выводы эксперта	Целевая	+		
8	REK_CEL	Char	254	Рекомендации эксперта	Целевая	+		
9	N_KD	Num	3	Неоплачиваемы х койко-дней, посещений	Целевая	+		
10	SUMMA_OP L	Num	14.2	Сумма подлежащая оплате	Целевая	+	+	+
11	OTD1_BEG	Date		Начало лечения в 1 отделении	Целевая, тематическая			
12	PODR 1	Num	8	Код 1 отделения	Целевая, тематическая	+		
13	PODR 2	Num	8	Код 2 отделения	Целевая, тематическая			
14	PODR	Num	8	Код 3 отделения (отделения выписки)	Целевая			
15	OTD1_END	Date		Конец лечения в 1 отделении	Целевая, тематическая			
16	OTD2_BEG	Date		Начало лечения во 2 отделении	Целевая, тематическая			
17	OTD2_END	Date		Конец лечения во 2 отделении	Целевая, тематическая			
18	OTD3_BEG	Date		Начало лечения в 3 отделении	Целевая			
19	OTD3_END	Date		Конец лечения в 3 отделении	Целевая			
20	POSTUP	Num	1	Поступление (кодификатор TK20)	тематическая		+	
21	DATA_NAP	Date		Дата направления	тематическая		+	
22	PR_TIME	Num	1	Признак своевременност и госпитализации (кодификатор TK21)	тематическая		+	
23	NAP_GOSP	Num	1	Направление на госпитализацию	тематическая		+	

				(кодификатор TK22)				
24	POST_IS	Num	1	Поступил (кодификатор TK23)	целевая тематическая	+	+	
25	DOST	Num	1	Доставлен (кодификатор TK24)	тематическая		+	
26	OBSLED	Num	1	Обследован до госпитализации(1-да , 2-нет)	тематическая		+	
27	PR_GOSP	Num	1	Причина несвоеременно й госпитализации (кодификатор TK25)	тематическая		+	
28	ST_POST	Num	1	Состояние при поступлении (кодификатор TK26)	тематическая		+	
29	PR_T_ST	Num	1	Причина тяжелого состояния (кодификатор TK27)	тематическая		+	
30	ISXOD_SL	Char	30	Исход случая	целевая, тематическая	+	+	
31	OPER	Char	100	Операция	целевая, тематическая			
32	DATA_OPER	Date		Дата операции	целевая, тематическая			
33	SVR_OPER	Num	1	Признак своевременност и операции (кодификатор TK21)	тематическая			
34	DS_KL_OSN	Char	254	Диагноз клинический заключительный –основной (Код МКБ-10)	целевая, тематическая	+	+	+
35	DS_KL_OSL	Char	254	Диагноз клинический заключительный –осложнение (Код МКБ-10)	целевая, тематическая			
36	DS_KL_SOP	Char	254	Диагноз клинический заключительный – сопутствующий (Код МКБ-10)	целевая, тематическая			
37	DS_PAT_OS N	Char	254	Диагноз патологоанатом и-ческий – основной (Код МКБ-10)	целевая, тематическая		+	
38	DS_PAT_OS L	Char	254	Диагноз патологоанатом и ческий –	целевая, тематическая		+	

				осложнение (Код МКБ-10)				
39	DS_PAT_SOP	Char	254	Диагноз патологоанатом и-ческий сопутствующий (Код МКБ-10)	целевая, тематическая			
40	SBOR_INFO	Char	254	Сбор информации	целевая, тематическая	+	+	
41	OBSL_OBM	Num	1	Признак объема обследования (кодификатор TK28)	тематическая		+	
42	OBSL_NIS	Char	254	Невыполненные исследования, причины невыпо лнения	тематическая			
43	OBSL_SVR	Num	1	Признак своевременност и обследования (кодификатор TK21)	тематическая		+	
44	OBSL_SRT	Num	1	Признак соответствия стандарту обследования (кодификатор TK29)	тематическая		+	
45	OBSL_NEP	Char	254	Причины невыполнения обследования	тематическая			
46	SBOR_OB	Char	254	Обоснование негативных следствий ошибок в сборе информации	целевая, тематическая			
47	DS_EXP_OS N	Char	254	Диагноз эксперта- основной	целевая, тематическая	+	+	
48	DS_EXP_OS L	Char	254	Диагноз эксперта – осложнение	целевая, тематическая	+	+	
49	DS_EXP_SOP	Char	254	Диагноз эксперта сопутствующий	целевая, тематическая			
50	DS_OBM	Num	1	Признак объема постановки диагноза (кодификатор TK28)	тематическая		+	
51	DS_NED	Char	254	Недостающие элементы диагноза, что повлияло на лечение (стадия, фаза, локализация, нарушение функций, осложнения)	тематическая			
52	DS_SVR	Num	1	Признак своевременност	тематическая		+	

				и постановки диагноза (кодификатор ТК21)				
53	DS_MKB	Num	1	Признак соответствия диагноза МКБ10 (1- соответствует, 2-не соответствует , 3-диагноз не установлен)	тематическая			
54	DS_NUS	Char	254	Причины отсутствия диагноза	тематическая			
55	DS_EXP_OB	Char	254	Обоснование негативных последствий ошибок в диагнозе	целевая, тематическая			
56	LECH	Char	254	Лечение	целевая, тематическая	+	+	
57	LECH_ST	Num	1	Признак проведения лечения (кодификатор ТК29)	тематическая		+	
58	LECH_NLM	Char	254	Невыполненные лечебные мероприятия, причины невыполнения	тематическая			
59	LECH_SVR	Num	1	Признак своевременност и проведения лечения (кодификатор ТК21)	тематическая		+	
60	LECH_NEP	Char	254	Причины невыполнения лечения	тематическая			
61	LECH_OB	Char	254	Обоснование негативных последствий ошибок в лечении	целевая, тематическая			
62	PREEM	Char	254	Преимущество	тематическая		+	
63	PLI_OBM	Num	1	Признак объема обследования в поликлинике (кодификатор ТК28)	тематическая			
64	PLI_NIS	Char	254	Невыполненные исследования в поликлинике, причины невыполнения	тематическая			
65	PLECH_OB	Num	1	Признак объемов проведения	тематическая			

				лечения в поликлинике (кодификатор ТК28)				
66	PLECH_NM	Char	254	Невыполненные лечебные мероприятия в поликлинике, причины невыполнения	тематическая			
67	PLECH_NL	Char	254	Причины невыполнения лечения в поликлинике	тематическая			
68	PLECH_NP	Num	1	Неотложная помощь(1-да,2- нет)	тематическая		+	
69	PLECH_DR	Num	1	Диспансерное наблюдение(1- да,2-нет)	тематическая		+	
70	PLECH_SZ	Num	1	Посещение школ здоровья в поликлинике(1- да,2-нет)	тематическая		+	
71	SMP_VZ	Num	1	Вызов пациентом СМП сделан (1-в ранние сроки, 2- поздние сроки)	тематическая			
72	SMP_SO	Num	1	Сроки ожидания приезда СМП из кодификатора (ТК30)	тематическая		+ (при заполн. стр. 71)	
73	SMP_DS	Char	10	Диагноз СМП	тематическая			
74	SMP_LDM	Num	1	Выполнение лечебно- диагностических мероприятий СМП (кодификатор ТК21)	тематическая			
75	SMP_ST	Num	1	Соответствие СМП стандарту (кодификатор ТК29)	тематическая			
76	SMP_NM	Char	254	Невыполненные мероприятия при оказании СМП	тематическая			
77	SMP_NL	Char	254	Причины неоказания СМП	тематическая			
78	PREEM_OB	Char	254	Обоснование негативных последствий ошибок в преемственност и лечения	целевая, тематическая			
79	ZAKL_EXP	Char	254	Заключение эксперта	целевая, тематическая	+	+	
80	ZAKL_PSV	Num	1	Признак своевременност	тематическая		+	(при заполн.

				и оказания АМП (кодификатор ТК21)			стр. 63,65)	
81	ZAKL_PAD	Num	1	Признак адекватности оказания АМП (кодификатор ТК31)	тематическая			
82	ZAKL_PNM	Char	254	Причины несвоеременно сти и неадекватности при оказании АМП	тематическая			
83	ZAKL_SPS	Num	1	Признак своевременност и оказания СМП (кодификатор ТК21)	тематическая		+ (при заполн. стр. 71)	
84	ZAKL_SPA	Num	1	Признак адекватности оказания СМП (кодификатор ТК31)	тематическая			
85	ZAKL_SPN	Char	254	Причины несвоеременно сти неадекватности при оказании СМП	тематическая			
86	ZAKL_SSV	Num	1	Признак своевременност и оказания МП в стационаре (ДС) (кодификатор ТК21)	тематическая		+	
87	ZAKL_SAD	Num	1	Признак адекватности оказания МП в стационаре (ДС) (кодификатор ТК31)	тематическая		+	
88	ZAKL_SNM	Char	254	Причины несвоеременно сти и неадекватности при оказании МП в стационаре (ДС)	тематическая			
89	PREEMST	Num	1	Соблюдение преемственност и лечения (1- да,2-нет)	тематическая		+	
90	PROT_VS	Num	1	Протокол вскрытия (1- есть,2-нет)	тематическая		+	
91	NAST_SM	Num	1	Наступление смерти от начала (кодификатор ТК21)	тематическая		+	
92	ISHOD_SM	Num	1	Смертельный	тематическая		+	

				исход (кодификатор ТК33)				
93	RAS_KLPT	Num	1	Расхождение клинического и патологического диагнозов(1- есть,2-нет)	тематическая			
94	ZNACH_OSH	Char	254	Наиболее значимые ошибки (если ошибки есть)	Целевая, тематическая	+	+	
95	N_ACT	Char	15	Номер акта экспертизы	Целевая			
96	OSL_OB	Num	1	Осложнения обусловлены (ТК 44)	Целевая			
97	PREEM_OBP	Char	254	Преимущество б. Обоснованность поступления.	Целевая	+		
98	PREEM_DL	Char	254	Преимущество б. Длительности лечения.	Целевая	+		
99	PREEM_PRV D	Char	254	Преимущество б. Перевод.	Целевая	+		
100	PREEM_REK	Char	254	Преимущество б. Содержание рекомендаций при выписке.	Целевая	+		
101	DLIT_ZABO L	Char	254	Длительность заболевания	Целевая тематическая			+
102	DOP_UCH_D K	Char	254	Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация	Целевая тематическая			

7 УЧЁТ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН

Информационное взаимодействие участников ОМС в сфере учёта обращений граждан осуществляется в соответствии с «Общими принципами в построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования (в редакции приказа ФОМС от "09" сентября 2016 г. № 169).

