

Приложение №3
к приказу ТФОМС МО
от 30.06.2017 № 272



**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ РЕГЛАМЕНТ
ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ
ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ
УЧАСТНИКОВ ОМС МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

«Передача – приемка сводного отчета об оказанной медицинской помощи для форматно-логического контроля, сверки и идентификации по единому регистру застрахованных, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации»

ОТР-ИВ-7.2111 от 22.11.2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Аннотация.....	5
2. Принятые сокращения:.....	5
3. Наименование процесса обмена.....	5
4. Ответственный по процессу.....	6
5. Участники информационного обмена.....	6
6. Процесс информационного обмена.....	6
6.0 Этап 0 (вспомогательный). Определение страховой принадлежности застрахованного лица при обращении в медицинскую организацию.....	7
6.0.1 Условия начала этапа.....	7
6.0.2 Сроки действий.....	7
6.0.3 Действия участников на этапе.....	7
6.0.4 Способ передачи и приема объектов.....	8
6.0.5 Состав и целостность передаваемых данных.....	9
6.0.6 Состав передаваемых документов.....	9
6.0.7 Порядок и формы контроля данных.....	10
6.0.8 Условия завершения этапа.....	10
6.1 Этап 1. Передача и получение сводного отчета об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи.....	10
6.1.1 Условия начала этапа.....	10
6.1.2 Сроки действий.....	11
6.1.3 Действия участников на этапе.....	12
6.1.4 Способ передачи и приема объектов.....	12
6.1.5 Состав и целостность передаваемых данных.....	14
6.1.6 Состав передаваемых документов.....	17
6.1.7 Порядок и формы контроля данных.....	17
6.1.8 Условия завершения этапа.....	18
6.2 Этап 2. Форматно-логический контроль целостности данных объектов информационного обмена.....	18
6.2.1 Условия начала этапа.....	18
6.2.2 Сроки действий.....	18
6.2.3 Действия участников на этапе.....	18
6.2.4 Способ передачи и приема объектов.....	19
6.2.5 Порядок и формы контроля данных.....	19
6.2.6 Состав передаваемых документов.....	20
6.2.7 Условие завершения этапа.....	20
6.3 Этап 3. Сверка и идентификация персональных данных застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, контроль определения страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета. Анализ выполнения плановых объемов оказанной медицинской помощи.....	20
6.3.1 Условия начала этапа.....	20
6.3.2 Сроки действий.....	21
6.3.3 Действия участников на этапе.....	21
6.3.4 Способ передачи и приема документов.....	23
6.3.5 Состав передаваемых документов.....	24
6.3.6 Порядок и формы контроля данных.....	25
6.3.7 Анализ выполнения плановых объемов оказанной медицинской помощи.....	28
6.3.8 Условие завершения этапа.....	31
6.4 Этап 4. Выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, определение их территории страхования и действующего номера полиса ОМС.....	32