Обмен информацией между СМО и ТФОМС УР организован в пакетном режиме, т.е. СМО и ТФОМС УР осуществляют обмен данными методом передачи, приемки и обработки информационных посылок, содержащих файлы с изменениями и файлы подтверждения и/или отклонения изменений. Состав, структура, порядок расположения, размерность, именование и правила заполнения полей файлов информационных посылок определены в Приложении И Общих принципов.

7.1 Требования к информационному обмену по учету обращений граждан

Информация о поступивших и/или рассмотренных обращениях и жалобах от граждан и результатах работы с ними передаётся от СМО в ТФОМС и из ТФОМС в СМО ежедневно при наличии сведений.

Информационный обмен осуществляется с использованием информационных файлов в формате XML.

Информационные файлы передаются в формате XML с кодовой страницей Windows-1251.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP (расширение архива ZIP).

Имя файла данных формируется по следующему принципу:

G1R_MMYDDNNNN.XML, где:

G1 – константа;

R – идентификатор отправителя: реестровый номер СМО или Код субъекта РФ для ТФОМС;

MMYYDD –месяц, год и день направления сведений;

NNNN – порядковый номер направления файла в указанный день («0001» для ежедневного отчёта СМО).

Состав отчётного пакета представлен в таблице 1.

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. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо G1 указывается G2. Структура файла приведена в таблице 2.

Файлы XML должны строиться на основе элементов (тегов), использование атрибутов не допускается.

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

Символ	Способ кодирования
двойная кавычка ("")	";
одинарная кавычка (')	';
левая угловая скобка ("<")	<;
правая угловая скобка (">")	>;
амперсant ("&")	&;

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.

В столбце «Дополнительная информация» указываются правила заполнения элементов.

Прямым шрифтом выделены фрагменты имён файлов, включающиеся в явном виде.

7.2 Структура файл с информацией о поступивших обращениях граждан

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
корневой элемент (сведения об обращениях граждан)					
IRP_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	IRP	OM	S	Обращения	Сведения об обращениях в данном отчетном периоде
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	1.0
	DATA	O	D	Дата формирования	
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	Заполняется в соответствии с отчетным периодом
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	
	DAY	O	N(2)	Дата (день)	
	TIME	Y	T(7)	Время	Заполняется при перенаправлении обращения из ТФОМС в СМО.
	SMO	O	T(5)	СМО	Реестровый номер СМО (В соответствии с классификатором F002)
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Сведения об обращениях					
IRP	N_IRP	O	T(36)	Уникальный номер обращения	В формате R_YYMMDD_NNNNNNN

					‘R’ - идентификатор отправителя: реестровый номер СМО или Код субъекта РФ для ТФОМС ‘YYMMDD’ - год, месяц и день поступления обращения ‘NNNNNNN’ - порядковый номер обращения (является уникальным для каждого обращения внутри СМО). ‘_’ – символ-разделитель
TF_ID	Y	T(36)	Идентификатор обращения в ТФОМС	Указывается при перенаправлении обращения из ТФОМС в СМО, а также при отчёте по таким обращениям от СМО.	
IRP_TYPE	O	N(1)	Вид обращения (в кодировке ФФОМС)	Код категории обращения в соответствии с ТК35 – поле FR_CODE. Проставляется автоматически в соответствии с заполненным полем TF_IRP_TYPE	
TF_IRP_TYPE	O	N(3)	Вид обращения (в кодировке ТФОМС УР)	Код категории обращения в соответствии с ТК35 – поле CODE	
DATE_CREATE	O	D	Дата поступления		
TIME_CREATE	Y	T(5)	Время поступления		
WAY	O	N(1)	Источник поступления	1 – Напрямую от заявителя 2 – ФОМС; 3 – Иной федеральный орган исполнительной власти; 4 – Территориальный орган исполнительной власти; 5 – Иная организация.	
WAY_N	Y	T(250)	Наименование организации поступления	Заполняется в случае письменного обращения от источников 3-5.	
HOW	O	N(1)	Способ обращения (в кодировке ФФОМС)	Код типа обращения в соответствии с ТК34 – поле FR_CODE. Проставляется автоматически в соответствии с заполненным полем TF_HOW	
TF_HOW	O	N(3)	Способ обращения (в кодировке ТФОМС УР)	Код типа обращения в соответствии с ТК34 – поле CODE	
THEME	O	T(7)	Тема обращения (в кодировке ФФОМС)	Код вида обращения в соответствии с ТК36 – поле FR_CODE. Проставляется автоматически в соответствии с заполненным полем TF_THEME	
TF_THEME	O	N(3)	Тема обращения (в кодировке ТФОМС УР)	Код вида обращения в соответствии с ТК36 – поле CODE.	
NOTE	Y	T(100)	Пояснение по виду обращения	Пояснение по виду обращения, заполняется в случае выбора пунктов вида обращения «другое» или	

					«прочие причины», или если выбрана категория предложение.
	MCOD_REG	Y	T(7)	Реестровый номер МО, в котором проводилась консультация	Реестровый номер МО, в котором проводилась консультация, согласно справочника ЛПУ. Заполняется в случае, если поле TF_HOW равно 4 или 5 в соответствии с F003
	TEXT	Y	T(1000)	Содержание обращения	Может не заполняться для устных Консультаций (за исключением Консультаций с темой «Другое»).
	ZH_D	Y	T(3)	Сведения о жалобе	Заполняется в случае Жалобы. 1-Обоснованная 1.1-Обоснованная, удовлетворенная в досудебном порядке 1.2-Обоснованная, удовлетворенная в судебном порядке 2-Необоснованная
	ZH_SV	Y	S	Информация о рассмотрении жалобы	Обязательно заполняется в случае жалобы
	OTV_T	O	N(1)	Организация, ответственная за работу с обращением	1 - ТФОМС; 2 - СМО; 3 - ТФОМС (аутсорсинг); 4 - СМО (аутсорсинг).
	OTV_KON	O	T(8)	Код организации, ответственной за работу с обращением	Двухзначный код для ТФОМС, реестровый номер для СМО, код организации из регионального справочника для случаев аутсорсинга.
	EMPLOYEE_1	O	T(36)	Сотрудник, принявший обращение	Выбирается из справочника. Не заполняется при перенаправлении обращения из ТФОМС в СМО.
	EMPLOYEE_IT	Y	T(36)	Сотрудник, ответственный за работу с обращением	
	LVL_EMPLOYEE_1	O	N(1)	Линия принятия обращения	1 – ОП1 2 – ОП2 3 – СП1 4 – СП2 5 – СП3 6 – Администратор (или иной сотрудник ТФОМС)
	LVL_EMPLOYEE_IT	Y	N(1)	Линия рассмотрения обращения	Заполняется в случае маршрутизации обращения на специалиста другого уровня. 1 – ОП1 2 – ОП2 3 – СП1 4 – СП2 5 – СП3 6 – Администратор (или иной сотрудник ТФОМС)
	Z_SV	Y	S	Сведения о заявителе	Обязательно заполняется в случае жалобы
	IN_SV	Y	S	Сведения о лице, в	Обязательно заполняется в

				отношении которого поступило обращение	случае жалобы
	Z_COMM	O	S	Информация о дополнительной коммуникации с заявителем	
	DATA_PLAN	O	D	Дата окончания срока рассмотрения обращения	Указывается в соответствии с плановым сроком рассмотрения обращений.
	DATE_CLOSE	Y	D	Дата закрытия обращения	Фактическая дата закрытия обращения.
	RESULT	Y	N(1)	Исход обращения	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 Должно быть заполнено, при заполненной дате закрытия обращения
	PRINMER	Y	T(254)	Принятые меры	Не обязательно, при консультации
	SEND_PRICH	Y	T(100)	Причины перенаправления в другую организацию	Куда, в какую организацию, и по какой причине обращение было перенаправлено. Заполняется если поле RESULT = 7
Сведения о заявителе					
Z_SV	Z_F	Y	T(40)	Фамилия	
	Z_I	Y	T(40)	Имя	
	Z_O	Y	T(40)	Отчество	
	Z_DR	Y	D	Дата рождения заявителя	
	Z_ENP	Y	T(16)	ЕНП	
	Z_SMO	Y	T(5)	Страховая принадлежность	Указывается реестровый номер СМО (F002).
	Z_DOCTYPE	Y	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность	F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».
	Z_DOCSER	Y	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность	
	Z_DOCNUM	Y	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность	
	ADR	Y	T(120)	Адрес заявителя	
	PHONE	Y	T(20)	Телефон заявителя	
	E-MAIL	Y	T(50)	Адрес электронной почты заявителя	
Сведения о лице, в отношении которого поступило обращение					
IN_SV	IN_F	Y	T(40)	Фамилия	
	IN_I	Y	T(40)	Имя	
	IN_O	Y	T(40)	Отчество	
	IN_DR	Y	D	Дата рождения заявителя	

	IN_ENP	Y	T(16)	ЕНП	
	IN_SPOL	Y	T(20)	Серия полиса ОМС	
	IN_NPOL	Y	T(20)	Номер полиса ОМС	
	IN_SMO	Y	T(5)	Страховая принадлежность	Указывается реестровый номер СМО (F002).
	IN_DOCTYPE	Y	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность	F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».
	IN_DOC SER	Y	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность	
	IN_DOC NUM	Y	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность	
Информация о дополнительной коммуникации с заявителем					
Z_COMM	Z_CB	O	N(3)	Необходимость обратного звонка	0 – обратный звонок не требуется 1 – требуется обратный звонок 2 – обратный звонок совершен
	Z_WA	O	N(3)	Необходимость письменного ответа	0 – письменный ответ не требуется 1 – требуется письменный ответ 2 – письменный ответ дан
	Z_WA_TYPE	Y	N(3)	Тип письменного ответа	Обязателен при Z_WA>0 1 – По почте 2 – E-mail 3 – По почте + E-mail
Информация о рассмотрении жалобы					
ZH_SV	ZH_MCOD	O	T(7)	Код ЛПУ, на которое поступила жалоба	Код ЛПУ, на которое поступила жалоба соответствии с F003. Если ЛПУ др. субъекта РФ указывается код «000001». Если это частная клиника, не участвующая в системе ОМС, то код «000002»
	ZH_LPU_NAME	Y	T(254)	Наименование ЛПУ	Наименование ЛПУ, заполняется в случае, если жалоба поступила на ЛПУ др. субъекта РФ или на частную клинику, не участвующую в системе ОМС
	ZH_EXPZ_ID	O	N(3)	Проводившиеся экспертизы	Код проводившихся экспертиз в соответствии с ТК39
	ZH_PIC	Y	T(7)	Врач-эксперт	Код врача-эксперта, согласно справочнику врачей-экспертов. Заполняется, если была проведена ЭКМП.
	ZH_NOTICE_ET	Y	N(1)	Уведомление о продлении срока рассмотрения обращения	Признак направления уведомления о продлении срока рассмотрения обращения. 0 – уведомление не направлялось (продление срока не требуется) 1 – Направлено уведомление

					о продлении срока рассмотрения обращения (допускается при проведении экспертиз)
	ZH_SUMMA_V OZM	Y	N(14,2)	Сумма, возмещенная пациенту	
	Z_SFNN	Y	N(3)	Удовлетворённость заявителя	Код результата рассмотрения жалобы в соответствии с ТК38

7.3 Структура файла протокола ошибок ФЛК

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
FLK_P	FNAME	O	T(24)	Имя файла протокола ФЛК	
	FNAME_I	O	T(24)	Имя исходного файла	
	PR	NM	S	Причина отказа	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках.
Причины отказа					
PR	OSHIIB	O	N(3)	Код ошибки	В соответствии с классификатором Q004. Либо константа «999», означающая, что ошибка связана с проверками соответствия требованиям ТФОМС
	TF_ERR_CODE	Y	N(5)	Код ошибки согласно проверкам по региональным требованиям	Обязательное заполнение при OSHIB=999
	IM_POL	Y	T(20)	Имя поля	Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	BAS_EL	Y	T(20)	Имя базового элемента	Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка.
	N_ZAP	Y	T(36)	Номер обращения	Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка.
	COMMENT	Y	T(250)	Комментарий	Описание ошибки.

8 УЧЁТ ПРИКРЕПЛЁННОГО НАСЕЛЕНИЯ

Информационное взаимодействие участников ОМС в сфере ведения учёта прикрепленного населения осуществляется в соответствии с Приказом МЗ УР и ТФОМС УР «Об утверждении регламента учета прикрепления застрахованных лиц для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики» от 4.08.2015 №322/267 (далее Регламента).

8.1 Требования к файлам информационного обмена

Наименование файлов, использующихся для информационного обмена между МО и ТФОМС при учёте прикрепленного населения, имеет вид:

XPiNiPpNr_YYMMN_V_I.XML,

и должны быть упакованы в архив формата ZIP

XPiNiPpNr_YYMMN.ZIP,

где

X - параметр, обозначающий передаваемые данные:

PN – Файл сведений о прикреплении застрахованных лиц, передаваемый из МО в ТФОМС УР в соответствии с п.п.4.11. Регламента;

FN – Файл форматно-логического контроля сведений о прикреплении, направляемый из ТФОМС УР в МО по результатам обработки файла сведений о прикреплении в соответствии с п.п.4.13. Регламента;

UN – Файл уведомлений о подтверждении/отказе прикрепления, направляемый из ТФОМС УР в МО по результатам обработки файла сведений о прикреплении в соответствии с п.п.4.15. Регламента.

ON – Файл уведомлений об откреплении, направляемый из ТФОМС УР в МО в соответствии с п.п.4.15. Регламента.

NN – Файл уведомлений о прикреплении застрахованных лиц, не прикрепленных к МО, направляемый из ТФОМС УР в МО в соответствии с п.п.4.18. Регламента.

Pi - Параметр, определяющий организацию-источник:

T - ТФОМС; S - СМО; M-МО.

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

Pp - Параметр, определяющий организацию -получателя:

T-ТФОМС; S - СМО; M-МО.

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

YY - две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM — порядковый номер месяца отчетного периода:

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

V – количество файлов в пакете. Пакет может состоять из нескольких файлов.

I – порядковый номер файла в пакете.

Например, файлы пакета PNM180012T18_15111.ZIP, состоящего из 10 файлов, имеют наименования:

PNM180012T18_15111_10_1.XML,

PNM180012T18_15111_10_2.XML

...

PNM180012T18_15111_10_10.XML

Если пакет состоит из одного файла, то наименование имеет вид, например: PNM180012T18_15111_1_1.XML

При приёме файла сведений в ТФОМС производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

- соответствия имени архивного файла 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.

Файлы с префиксом «PN» заполняются по структуре, представленной в Таблице «Структура файла сведений о прикреплении».

Файлы с префиксом «FN» заполняются по структуре, представленной в Таблице «Файл форматно-логического контроля сведений о прикреплении».

Файлы с префиксом «UN» заполняются по структуре, представленной в Таблице «Файл уведомлений о подтверждении/отказе прикреплении».

Наименования файлов FN, UN совпадают с наименованиями файлов PN в части, следующей за префиксом.

На время опытной эксплуатации программных средств ведения базы данных прикреплённого населения МО предоставляют полные сведения по всем прикреплённым гражданам в еженедельном режиме. Файл сведений о прикреплении формируется медицинской организацией в первый рабочий день недели и направляется в исполнительную дирекцию ТФОМС УР. ТФОМС УР выполняет форматно-логический контроль принятого файла в течение 2 рабочих дней и формирует файл ФЛК (FN). Если файл сведений о прикреплении (PN) прошёл ФЛК без ошибок, ТФОМС УР формирует файл уведомлений о подтверждении/отказе прикреплении (UN).

Файл уведомлений об откреплении (ON), формируется ТФОМС УР по результатам обработки сведений о прикреплении, предоставляемым медицинскими организациями и направляется в МО не реже 1 раза в неделю.

Файл уведомлений о прикреплении (NN), формируется ТФОМС УР по результатам обработки сведений о застрахованных лицах в РС ЕРЗ предоставляемых страховыми медицинскими организациями и направляется в МО не реже 1 раза в неделю.

По завершению опытной эксплуатации информационный обмен осуществляется в ежедневном режиме изменений.