6.4.1	Условия начала этапа	32
6.4.2	Сроки действий.....	32
6.4.3	Действия участников на этапе.....	32
6.4.4	Способ передачи и приема документов	35
6.4.5	Состав передаваемых документов	36
6.4.6	Порядок и формы контроля данных	36
6.4.7	Условие завершения этапа.....	36
6.5	Этап 5. Определение территории страхования и действующего номера полиса ОМС по запросу страховой принадлежности обратившихся пациентов.....	36
6.5.1	Условия начала этапа	36
6.5.2	Сроки действий.....	37
6.5.3	Действия участников на этапе.....	37
6.5.4	Способ передачи и приема документов	38
6.5.5	Состав передаваемых документов	38
6.5.6	Порядок и формы контроля данных	38
6.5.7	Условие завершения этапа.....	38
7.	Объекты информационного обмена.....	38
7.1	Форматы объектов.....	38
7.2	Объект «Пациент».....	39
7.2.1	Краткая характеристика объекта.....	39
7.2.2	Структура объекта.....	39
7.2.3	Правила контроля объекта.....	41
7.3	Объект «Медицинская услуга».....	47
7.3.1	Краткая характеристика объекта.....	47
7.3.2	Структура объекта.....	48
7.3.3	Правила контроля объекта.....	50
7.4	Объект «Медицинский работник».....	73
7.4.1	Краткая характеристика объекта.....	73
7.4.2	Структура объекта.....	73
7.4.3	Правила контроля объекта.....	73
7.5	Объект «Коэффициент изменения тарифа».....	74
7.5.1	Краткая характеристика объекта.....	74
7.5.2	Структура объекта.....	75
7.5.3	Правила контроля объекта.....	75
7.6	Объект «Показатель текущего месячного плана медицинской организации».....	77
7.6.1	Краткая характеристика объекта.....	77
7.6.2	Структура объекта.....	78
7.6.3	Правила контроля объекта.....	78
7.9	Объект «Время оказания скорой медицинской помощи».....	79
7.9.1	Краткая характеристика объекта.....	79
7.9.2	Структура объекта.....	79
7.9.3	Правила контроля объекта.....	80
7.10	Объект «Медицинские мероприятия первого этапа диспансеризации взрослого населения».....	81
7.10.1	Краткая характеристика объекта.....	81
7.10.2	Структура объекта.....	81
7.10.3	Правила контроля объекта.....	81
7.11	Объект «Случай оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико- статистических групп (КСГ)».....	83
7.11.1	Краткая характеристика объекта.....	83
7.11.2	Структура объекта.....	83
7.11.3	Правила контроля объекта.....	85

7.12 Объект «Формула зуба».....	100
7.12.1 Краткая характеристика объекта.....	100
7.12.2 Структура объекта.....	100
7.12.3 Правила контроля объекта.....	100
7.13 Объект «Сведения о диспансеризации, профилактических осмотрах и назначениях».....	101
7.13.1 Краткая характеристика объекта.....	101
7.13.2 Структура объекта.....	101
7.13.3 Правила контроля объекта.....	102
7.14 Объект «Сведения о лечении онкологического заболевания или медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование».....	105
7.14.1 Краткая характеристика объекта.....	105
7.14.2 Структура объекта.....	105
7.14.3 Правила контроля объекта.....	107
8. Конечный результат процесса обмена	115
9. Обязанности сторон.....	115
10. Основания для отказа в осуществлении процедур и порядок обжалования.....	116
11. Порядок получения консультаций по процессу обмена	116
Приложение 1	118
Приложение 2	119
Приложение 3	120
Приложение 4.....	121
Приложение 5	122
Приложение 6.....	125
Приложение 7	130
Приложение 8.....	131
Приложение 9.....	134
Приложение № 10.....	135
Приложение № 10а	136
Приложение № 10б.....	137
Приложение № 11	138
Приложение № 11а	139
Приложение № 11б.....	140
Приложение 12.....	141

1. Аннотация

Настоящий документ устанавливает требования к регламенту информационного обмена в соответствии с «Порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н, «Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79, «Техническими условиями информационного взаимодействия автоматизированных информационных систем участников ОМС в Московской области», утвержденными Приказом ТФОМС МО от 17 ноября 2014 года № 296 (далее – Технические условия, ТУ), Соглашение между Министерством здравоохранения Московской области и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области о предоставлении межбюджетных трансфертов из бюджета Московской области бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области на дополнительное финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования и мероприятий в рамках Московской областной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Принятые сокращения:

Таблица 1

Сокращение	Полное наименование
АИС	Автоматизированная информационная система
МО	Медицинская организация
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОТР	Организационно-технологический регламент
РС ЕРЗ	Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Московской области
СВП	Схема ведения пациента
СКЗИ	Средство криптографической защиты информации
СМО	Страховая медицинская организация
СМП	Стандарт медицинской помощи
ТФОМС МО	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области
ФЛК	Форматно-логический контроль
ПКПС	Первичный контроль входящих электронных почтовых сообщений
ЦС ЕРЗ	Центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц Российской Федерации
ЭП	Электронная подпись

3. Наименование процесса обмена

Передача – приемка сводного отчета медицинской организации об оказанной по Московской областной программе ОМС медицинской помощи лицам, включая

застрахованных по ОМС на территории Московской области (плательщики – СМО) и на других территориях РФ (плательщик – ТФОМС МО).

4. Ответственный по процессу

Медицинская организация отвечает за подготовку и передачу данных.

ТФОМС МО отвечает за готовность программно-технологической среды, организацию приема данных, прием и контроль полученных данных по установленным правилам, автоматизированную обработку данных в соответствии с «Порядком ведения персонализированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

5. Участники информационного обмена

Участник, передающий данные – МО.

Участник, принимающий данные – ТФОМС МО.

6. Процесс информационного обмена

Процесс информационного обмена необходим для осуществления функции ТФОМС МО по автоматизированной обработке полученных от медицинских организаций сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Процесс информационного обмена состоит из последовательно выполняемых этапов:

Этап 0 (вспомогательный). Определение страховой принадлежности застрахованного лица при обращении в медицинскую организацию.

Этап 1. Передача и получение сводного отчета об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи.

Этап 2. Форматно-логический контроль целостности данных объектов информационного обмена.

Этап 3. Идентификация застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определение страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета;

Этап 4. Выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, определение их территории страхования и реквизитов действующего полиса ОМС;

Типовые требования к шаблонам имен файлов, участвующих в информационном обмене, приведены в Приложении 5 к настоящему документу.

Требования к шифрованию и использованию электронной подписи – в соответствии с «Техническими условиями», п.2.4.

Примечания

1. Под «полисом ОМС» в настоящем документе будет пониматься «документ, подтверждающий факт страхования по ОМС» (см. «Технические условия», раздел 1.3 Общие понятия).
2. Под электронной подписью организации (ТФОМС МО, МО или СМО) подразумевается электронная подпись, предусмотренная «Техническими условиями», раздел 2.4 для подписания сводов электронных документов.

6.0 Этап 0 (вспомогательный). Определение страховой принадлежности застрахованного лица при обращении в медицинскую организацию

6.0.1 Условия начала этапа

В медицинскую организацию за медицинской помощью обратился гражданин, страховая принадлежность которого по обязательному медицинскому страхованию не может быть установлена (возникают сомнения при определении) согласно предъявленным документам. Участники информационного взаимодействия получили усиленную квалифицированную электронную подпись в аккредитованном удостоверяющем центре в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» зарегистрировали сертификат ключа проверки электронной подписи в автоматизированной информационной системе ТФОМС МО. Рабочие места участников информационного взаимодействия оборудованы СКЗИ. Участники обменялись действующими Сертификатами ключа проверки (далее – Сертификатами) ЭП, обучены использованию СКЗИ и ЭП.

Примечания

Для регистрации сертификата ключа проверки ЭП в автоматизированной информационной системе ТФОМС МО медицинская организация должна направить сканированную копию заявления на регистрацию участника информационного взаимодействия автоматизированных информационных систем участников обязательного медицинского страхования на территории Московской области по форме в соответствии с Приложением 12, и файл сертификата ключа проверки электронной подписи на адрес электронной почты uc_mofoms@mofoms.ru. Оригинал заявления предоставляется по почте или нарочно.

Обмен Сертификатами ключа проверки ЭП участников информационного обмена производится посредством обмена файлами (по электронной почте или нарочным на съемных носителях информации).

Далее под «ключом проверки ЭП» понимается «открытый ключ» шифрования в методологии РКІ; под «ключом ЭП» понимается «закрытый ключ» шифрования в методологии РКІ.

6.0.2 Сроки действий

Информационное взаимодействие на данном этапе производится в постоянном режиме.

6.0.3 Действия участников на этапе

МО направляет в ТФОМС МО файлы - реестры обратившихся пациентов, в отношении которых необходимо провести определение страховой принадлежности, в составе пакета информационного обмена установленного формата (см.п.6.0.5).