8.2 Структура файла сведений о прикреплении

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
ZV_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле

	ZV	OM	S	Сведения о прикреплении	
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(6)	Версия взаимодействия, номер версии ПО	<PP.N.XX>, где PP.N – версия протокола взаимодействия («1.0»), XX – номер версии ПО
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	IZM	O	N(1)	Признак изменений сведений	1 – режим передачи изменений. Файл содержит только изменения сведений на дату формирования файла; 2 – режим передачи полной БД. Файл содержит все сведения о прикреплении из базы данных МО
Сведения о прикреплении					
ZV	CODE	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Служит для сопоставления записи в пакете и ответном файле ТФОМС
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО, принявшей заявление	Заполняется в соответствии со справочником (F003)
	CODE_MO_OLD	Y	T(6)	Реестровый номер МО, прежнего прикрепления	Заполняется в соответствии со справочником (F003) в случае, если известна МО прежнего прикрепления
	PR_SP	O	N(1)	Способ прикрепления	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК42): заявление/территориально
	PR_TYPE	O	N(2)	Тип прикрепления	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК49): участковая служба/гинекология/стоматолог ия
	Сведения о заявлении				
	N_ZV	Y	T(15)	Номер заявления о прикреплении	Номер заявления формируется в соответствии с п.4.7. Регламента. Обязательно для заполнения при способе прикрепления «по заявлению» (PR_SP=2)
	D_ZV	Y	D	Дата заявления о прикреплении	Обязательно при способе прикрепления «по заявлению» (PR_SP=2)
	ZV_PR	Y	N(2)	Причина подачи заявления	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК48). Обязательно при способе прикрепления «по заявлению» (PR_SP=2)
	Персональные данные, застрахованного лица, прикрепляющегося к МО				
	FAM	O	T(40)	Фамилия	
	IM	O	T(40)	Имя	
	OT	Y	T(40)	Отчество	Указывается при наличии
	W	O	N(1)	Пол застрахованного лица	Заполняется в соответствии со справочником (V005)
	DR	O	D	Дата рождения	
	MR	Y	T(100)	Место рождения	
	C_OKSM	Y	T(3)	Гражданство	Трёхбуквенный код страны (ALFA3) по классификатору

				ОКСМ (О001) Для лиц без гражданства – значение «Б/Г».
KATEG	У	N(2)	Категория застрахованного лица	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК50)
SGR	У	N(2)	Код социальной группы	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК10)
DOCTYPE	У	N(2)	Тип документа, удостоверяющего личность	Заполняется в соответствии с F011
DOCSE	У	T(10)	Серия документа	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов. Указывается при наличии
DOCNUM	У	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов
DOCDATE	У	D	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность	
NAME_VP	У	T(80)	Наименование органа, выдавшего документ	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
Сведения о документе «Вид на жительство»				Указывается только для иностранцев граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации
DOCSE_V	У	T(10)	Серия документа «Вид на жительство»	
DOCNUM_V	У	T(20)	Номер документа «Вид на жительство»	
DOCDATE_V	У	D	Дата выдачи документа «Вид на жительство»	
NAME_VP_V	У	T(80)	Наименование органа, выдавшего документ «Вид на жительство»	
Сведения о месте жительства				Заполняется в соответствии с адресом для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника
SUBJ	У	T(5)	Код региона РФ места жительства	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010.
RNNAME	У	T(80)	Наименование района места жительства	
NPNAME	У	T(80)	Наименование населенного пункта места жительства	
UL	У	T(80)	Наименование улицы места жительства	
DOM	У	T(10)	Номер дома места жительства	
KORP	У	T(10)	Номер корпуса места жительства	
KV	У	T(10)	Номер квартиры места жительства	

KLADR	У	T(17)	Код адресного объекта места жительства	Заполняется в соответствии с Классификатором адресов (КЛАДР). Указывается код улицы, при отсутствии улиц в населённом пункте, указывается код населённого пункта.
Сведения о регистрации				Заполняется в соответствии с адресом места регистрации
PR_REG	У	N(1)	Код признака регистрации	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК51).). Обязательно при способе прикрепления «по заявлению» (PR_SP=2)
SUBJ_R	У	T(5)	Код региона РФ места регистрации	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010. Заполняется в соответствии с адресом места регистрации
RNNAME_R	У	T(80)	Наименование района места регистрации	
NPNAME_R	У	T(80)	Наименование населенного пункта места регистрации	
UL_R	У	T(80)	Наименование улицы места регистрации	
DOM_R	У	T(10)	Номер дома места регистрации	
KORP_R	У	T(10)	Номер корпуса места регистрации	
KV_R	У	T(10)	Номер квартиры места регистрации	
DREG	У	D	Дата регистрации	
Сведения о страховании				
VPOLIS	У	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Справочник (F008).
SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Обязательно для заполнения для полисов старого образца Удмуртской Республики при VPOLIS=1 и SMO_OK=94000
NPOLIS	У	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
ENP	У	T(16)	Действующий Единый номер полиса ОМС	
SMO	У	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	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010
SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	
SNILS	У	T(14)	СНИЛС застрахованного лица или представителя	
Контактная информация				
PHONE	У	T(20)	Контактный телефон	

E_MAIL	У	T(50)	Адрес электронной почты	
Сведения о представителе застрахованного лица				Раздел заполняется при подаче сведений представителем застрахованного лица
FAM_P	У	T(40)	Фамилия представителя застрахованного лица	
IM_P	У	T(40)	Имя представителя застрахованного лица	
OT_P	У	T(40)	Отчество представителя застрахованного лица	
W_P	У	N(1)	Пол представителя застрахованного лица	Заполняется в соответствии со справочником (V005)
DR_P	У	D	Дата рождения представителя застрахованного лица	
OTN_P	У	T(20)	Отношение к гражданину	Например: «отец», «мать» и др.
OSN_P	У	N(2)	Код основания для представления интересов застрахованного лица	Заполняется в соответствии с кодификатором (TK52)
DOCTYPE_P	У	N(2)	Тип документа, удостоверяющего личность	Заполняется в соответствии с F011
DOCSE_P	У	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов. Не указывается только в случае отсутствия
DOCNUM_P	У	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов
DOCDATE_P	У	D	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность	
NAME_V_P	У	T(80)	Наименование органа, выдавшего документ	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
PHONE_P	У	T(20)	Контактный телефон	
E_MAIL_P	У	T(50)	Адрес электронной почты	
Сведения о решении главного врача				
D_PR	У	D	Дата прикрепления	Заполняется в случае положительного решения о прикреплении
N_UCH	У	T(20)	Номер участка	Заполняется в случае положительного решения о прикреплении
KLADR1	У	T(17)	Код адреса участка	Заполняется в случае положительного решения о прикреплении в соответствии с КЛАДР
CODE_MD	У	T(10)	Код врача –терапевта,	Заполняется в соответствии с

				врача-педиатра или врача общей практики, к которому прикреплен пациент	федеральным регистром медицинских работников в случае положительного решения о прикреплении
	SNILS_MD	Y	T(14)	СНИЛС врача – терапевта, врача- педиатра или врача общей практики, к которому прикреплен пациент	Заполняется в случае положительного решения о прикреплении
	D_PR_MD	Y	D	Дата прикрепления ко врачу –терапевта, врачу-педиатра или врачу общей практики	Заполняется в случае положительного решения о прикреплении
	SNILS_MDS	Y	T(14)	СНИЛС среднего медперсонала	Заполняется в случае прикрепления к среднему медперсоналу
	D_PR_MDS	Y	D	Дата прикрепления к среднему медперсоналу	Заполняется в случае прикрепления к среднему медперсоналу
	LPU1	Y	T(3)	Код подразделения МО	
	Сведения о включении в списки проведения профилактических мероприятий				
	IS_DISP	Y	N(2)	Признак включения в списки	Принимает значения из кодификатора ТК06: 0 – не включен в списки профилактических мероприятий; 1 – включен в списки для прохождения 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения; 3 – включен в списки для прохождения профилактического медицинского осмотра.
	YEAR_DISP	Y	N(4)	Год проведения профилактического мероприятия	
	KV_DISP	Y	N(1)	Номер квартала проведения профилактического мероприятия	Принимает значения 1-4
	DISP_BEG	Y	D	Дата начала прохождения 1 этапа диспансеризации в отчетном году	Заполняется, если застрахованное лицо приступило к прохождению 1 этапа диспансеризации в отчетном году
	DISP_DATE	Y	D	Дата завершения прохождения 1 этапа диспансеризации в отчетном году	Заполняется, если застрахованное лицо проходило 1 этап диспансеризации в отчетном году
	IS_STAD2	Y	N(1)	Признак направления на 2 этап диспансеризации	Принимает значение 1, если застрахованное лицо проходило 1 этап диспансеризации и направлено на 2 этап диспансеризации в отчетном году
	STAD2_DATE	Y	D	Дата завершения прохождения 2 этапа диспансеризации в отчетном году	Заполняется, если застрахованное лицо было направлено и проходило 2 этап диспансеризации в отчетном году

Сведения, подтверждающие заявление о прикреплении					
	IMAGE	УМ	В	Вложенный файл в формате BASE64	Содержит сканированное изображение заявления в формате JPEG. Обязательно при способе прикреплении «по заявлению» (PR_SP=2)

При формировании сведений должны быть выполнены следующие условия:

№ п/п	Оп.		Содержание элемента	Наименование	Условие
1.	ИЛИ	И	Тип документа, удостоверяющего личность	DOCTYPE	Заполнено
2.			Номер документа, удостоверяющего личность	DOCNUM	Заполнено
3.		И	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	VPOLIS	Заполнено
4.			Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	NPOLIS	Заполнено
5.			СНИЛС застрахованного лица или представителя	SNILS	Заполнено

8.3 Структура файла форматно-логического контроля сведений о прикреплении

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
FLK_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	FLK	УМ	S	Результаты ФЛК сведений о прикреплении	Заполняются в случае, если содержатся ошибки в записях о прикреплении
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	«1.0».
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME_I	O	T(26)	Имя исходного файла	Имя исходного файла без расширения, по которому проведен ФЛК
	PR_CODE	O	N(1)	Код признака принятия файла	0 – файл не принят: содержит ошибки ФЛК 1 – файл принят, ошибок ФЛК не обнаружено
	F_ERR	O	N(2)	Ошибка файла сведений о прикреплении	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК53) в случае наличия ошибки ФЛК, относящейся к файлу в целом
	COMMENT	O	T(250)	Описание ошибки	
Результаты ФЛК сведений о прикреплении					
FLK	CODE	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Служит для сопоставления записи в пакете и ответном файле ТФОМС
	ERR	O	N(2)	Код ошибки ФЛК	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК53)
	FIELD	O	T(20)	Наименование элемента (поля), в котором содержится	