На каждого пациента, чьи персональные данные включены в запрос страховой принадлежности, МО направляет в ТФОМС МО «Ходатайство об идентификации в качестве застрахованного лица», предусмотренное «Правилами обязательного медицинского страхования».

Пакет информационного обмена предоставляется от имени МО - юридического лица.

ТФОМС МО предоставляет круглосуточно действующий электронный почтовый адрес для приемки данных по каналам электронной почты. Информационное

взаимодействие в явочном порядке путем передачи-приема электронного носителя информации на данном этапе не предусмотрено.

ТФОМС МО производит первичный контроль входящих электронных почтовых сообщений (далее – ПКПС) и информирует МО о факте получения пакета информационного обмена и результатах ПКПС.

6.0.4 Способ передачи и приема объектов

Предусматривается единственный способ передачи и приема объектов информационного обмена с применением средств защищенного телекоммуникационного взаимодействия информационных систем с использованием протоколов SMTP/ESMTP для передачи электронных почтовых сообщений, POP3 - для чтения электронных почтовых сообщений.

Для информационного обмена между МО и ТФОМС МО используется «Пакет информационного обмена» (далее – Пакет). При информационном обмене каждый Пакет нумеруется, и весь информационный обмен в рамках Пакета происходит с указанием этого номера. Последовательная нумерация Пакетов ведется в течение даты запроса. Все пакеты, полученные ТФОМС МО от МО, обрабатываются в порядке очереди поступления – до успешного завершения форматно-логического контроля предыдущего пакета, следующий пакет не обрабатывается.

Пакет является *логически-неделимой* единицей приёма данных от МО. Он может быть принят или не принят только целиком.

В Пакет должен быть включен единственный электронный документ – Свод реестров обратившихся пациентов (далее – Свод). Каждый Свод является ZIP-архивом, содержащим файлы реестров с персональными данными застрахованных лиц, обратившихся в любую МО, входящую в юридическое лицо. Свод является *физически-неделимой* единицей передачи информации. Свод не может быть передан по частям (многотомные архивы не допускаются). Свод является электронным документом, к которому применяется ЭП и шифрование при информационном обмене (см.п.2.4 ТУ).

При передаче Пакета в виде электронного почтового сообщения тема письма должна содержать следующий набор текста:

QPID_ННННННDDMMYY p (см. Приложение 5 к настоящему документу).

Примечания:

- 1) Каждый новый пакет должен иметь свой уникальный идентификатор номера пакета «р». Смена номера для нового пакета происходит после получения ответного электронного письма с темой типа «АСК2» по предыдущему пакету. При получении ответного электронного письма с темой типа «НАСК» менять(увеличивать) номер пакета не надо. Следующий пакет можно слать после прихода сообщений типа «НАСК» или «АСК2» по результатам ПКПС предыдущего (об уведомлениях робота приема счетов в процессе ПКПС см.ТУ, п.п.5.3; 5.4)
- 2) При переходе от одной даты к другой меняется типовое имя пакета и начальный идентификатор номера пакета «р» должен принимать стартовое значение: «1».

Повторное представление от имени МО «Пакета информационного обмена» с темой сообщения или Свода, одноименными с ранее переданными, при отсутствии ошибок

передачи пакета и ошибок форматно-логического контроля, в том числе при отсутствии результатов сверки и идентификации по единому регистру застрахованных, не допускается и блокируется на уровне настройки программы автоматического приёма в ТФОМС МО.

Суммарный размер свода, вложенного в одно электронное письмо не должен превышать 100 Мб.

Передача данных в виде электронного почтового сообщения должна производиться с так называемого «доверенного электронного почтового адреса». Для ТФОМС МО «доверенными электронными почтовыми адресами» признаются электронные почтовые адреса МО, зарегистрированные в качестве таковых в автоматизированной информационной системе ТФОМС МО в соответствии с официальным письмом МО.