				ошибка	
	COMMENTF	O	T(250)	Описание ошибки	

8.4 Структура файла уведомлений о подтверждении/отказе в прикреплении

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
ZV_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	ZV	OM	S	Уведомления о подтверждении/отказе прикреплении	
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	«1.0».
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME_I	O	T(26)	Имя исходного файла	Имя исходного файла сведений о прикреплении без расширения
Уведомления о подтверждении/отказе прикреплении					
ZV	CODE	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Служит для сопоставления записи в пакете и ответном файле ТФОМС
	PR_CODE	O	N(1)	Код признака прикреплении	0 – отказано в прикреплении; 1 – приращение подтверждено
	OTK_CODE	Y	N(2)	Код причины отказа	Заполняется в случае отказа в прикреплении (при PR_CODE=0) в соответствии с кодификатором (ТК54)
	CODE_MO	Y	T(6)	Реестровый номер МО, приращения	Заполняется в соответствии со справочником (F003) в случае множественного приращения (OTK_CODE = 4)
	FAM	O	T(40)	Фамилия	
	IM	O	T(40)	Имя	
	OT	Y	T(40)	Отчество	
	W	O	N(1)	Пол застрахованного лица	Заполняется в соответствии со справочником (V005)
	DR	O	D	Дата рождения	
	Сведения о страховании				Заполняются по данным СРЗ и ЦС
	VPOLIS	Y	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Справочник (F008).
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Обязательно для заполнения для полисов старого образца Удмуртской Республики при VPOLIS=1 и SMO_OK=94000
	NPOLIS	Y	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	ENP	Y	T(16)	Действующий Единый номер полиса ОМС	
	SMO	Y	T(5)	Реестровый номер	Заполняется в соответствии со

				СМО	справочником (F002)
	SMO_OGRN	Y	T(15)	OGRN СМО	
	SMO_OK	Y	T(5)	ОКАТО территории страхования	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010
	SMO_NAM	Y	T(100)	Наименование СМО	
	IS_DISP	Y	N(2)	Признак состоявшейся диспансеризации (профилактического осмотра) в отчётном году	Принимает значения из кодификатора ТК06: 1 – прошёл 1 этап диспансеризации определённых групп взрослого населения; 3 – прошёл профилактический медицинский осмотр.
	DISP_MO	Y	T(6)	Реестровый номер МО, где застрахованное лицо проходило диспансеризацию в отчётном году	Заполняется в соответствии со справочником (F003) в случае, если застрахованное лицо проходило диспансеризацию или профилактический осмотр в отчётном году
	DISP_DATE	Y	D	Дата прохождения диспансеризации в отчётном году	Заполняется, если застрахованное лицо проходило диспансеризацию или профилактический осмотр в отчётном году
	COMMENT	Y	T(250)	Комментарий	

8.5 Структура файла уведомлений об откреплении

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
OTK_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	OTK	OM	S	Уведомления об откреплении	
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	«1.0».
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Уведомления об откреплении					
OTK	CODE	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Служит для сопоставления записи в файле ТФОМС и базе данных МО
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО, прежнего прикрепления	Заполняется в соответствии со справочником (F003)
	CODE_MO_NEW	Y	T(6)	Реестровый номер вновь прикрепившей МО	Заполняется в случае прикрепления к другой МО (при OTK_CODE = 1) в соответствии со справочником (F003)
	OTK_CODE	O	N(2)	Код причины открепления	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК56)
	PR_SP	Y	N(1)	Способ прикрепления к новой МО	Заполняется в случае прикрепления к другой МО (при OTK_CODE = 1) в соответствии с кодификатором (ТК42)

	PR_TYPE	Y	N(2)	Тип прикрепления к новой МО	Заполняется в случае прикрепления к другой МО (при ОТК_CODE = 1) в соответствии с кодификатором (ТК49)
	FAM	O	T(40)	Фамилия	
	IM	O	T(40)	Имя	
	OT	Y	T(40)	Отчество	
	W	O	N(1)	Пол застрахованного лица	Заполняется в соответствии со справочником (V005)
	DR	O	D	Дата рождения	
	Сведения о страховании				Заполняются по данным СРЗ и ЦС
	VPOLIS	Y	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Справочник (F008).
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Обязательно для заполнения для полисов старого образца Удмуртской Республики при VPOLIS=1 и SMO_OK=94000
	NPOLIS	Y	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	ENP	Y	T(16)	Действующий Единый номер полиса ОМС	
	SMO	Y	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	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010
	SMO_NAM	Y	T(100)	Наименование СМО	
	COMMENT	Y	T(250)	Комментарий	

8.6 Файл уведомлений о прикреплении застрахованных лиц, неприкреплённых к МО

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
PR_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	PR	OM	S	Уведомления о прикреплении	
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	«1.0».
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Уведомления о прикреплении					
PR	CODE_MO_NEW	O	T(6)	Реестровый номер вновь прикрепившей МО	Заполняется в соответствии со справочником (F003)
	PR_SP	O	N(1)	Способ прикрепления к новой МО	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК42)
	PR_TYPE	O	N(2)	Тип прикрепления к новой МО	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК49)

Персональные данные, застрахованного лица, прикрепляющегося к МО				
FAM	O	T(40)	Фамилия	
IM	O	T(40)	Имя	
OT	Y	T(40)	Отчество	
W	O	N(1)	Пол застрахованного лица	Заполняется в соответствии со справочником (V005)
DR	O	D	Дата рождения	
MR	Y	T(100)	Место рождения	
C_OKSM	O	T(3)	Гражданство	Трёхбуквенный код страны по классификатору ОКСМ (O001) Для лиц без гражданства – значение «Б/Г».
KATEG	Y	N(2)	Категория застрахованного лица	Заполняется в соответствии с кодификатором (TK50)
DOCTYPE	O	N(2)	Тип документа, удостоверяющего личность	Заполняется в соответствии с F011
DOCSER	Y	T(10)	Серия документа	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов. Указывается при наличии
DOCNUM	O	T(20)	Номер документа	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов
DOCDATE	O	D	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность	
NAME_VP	Y	T(80)	Наименование органа, выдавшего документ	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
Сведения о документе «Вид на жительство»				Указывается только для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации
DOCSER_V	Y	T(10)	Серия документа «Вид на жительство»	
DOCNUM_V	Y	T(20)	Номер документа «Вид на жительство»	
DOCDATE_V	Y	D	Дата выдачи документа «Вид на жительство»	
NAME_VP_V	Y	T(80)	Наименование органа, выдавшего документ «Вид на жительство»	
Сведения о месте жительства				Заполняется в соответствии с адресом для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника
SUBJ	Y	T(5)	Код региона РФ места жительства	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010.
RNNAME	Y	T(80)	Наименование района места жительства	
NPNAME	Y	T(80)	Наименование населенного пункта места жительства	

UL	Y	T(80)	Наименование улицы места жительства	
DOM	Y	T(10)	Номер дома места жительства	
KORP	Y	T(10)	Номер корпуса места жительства	
KV	Y	T(10)	Номер квартиры места жительства	
KLADR	Y	T(17)	Код адресного объекта места жительства	Заполняется в соответствии с Классификатором адресов (КЛАДР). Указывается код улицы, при отсутствии улиц в населённом пункте, указывается код населённого пункта.
Сведения о регистрации				Заполняется в соответствии с адресом места регистрации
PR_REG	O	N(1)	Код признака регистрации	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК51)
SUBJ_R	Y	T(5)	Код региона РФ места регистрации	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010. Заполняется в соответствии с адресом места регистрации
RNNAME_R	Y	T(80)	Наименование района места регистрации	
NPNAME_R	Y	T(80)	Наименование населенного пункта места регистрации	
UL_R	Y	T(80)	Наименование улицы места регистрации	
DOM_R	Y	T(10)	Номер дома места регистрации	
KORP_R	Y	T(10)	Номер корпуса места регистрации	
KV_R	Y	T(10)	Номер квартиры места регистрации	
DREG	Y	D	Дата регистрации	
Сведения о страховании				
VPOLIS	Y	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Справочник (F008).
SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
NPOLIS	Y	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
ENP	Y	T(16)	Действующий Единый номер полиса ОМС	
SMO	Y	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	Заполняется в соответствии со справочником (O002)
SMO_NAM	Y	T(100)	Наименование СМО	
SNILS	Y	T(14)	СНИЛС застрахованного лица или представителя	

	Контактная информация				
	PHONE	У	T(20)	Контактный телефон	
	E_MAIL	У	T(50)	Адрес электронной почты	

8.7 Файл сведений о прикреплении застрахованных лиц к МО, направляемый в СМО

Наименование файлов, использующихся для информационного обмена между СМО и ТФОМС при учёте прикреплённого населения, имеет вид:

XPiNiPpNr_YYMMN. XML,

и должны быть упакованы в архив формата ZIP

XPiNiPpNr_YYMMN. ZIP,

где

X - параметр, обозначающий передаваемые данные («R»);

Pi - Параметр, определяющий организацию-источник (Т-ТФОМС);

Ni - Номер источника (двухзначный код ТФОМС).