6.0.5 Состав и целостность передаваемых данных

В Свод реестров обратившихся пациентов должны входить файлы информационного обмена с уникальным в рамках свода именем. Имя файла информационного обмена может быть присвоено произвольным образом с учетом ограничений файловой системы Microsoft Windows. Длина имени файла, включая расширение имени и разделитель (точку между именем и расширением), не должна превышать 50 символов. Количество файлов, включенных в Свод, ограничено только максимальным размером свода – 100 Мб.

Файл информационного обмена должен состоять из записей об объектах типа «Пациент» (см.п.7.2).

Указанные файлы упаковываются в Свод - архив формата ZIP. Архив не должен содержать посторонних файлов, не относящихся к предмету информационного обмена. Архив не должен содержать информацию о путях к архивированному файлам. Архив не должен быть зашифрован средствами шифрования архиватора (пароль на архив).

Имя файла свода формируется по следующему правилу:

QPID_ННННННDDMMYY.P.ZIP (см. Приложение 5)

Каждый Свод должен быть подписан электронной подписью МО и зашифрован с помощью СКЗИ (см. ТУ, п.2.4) ключом проверки ЭП ТФОМС МО. Окончательное имя файла свода, передаваемого в пакете, должно соответствовать:

QPID_ННННННDDMMYY.P.ZIP.SIG.ENC (см. Приложение 5)

6.0.6 Состав передаваемых документов

На данном этапе не предусматривается передачи сопроводительных документов из МО в ТФОМС МО.

При получении ТФОМС МО Пакета в виде электронного почтового сообщения ТФОМС МО направляет в МО сообщение, подтверждающее получение Пакета и содержащее результат контроля целостности Пакета путем:

- Направления на доверенный адрес электронной почты отправителя электронного почтового сообщения соответствующего содержания;
- Размещения информации о получении сводного отчёта на средствах контроля рабочих процессов сдачи счетов (при наличии технической возможности).

6.0.7 Порядок и формы контроля данных

При осуществлении информационного обмена на программных средствах ТФОМС МО производится автоматический первичный контроль входящих почтовых сообщений (далее - ПКПС). Порядок ПКПС соответствует разделу 5 ТУ.

При этом устанавливаются следующие требования:

Электронный почтовый адрес Получателя – ТФОМС МО: reestrin@mofoms.ru.

Протокол ПКПС оформляется в виде файла таблицы базы данных формата FoxPro / dBASE IV без мемо-полей (формат DBF). Имя протоколу присваивается согласно шаблону:

cQPID_ННННННDDMMYYR.DBF (см. Приложение 5)

Протокол контроля упаковывается в ZIP-архив. Имя упакованного Протокола формируется в соответствии с шаблоном:

cQPID_ННННННDDMMYYR.ZIP (см. Приложение 5).

6.0.8 Условия завершения этапа

Условиями завершения этапа являются:

1. Поступление в ТФОМС МО Пакета информационного обмена;
2. Успешное выполнение контроля соблюдения ограничений и требований к целостности данных на уровне содержания всех Сводов Пакета (см.п.6.0.7).

При выполнении указанных условий участники информационного обмена могут перейти к Этапу 2.

6.1 Этап 1. Передача и получение сводного отчета об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи.

6.1.1 Условия начала этапа

Завершение МО персонифицированного учета оказанной за отчетный период (календарный месяц) медицинской помощи, формирование реестров счетов в электронном виде, предварительный расчет стоимости медицинских услуг. В медицинскую организацию за медицинской помощью обратился гражданин, страховая принадлежность которого по обязательному медицинскому страхованию не может быть установлена (возникают сомнения при определении) согласно предъявленным документам. Участники информационного взаимодействия получили усиленную квалифицированную электронную подпись в аккредитованном удостоверяющем центре в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» зарегистрировали сертификат ключа проверки электронной подписи в автоматизированной информационной системе ТФОМС МО. Рабочие места участников информационного взаимодействия оборудованы СКЗИ. Участники обменялись действующими Сертификатами ключа проверки (далее – Сертификатами) ЭП, обучены использованию СКЗИ и ЭП.