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

Пример наименования файла пакета: RT18S18005_170501.ZIP

Файл передаётся еженедельно из ТФОМС в СМО.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
RECLIST	VERS	N	T(5)	Номер версии	Текущей редакции соответствует значение «2.0».
	FILENAME	O	T(24)	Имя файла	Без расширения
	SMOCOD	O	T(5)	Реестровый номер страховой медицинской организации	Заполняется в соответствии с F002
	NRECORDS	O	N(7)	Количество записей	
	REC	OM		Записи	Содержит передаваемые сведения о прикреплении застрахованных лиц
Сведения о прикреплении застрахованных лиц					
REC	ID	O	N(10)	Идентификатор записи ТФОМС	Идентификатор формирует ТФОМС для новых записей и возвращает в СМО
	ENP	O	T(16)	Действующий Единый	Единый номер полиса должен

				номер полиса ОМС	быть присвоен каждому застрахованному лицу и однозначно идентифицировать застрахованное лицо в ЕРЗ
	CODE_MO	Y	T(6)	Реестровый номер МО прикрепления	Заполняется в соответствии с F003 в случае наличия сведений о прикреплении к МО
	IS_DISP	Y	N(2)	Признак включения в списки	Заполняется в случае включения застрахованного лица в списки для прохождения профилактических мероприятий в текущем году. Принимает значения из кодификатора ТК06: 1 – включён в списки для прохождения 1 этапа диспансеризации определённых групп взрослого населения; 3 – включён в списки для прохождения профилактического медицинского осмотра.
	YEAR_DISP	Y	N(4)	Год проведения профилактического мероприятия	Заполняется в случае включения застрахованного лица в списки для прохождения профилактических мероприятий в текущем году.
	KV_DISP	Y	N(1)	Номер квартала проведения профилактического мероприятия	Заполняется в случае включения застрахованного лица в списки для прохождения профилактических мероприятий в текущем году. Принимает значения 1-4
	LPU_1	Y	T(3)	Код подразделения МО	Заполняется в случае наличия сведений о прикреплении к МО
	N_UCH	Y	T(20)	Номер участка	
	Сведения о прохождении профилактических мероприятий				
	DISP_BEG	Y	D	Дата начала прохождения 1 этапа диспансеризации в отчётном году	Заполняется, если застрахованное лицо приступило к прохождению 1 этап диспансеризации в отчётном году
	DISP_DATE	Y	D	Дата завершения прохождения 1 этапа диспансеризации в отчётном году	Заполняется, если застрахованное лицо проходило 1 этап диспансеризации в отчётном году
	IS_STAD2	Y	N(1)	Признак направления на 2 этап диспансеризации	Заполняется, если застрахованное лицо направлено на 2 этап диспансеризации в отчётном году
	STAD2_DATE	Y	D	Дата завершения прохождения 2 этапа диспансеризации в отчётном году	Заполняется, если застрахованное лицо проходило 2 этап диспансеризации в отчётном году
	DISP_CODE_MO	Y	T(6)	Реестровый номер МО, проведения диспансеризации	Заполняется в соответствии с F003 в случае наличия сведений о прохождении диспансеризации
	INF	YM		Сведения об индивидуальном	Указываются в случае наличия сведений

				информировании застрахованных лиц	
	Сведения об индивидуальном информировании застрахованных лиц				
INF	INF_TYPE	O	N(2)	Вид индивидуального информирования (ИИ)	Заполняется в соответствии с ТК66 в случае наличия сведений в ЕИР об ИИ: 1 – первичное ИИ о возможности прохождения профилактических мероприятий; 2 – повторное ИИ застрахованных лиц, включённых в списки, но не обратившихся в МО; 3 - ИИ о направлении на 2 этап профилактических мероприятий из числа тех, кто был направлен и не прошел в течение 3 месяцев с момента завершения 1 этапа
	INF_DATE	O	D	Дата ИИ	
	INF_CODE	O	N(2)	Способ ИИ	Заполняется в соответствии с кодификатором ТК67: 0 - не проинформирован 1 - отправлено СМС 2 - отправлено информационное письмо 3 - отправлена почтовая карточка 4 - проинформирован на личном приеме в СМО 5 - проинформирован по телефону при обращении в СМО

8.8 Файл сведений об индивидуальном информировании застрахованных лиц о прохождении профилактических мероприятий

Наименование файлов, использующихся для информационного обмена между СМО и ТФОМС при учёте индивидуального информирования застрахованных лиц о прохождении профилактических мероприятий (далее ИИ), имеет вид:

XPiNiPpNr_YYMMN. XML,

и должны быть упакованы в архив формата ZIP

XPiNiPpNr_YYMMN. ZIP,

где

X - параметр, обозначающий передаваемые данные («INF»);

Pi - Параметр, определяющий организацию-источник (S – СМО);

Ni - Номер источника (реестровый номер СМО).

Pp - Параметр, определяющий организацию –получателя (Т-ТФОМС).

Np - Номер получателя (двузначный код ТФОМС).

YY - две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

ММ — 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.

Пример наименования файла пакета: INFS18005T18_170501.ZIP

Файл передаётся в ежедневном режиме из СМО в ТФОМС.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
RECLIST	VERS	N	T(5)	Номер версии	Текущей редакции соответствует значение «1.0».
	FILENAME	O	C(24)	Имя файла	Без расширения
	SMOCOD	O	T(5)	Реестровый номер страховой медицинской организации	Заполняется в соответствии с F002
	DATA	O	D	Дата предоставления сведений	
	REC	OM		Записи	Содержит передаваемые сведения о результатах опроса
Сведения об индивидуальном информировании застрахованных лиц					
REC	ID	O	T(36)	Идентификатор записи в БД СМО	Идентификатор формирует СМО.
	ENP	O	C(16)	Действующий Единый номер полиса ОМС	Единый номер полиса
	INF_TYPE	O	N(2)	Вид индивидуального информирования (опроса)	Заполняется ТК66: 1 – первичное ИИ о возможности прохождения профилактических мероприятий; 2 – повторное ИИ застрахованных лиц, включённых в списки, но не обратившихся в МО; 3 - ИИ о направлении на 2 этап профилактических мероприятий из числа тех, кто был направлен и не прошел в течение 3 месяцев с момента завершения 1 этапа
	INF_DATE	O	D	Дата индивидуального информирования	
	INF_CODE	O	N(2)	Способ индивидуального информирования	Заполняется в соответствии с кодификатором ТК67: 0 - не проинформирован 1 - отправлено СМС 2 - отправлено информационное письмо 3 - отправлена почтовая карточка 4 - проинформирован на личном приеме в СМО 5 - проинформирован по телефону при обращении в СМО
	INF_REZ	O	N(2)	Результат индивидуального информирования (опроса)	Заполняется в соответствии с кодификатором ТК68: 0 - не принимал участие в опросе 1 - принял участие и отказался

					от прохождения профилактических мероприятий; 2 - принял участие и запланировал проведение профилактических мероприятий в будущем
	PM_KNOW	У	N(2)	Признак осведомлённости о профилактических мероприятиях (ПМ)	Заполняется при значении поля INF_REZ = 1: 0 - не знал о профилактических мероприятиях 1 - знал о профилактических мероприятиях
	OTK_REASON	У	N(2)	Причина отказа от профилактических мероприятий	Заполняется при PM_KNOW = 1 в соответствии с кодификатором ТК69: 1 - считает себя абсолютно здоровым и не считает нужным проходить ПМ; 2 - знает об имеющихся заболеваниях и регулярно следит за здоровьем; 3 - Состоит на диспансерном учете в поликлинике; 4 - Не удовлетворяет организация проведения ПМ в поликлинике;
	MO_PM	У	N(2)	Причины неудовлетворительной организации проведения ПМ в поликлинике	Заполняется при OTK_REASON = 4 в соответствии с кодификатором ТК70: 1 - неудобный график работы поликлиники 2 - необходимо многократно посещать поликлинику 3 - не выделен отдельный прием для ПМ 4 - трудности со стороны работодателя 5 - другое
	KV_DISP	У	N(1)	Планируемый квартал проведения профилактического мероприятия	Заполняется в случае намерения застрахованного лица пройти профилактические мероприятия в текущем году (INF_REZ = 2): Принимает значения 2-4

9 СИСТЕМА ЗАПРОСОВ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДАННЫХ О СТРАХОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ И ПРИКРЕПЛЕНИИ К МО

Система запросов является дополнением к механизму определения страховой принадлежности, действующему в рамках персонифицированного учёта медицинской помощи, и служит для оперативного получения информации заинтересованными организациями о страховании в СМО и прикреплений граждан к МО. Настоящий раздел описывает порядок информационного обмена данными о страховой принадлежности застрахованных лиц и прикреплении к медицинской организации и врачу.

9.1 Требования к файлам информационного обмена

Файлы, использующиеся для запросов и ответов на запросы, имеют вид:

XXPiNiPpNr_YYMMN_V_I.XML,

и должны быть упакованы в архив формата ZIP

XXPiNiPpNr_YYMMN.ZIP,

где

XX - параметр, обозначающий передаваемые данные:

QZ – Файл идентификационных персональных данных граждан;

QR – Файл результата запроса.

Pi - Параметр, определяющий организацию-источник:

T - ТФОМС; S - СМО; M-МО; O-другие организации.