Примечания

Для регистрации сертификата ключа проверки ЭП в автоматизированной информационной системе ТФОМС МО медицинская организация должна направить сканированную копию заявления на регистрацию участника информационного

взаимодействия автоматизированных информационных систем участников обязательного медицинского страхования на территории Московской области по форме в соответствии с Приложением 12, и файл сертификата ключа проверки электронной подписи на адрес электронной почты uc_mofoms@mofoms.ru. Оригинал заявления предоставляется по почте или нарочно.

Обмен Сертификатами ключа проверки ЭП участников информационного обмена производится посредством обмена файлами (по электронной почте или нарочным на съемных носителях информации).

Далее под «ключом проверки ЭП» понимается «открытый ключ» шифрования в методологии РКІ; под «ключом ЭП» понимается «закрытый ключ» шифрования в методологии РКІ.

6.1.2 Сроки действий

Предусмотрено два режима выполнения данного этапа информационного обмена – **проверочный** (тестовый) и **контрольный**.

Информационный обмен в проверочном режиме осуществляется с целью заблаговременного контроля, сверки и идентификации персональных данных застрахованных лиц по мере персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной им, и обеспечивает своевременную идентификацию большинства застрахованных лиц с учетом сроков обработки запросов на определение страховой принадлежности в ЦС ЕРЗ и сроков выставления счетов на оплату в СМО.

Проверочный режим **доступен** начиная с 10-го числа месяца отчетного периода. Проверочный режим делается **недоступным** после поступления за отчетный период пакета в контрольном режиме при условии безошибочной обработки такого пакета (пустые протокол 1 и 2). Проверочный режим **снова** становится доступным после санкционирования пересдачи. С первого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, проверочный режим осуществляется только по Этапам 1 и 2.

Информационный обмен в контрольном режиме производится с целью окончательного приемо-сдаточного контроля, сверки и идентификации персональных данных застрахованных лиц.

Информационный обмен в контрольном режиме производится ежемесячно, начиная с первого рабочего дня месяца, следующего за отчетным.

При отсутствии попыток медицинской организации сдать Пакет электронного отчета в ТФОМС МО в контрольном режиме **до пятого рабочего дня месяца, следующего за отчетным**, ТФОМС МО оставляет за собой право считать, что в данной медицинской организации медицинская помощь лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в отчетном периоде не оказывалась. Прикладному программному обеспечению (роботу приемки счетов) ТФОМС МО будет дана команда о прекращении ожидания отчета от конкретной «неактивной» медицинской организации. Если медицинская организация, включенная в список «неактивных», попытается впоследствии отправить в ТФОМС МО Пакет электронного отчета в контрольном режиме, то в приеме Пакета ей будет отказано с разъяснением о вышеизложенной причине.

Кроме вышеописанных штатных режимов информационного взаимодействия предусмотрен режим санкционированной ТФОМС МО пересдачи счетов. В этом режиме МО после предварительного письменного согласования с ТФОМС МО может повторно сформировать и направить измененные счета и реестры счетов в адрес согласованного перечня плательщиков за согласованный отчетный период. Информационный обмен Фонда с конкретной МО в режиме санкционированной пересдачи счетов начинается после уведомления ответственного представителя МО уполномоченным сотрудником Фонда о технической возможности такого обмена (после передачи административной команды

прикладному программному обеспечению ТФОМС МО). Уведомление направляется в МО и СМО согласно Приложению 6 (раздел «Пересдача счетов за период»).

Положения настоящего документа вступают в силу с отчетного периода **«ноябрь 2021 г.»**

6.1.3 Действия участников на этапе

МО направляет в ТФОМС МО сводный электронный отчет в виде пакета сводов файлов установленного формата (см.п.6.1.5).

Сводный отчет предоставляется от имени МО – юридического лица и включает в себя данные об оказанной медицинской помощи во всех МО, входящих в юридическое лицо. В сводный отчет включаются реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную всем категориям застрахованных лиц независимо от места страхования. Представление данных от имени МО, входящей в юридическое лицо, не допускается.