Ni - Номер источника (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pp - Параметр, определяющий организацию -получателя:

T-ТФОМС; S - СМО; M-МО.

Nr - Номер получателя (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО или трёхзначный порядковый номер организации).

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.

V – количество файлов в пакете. Пакет может состоять из нескольких файлов.

I – порядковый номер файла в пакете.

Например, файлы пакета QZM180012T18_15111.ZIP, состоящего из 10 файлов, имеют наименования:

QZM180012T18_15111_10_1.XML,

QZM180012T18_15111_10_2.XML

...

QZM180012T18_15111_10_10.XML

Если пакет состоит из одного файла, то наименование имеет вид, например: QZM180012T18_15111_1_1.XML

При приёме файла сведений организация-получатель производит автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

- соответствия имени архивного файла 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.

Файлы имеют следующую структуру:

9.2 Структура файла запроса

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Q_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	QUERY	OM	S	Запрашиваемые сведения	
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(6)	Версия взаимодействия, номер версии ПО	<PP.N.XX>, где PP.N – версия протокола взаимодействия («1.0»), XX – номер версии ПО
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Запрашиваемые сведения					
QUERY	CODE	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Служит для сопоставления записи в файле запроса и ответном файле. Должен быть уникальным в пределах файла.
	CODE_MO	Y	T(6)	Реестровый номер МО, сформировавшей запрос	Заполняется в соответствии со справочником (F003).
	NEED_HIST	O	N(1)	Код признака запроса сведений с историей	0 – сведения запрашиваются на определённую дату; 1 – сведения запрашиваются с историей;
	Q_DATE	Y	D	Дата запроса	Дата, на которую запрашиваются сведения. Заполняется в случае, если NEED_HIST = 0
	Персональные данные				
	FAM	O	T(40)	Фамилия	
	IM	O	T(40)	Имя	
	OT	Y	T(40)	Отчество	Указывается при наличии
	W	O	N(1)	Пол	Заполняется в соответствии со справочником (V005)
	DR	O	D	Дата рождения	
	MR	Y	T(100)	Место рождения	
	DOCTYPE	Y	N(2)	Тип документа, удостоверяющего личность	Заполняется в соответствии с F011
	DOCSER	Y	T(10)	Серия документа	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов.

					Указывается при наличии
	DOCNUM	У	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов
	VPOLIS	У	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Справочник (F008).
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	У	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	ENP	У	T(16)	Действующий Единый номер полиса ОМС	
	SNILS	У	T(14)	СНИЛС	СНИЛС в формате <XXX-XXX-XXX XX>
	ADDRESS	Н	T(200)	Адрес проживания	Заполняется МО, возвращается в МО без изменения.
	DS	Н	T(10)	Диагноз	Заполняется МО, возвращается в МО без изменения.
	DATE_VIZ	Н	T(16)	Дата и время вызова	Заполняется МО, возвращается в МО без изменения.
	Возвращаемые сведения				Заполняются организацией-источником
	FLK	О	N(2)	Код ошибки форматно-логического контроля	При отсутствии ошибок заполняется 0.
	RESULT	У	N(1)	Результат идентификации	Не заполняется при наличии ошибок ФЛК 0 – запись не идентифицирована; 1 – запись идентифицирована;
	KEYS	У	T(3)	Код набора ключей, по которому была идентифицирована запись	Не заполняется при наличии ошибок ФЛК или RESULT = 0
	COMMENT	Н	T(250)	Службное поле	
	DSM	У	D	Дата смерти по данным ЗАГС	Заполняется при наличии сведений о смерти, полученных из отделения ЗАГС
	POLIS	УМ	S	Сведения о страховании	Не заполняется при наличии ошибок ФЛК или RESULT = 0
	PRIK	УМ	S	Сведения о прикреплении	Не заполняется при наличии ошибок ФЛК или RESULT = 0
	Сведения о страховании				При NEED_HIST = 0 указывается 1 запись на дату запроса (Q_DATE). Сведения не указываются, если не найдено ни одного ДПФС, действующего на дату запроса. При NEED_HIST = 1 включаются все записи по страхованию за всё время.
POLIS	VPOLIS	О	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Справочник (F008).
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт	

				страхования по ОМС	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	ENP	O	T(16)	Действующий Единый номер полиса ОМС	
	SMO	O	T(5)	Реестровый номер СМО	Заполняется в соответствии со справочником (F002)
	SMO_OGRN	O	T(15)	ОГРН СМО	
	SMO_OK	O	T(5)	ОКАТО территории страхования	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010
	SMO_NAM	O	T(100)	Наименование СМО	
	DBEG	O	D	Дата начала страхования	
	DSTOP	Y	D	Дата прекращения страхования	Заполняется в случае, если страхование прекращено
	REASON	Y	N(2)	Код причины прекращения страхования	Заполняется в случае, если страхование прекращено
	Сведения о прикреплении к МО				
PRIK	D_PR	Y	D	Дата прикрепления	
	CODE_MO_PR	Y	T(6)	Реестровый номер МО прикрепления	Заполняется в соответствии со справочником (F003).
	N_UCH	Y	T(20)	Номер участка	
	CODE_MD	Y	T(10)	Код врача –терапевта, врача-педиатра или врача общей практики, к которому прикреплен пациент	
	SNILS_MD	Y	T(14)	СНИЛС врача – терапевта, врача-педиатра или врача общей практики, к которому прикреплен пациент	
	SNILS_MDS	Y	T(14)	СНИЛС среднего медперсонала	
	AUTO	Y	N(1)	Признак прикрепления ТФОМС УР по адресу	1 – Прикреплен по данным МО; 2 – Прикреплен по данным адреса в соответствии со справочником адресов участков.

10 ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Раздел содержит форматы обмена данными в целях реализации Приказа МЗ УР и ТФОМС УР №911/392 от 20.10.2014 «Об утверждении регламента взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики» (далее Регламент).

Наименование файлов информационного обмена имеет вид:

XXPiNiRiPpNr_YYMMDDN.XML,

и должны быть упакованы в архив формата ZIP

XXPiNiRiPpNr_YYMMDDN.ZIP,

где

XX - параметр, обозначающий передаваемые данные:

GA - Сведения о направлении на госпитализацию, движении пациентов и о случаях несостоявшихся госпитализаций с указанием причин в персонифицированном виде, направляемые из поликлиники;

FA – Файл форматно-логического контроля сведений о направлении на госпитализацию, направляемый из ТФОМС УР в поликлиники;

GS - Сведения о движении пациентов и о случаях несостоявшихся госпитализаций с указанием причин в персонифицированном виде, направляемые из стационара;

FS – Файл форматно-логического контроля сведений о движении пациентов, направляемый из ТФОМС УР в стационар;

SS - Состав сведений наличия свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учетом периода ожидания, направляемые из стационара.

CH – файл результатов приёма и обработки сведений от МО в ЕИР.

Pi - Параметр, определяющий организацию-источник:

T - ТФОМС; S - СМО; M-МО.

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

Ri – Код подразделения источника (5 знаков). Не указывается, если источник ТФОМС

Pp - Параметр, определяющий организацию -получателя:

T-ТФОМС; S - СМО; M-МО.

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

YY - две последние цифры порядкового номера года отчетного периода;

MM — порядковый номер месяца отчетного периода;

DD — порядковый номер дня 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.

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

- соответствия имени архивного файла 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.

Файлы с префиксом «GA» и «GS» заполняются по структуре, представленной в Таблице «Файл сведений о направлении на госпитализацию».

Файлы с префиксом «SS» заполняются по структуре, представленной в Таблице «Файл сведений о наличии свободных мест госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учетом периода ожидания».

Файлы с префиксом «CH» формируются в ежедневном режиме и направляются в СМО для контроля.

10.1 Файл сведений о направлении на госпитализацию и движении пациентов

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	NPR	OM	S	Направление	Записи о направлениях на госпитализацию
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия Взаимодействия	«1.0».
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Данные					
NPR	ID	O	T(36)	Идентификатор записи	
	N_TYPE	O	N(2)	Тип записи	Заполняется в соответствии со справочником (TK61)
	N_NPR	Y	T(20)	Номер направления на госпитализацию	Обязателен для N_TYPE = 1, 2, 4
	D_NPR	Y	D	Дата выписки направления на госпитализацию	Обязателен для N_TYPE = 1, 2, 4
	PR_NPR	O	N(2)	Причина направления	Заполняется в соответствии со справочником (TK40):
	FOR_POM	O	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Заполняется в соответствии со справочником (V014)
	CODE_MO_P	Y	T(6)	Реестровый номер МО, выдавшей направление на госпитализацию	Заполняется в соответствии со справочником (F003) Обязателен для N_TYPE = 1, 2 (Обязателен для N_TYPE=4, при условии SRC_OTK=1).
	USL_OK_P	Y	N(2)	Условия оказания МП при выписке направления	Заполняется в соответствии со справочником (V006)
	LPU_1_P	Y	T(6)	Подразделение МО, выдавшей направление на госпитализацию	Код подразделения МО лечения Указывается при наличии подразделений
	PODR_P	Y	N(5)	Код отделения, выдавшей направление на госпитализацию	Код отделения МО лечения

	FIO_DOK	Y	T(100)	Фамилия, имя, отчество врача, выписывающего направление	Обязателен для N_TYPE = 1
	SNILS_DOK	Y	T(14)	СНИЛС врача, выписывающего направление	Обязателен для N_TYPE = 1
	PRVS	Y	N(4)	Специальность врача, выписывающего направление	Заполняется в соответствии со справочником (V004). Обязателен для N_TYPE = 1
	CODE_MO_S	O	T(6)	Реестровый номер Стационара	Заполняется в соответствии со справочником (F003)
	USL_OK_S	O	N(2)	Условия оказания МП (Стационарная или стационарозамещающая)	Заполняется в соответствии со справочником (V006)
	LPU_1_S	Y	T(6)	Подразделение стационара	Код подразделения МО стационара. Указывается при наличии подразделений
	PODR_S	Y	N(5)	Код отделения стационара	Код отделения стационара
	PROFIL	Y	N(3)	Профиль	Заполняется в соответствии со справочником (V002) Обязателен N_TYPE = 1, 2, 3, 5
	PROFIL_K	Y	N(5)	Профиль койки	Заполняется в соответствии со справочником (TK60) Обязателен для N_TYPE = 1, 2, 3, 5
	W_K	O	N(1)	Вид койки	1 – взрослые; 2-детские;
	D_GP	Y	D	Планируемая дата госпитализации	
	D_VP	Y	D	Планируемая дата окончания госпитализации (выписки/перевода)	
	D_GF	Y	D	Фактическая дата госпитализации	Обязателен для N_TYPE = 2, 3, 5
	D_V	Y	D	Фактическая дата окончания госпитализации (выписки/перевода)	Обязателен для N_TYPE = 5
	RSLT	Y	N(3)	Код результата госпитализации	Заполняется в соответствии со справочником (V009)
	D_OTK	Y	D	Дата аннулирования направления	Обязателен для N_TYPE = 4
	PR_OTK	Y	N(2)	Код причины аннулирования направления	Заполняется в соответствии со справочником (TK41) Обязателен для N_TYPE = 4
	SRC_OTK	Y	N(1)	Источник аннулирования	1-СМО (обязательно заполнение SMO); 2 – стационар (обязательно заполнение CODE_MO_S); 3 –поликлиника (обязательно заполнение CODE_MO_P); Обязателен для N_TYPE = 4
	NHISTORY	Y	T(50)	Номер карты стационарного больного	Обязателен для N_TYPE = 2, 3, 5
	FAM	Y	T(40)	Фамилия пациента	Обязателен для N_TYPE = 1, 2,

					3
IM	Y	T(40)	Имя пациента		Обязателен для N_TYPE = 1, 2, 3
OT	Y	T(40)	Отчество пациента		При наличии обязателен для N_TYPE = 1, 2, 3
W	Y	N(1)	Пол пациента		Заполняется в соответствии со справочником (V005) Обязателен для N_TYPE = 1, 2, 3, 5
DR	Y	D	Дата рождения пациента		Обязателен для N_TYPE = 1, 2, 5 При наличии сведений обязателен для N_TYPE=3
FAM_P	Y	T(40)	Фамилия представителя пациента		
IM_P	Y	T(40)	Имя представителя пациента		
OT_P	Y	T(40)	Отчество представителя пациента		
W_P	Y	N(1)	Пол представителя пациента		Заполняется в соответствии со справочником (V005)
DR_P	Y	D	Дата рождения представителя пациента		
MR	Y	T(100)	Место рождения пациента или представителя		
DOCTYPE	Y	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя		Заполняется в соответствии со справочником (F011)
DOC SER	Y	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя		
DOCNUM	Y	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя		
SNILS	Y	T(14)	СНИЛС пациента или представителя		
VPOLIS	Y	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС		1 – полис старого образца; 2 – временное свидетельство; 3 – полис нового образца (бумажный бланк); 4 – полис нового образца (пластиковая карта); 5 – универсальная электронная карта; Обязателен для N_TYPE = 1, 2 При наличии сведений обязателен для N_TYPE=3
SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС		Для полисов старого образца обязателен для N_TYPE = 1, 2 При наличии сведений обязателен для N_TYPE =3
NPOLIS	Y	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС		Обязателен для N_TYPE = 1, 2 При наличии сведений обязателен для N_TYPE=3

	ENP	Y	T(16)	Действующий Единый номер полиса ОМС	
	SMO	Y	T(5)	Реестровый номер СМО	Заполняется в соответствии со справочником (F002) Обязателен для N_TYPE = 1 При наличии сведений обязателен для N_TYPE=3 (Обязателен для N_TYPE=4, при условии SRC_OTK=3)
	SMO_OGRN	Y	T(15)	ОГРН СМО	
	SMO_OK	Y	T(5)	ОКАТО территории страхования	Заполняется в соответствии со справочником (O002)
	SMO_NAM	Y	T(100)	Наименование СМО	
	PHONE1	Y	T(20)	Контактный телефон 1	
	PHONE2	Y	T(20)	Контактный телефон 2	
	PHONE3	Y	T(20)	Контактный телефон 3	
	E_MAIL	Y	T(50)	Адрес электронной почты	
	DS_P	Y	T(10)	Код диагноза основного заболевания по МКБ Поликлиники	Заполняется в соответствии со справочником (M001) Обязателен для N_TYPE = 1
	DS_S	Y	T(10)	Код диагноза основного заболевания по МКБ приёмного отделения	Заполняется в соответствии со справочником (M001) Обязателен для N_TYPE = 3
	NOTE	Y	T(1000)	Дополнительная информация по направлению	

10.2 Структура файла форматно-логического контроля сведений о госпитализации

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
FLK_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	FLK	УМ	S	Результаты ФЛК сведений о госпитализации	Заполняются в случае, если содержатся ошибки в записях о госпитализации
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	«1.0».
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME_I	O	T(26)	Имя исходного файла	Имя исходного файла без расширения, по которому проведен ФЛК
	PR_CODE	O	N(1)	Код признака принятия файла	0 – файл не принят: содержит ошибки ФЛК 1 – файл принят, ошибок ФЛК

					не обнаружено
	F_ERR	O	N(2)	Ошибка файла сведений о госпитализации	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК53) в случае наличия ошибки ФЛК, относящейся к файлу в целом
	COMMENT	O	T(250)	Описание ошибки	
Результаты ФЛК сведений о госпитализации					
FLK	CODE	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Служит для сопоставления записи в пакете и ответном файле ТФОМС
	ERR	O	N(2)	Код ошибки ФЛК	Заполняется в соответствии с кодификатором (ТК53)
	FIELD	O	T(20)	Наименование элемента (поля), в котором содержится ошибка	
	COMMENTF	O	T(250)	Описание ошибки	

10.3 Файл сведений о наличии свободных мест госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учетом периода ожидания

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SVD	OM	S	Данные	Сведения о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов, и о выполненных объемах МП в разрезе подразделений, профилей коек, с учетом периода ожидания, включая прогноз на ближайшие 10 дней
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	«1.0».
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Данные					
SVD	D_SVD	O	D	Дата, на которую предоставляются сведения	
	CODE_MO_S	O	T(6)	Реестровый номер МО	Заполняется в соответствии со справочником (F003)
	USL_OK_S	O	N(2)	Условия оказания МП	Заполняется в соответствии со справочником (V006)
	LPU_1_S	Y	T(6)	Подразделение стационара	Код подразделения МО стационара. Указывается при наличии подразделений
	PODR_S	Y	N(5)	Код отделения стационара	Код отделения стационара
	NOTD	Y	T(100)	Наименование отделения стационара	
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Заполняется в соответствии со справочником (V002)
	PROFIL_K	O	N(5)	Профиль койки	Заполняется в соответствии со справочником (ТК60)

	W_K	O	N(1)	Вид койки	1 – взрослые; 2-детские;
	KOEK	O	N(3)	Количество мест для госпитализации	
	BEG_P	O	N(3)	Состояло пациентов на начало отчетного периода	
	POST_P	O	N(3)	Поступило пациентов за отчетный период	
	END_P	O	N(3)	Выбыло пациентов за отчетный период	
	PLAN_P	O	N(3)	Планируется госпитализаций (направлений на госпитализацию) на отчетный период	
	SV_P	O	N(3)	Количество свободных коек на конец отчетного периода (с учетом планируемой госпитализации) всего	SV_P Может быть больше суммы SV_P_M и SV_P_W, в случае наличия свободных коек легко переводимых как в мужскую так и женскую.
	SV_P_M	O	N(3)	Из них (SV_P) Мужских	Количество свободных коек в чисто мужских палатах
	SV_P_W	O	N(3)	Из них (SV_P) Женских	Количество свободных коек в чисто женских палатах
	D_PLAN	Y	D	Ближайшая возможная дата госпитализации	Рассчитывается в ЕИР
	SV_KOEK	Y	N(3)	Планируемое количество свободных коек на ближайшую возможную дату госпитализации	Рассчитывается в ЕИР

10.4 Структура файла результатов приёма и обработки сведений от МО в ЕИР

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
REC_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	REC	OM	S	Результаты приёма и обработки сведений от МО в ЕИР	
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	«1.0».
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Результаты приёма и обработки сведений от МО в ЕИР					
REC	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО	Заполняется в соответствии с реестром (F003)
	ERR	O	N(2)	Код ошибки ФЛК	Заполняется в соответствии с кодификатором (TK53)
	FIELD	O	T(20)	Наименование элемента (поля), в котором содержится ошибка	
	COMMENTF	O	T(250)	Описание ошибки	