ТФОМС МО предоставляет круглосуточно действующий электронный почтовый адрес для приемки данных по каналам электронной почты и устанавливает время приема данных на электронном носителе в офисе ТФОМС МО по адресу г. Москва, Бутырская ул. д.46 стр.1, комната 402 с 9 до 16 часов по предварительной записи.

ТФОМС МО производит первичный контроль входящих электронных почтовых сообщений (далее – ПКПС) и информирует МО о факте получения пакета информационного обмена и результатах ПКПС.

6.1.4 Способ передачи и приема объектов

Предусматриваются 2 способа передачи и приема объектов информационного обмена:

- с применением средств защищенного телекоммуникационного взаимодействия информационных систем с использованием протоколов SMTP/ESMTP для передачи электронных почтовых сообщений, POP3 - для чтения электронных почтовых сообщений;
- без применения средств защищенного телекоммуникационного взаимодействия информационных систем – передача и прием данных на электронных носителях информации.

Для информационного обмена между МО и ТФОМС МО используется «Пакет информационного обмена» (далее - Пакет). Пакет содержит данные по всем случаям оказания медицинской помощи за отчетный период лицам, застрахованным на территории Московской области, застрахованным на территории других субъектов РФ, включая застрахованных лиц, не осуществивших выбор СМО и не относящихся к зарегистрированным застрахованным лицам. При информационном обмене за отчетный период каждый Пакет нумеруется, и весь информационный обмен в рамках Пакета происходит с указанием этого номера. В отдельный момент времени между МО и ТФОМС МО возможен информационный обмен за отчетный период только в рамках пакета с одним номером. Пакет является *логически-неделимой* единицей приёма данных от МО. Он может быть принят или не принят только целиком.

Пакет состоит из набора электронных документов - Сводов по плательщику (далее - Своды). Каждый Свод является ZIP-архивом, содержащим файлы реестра счетов за отчетный период от МО в адрес одного плательщика (СМО или ТФОМС МО). Свод является *физически-неделимой* единицей передачи информации. Свод не может быть передан по частям (многотомные архивы не допускаются). Свод является электронным документом, к которому применяется ЭП и шифрование при информационном обмене

(см.п.2.4 ТУ). Количество Сводов в Пакете равно количеству СМО, работающих на территории Московской области, плюс 1 (ТФОМС МО как плательщик за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным по ОМС за пределами Московской области).

В пакет в обязательном порядке (в том числе в режиме санкционированной Фондом передачи счетов) должны быть включены Свод по всем СМО – плательщикам, работающим в системе ОМС Московской области, Свод по плательщику «ТФОМС МО» и Свод по пациентам, не идентифицированным как застрахованные и не застрахованным по ОМС. В случае отсутствия счета в адрес конкретного плательщика за данный отчетный период в Свод включаются «пустые» файлы (см. п. 6.1.5). Это необходимо для исключения технических ошибок при формировании Пакета, когда отсутствие Свода в пакете будет воспринято плательщиком как отсутствие счета в его адрес. В режиме санкционированной Фондом передачи счетов наличие полного комплекта сводов необходимо для контроля неизменности согласованных тарифов в целом по юридическому лицу при изменении отдельных счетов и для контроля полноты данных (во избежание случайного отсутствия сводов в Пакете).

В свод должны включаться следующие электронные документы:

«Коэффициенты изменения тарифа»;
«Протокол текущего месячного плана и фактических объемов медицинской организации» (начиная с отчетного периода «0120» может отсутствовать в свод);
«Реестр пролеченных пациентов»;
«Реестр медицинских услуг»;
«Реестр исполнителей медицинских услуг»;
«Реестр учета времени оказания скорой медицинской помощи»;
«Медицинские мероприятия первого этапа диспансеризации взрослого населения»;
«Реестр учета специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинко-статистических групп (КСГ)»;
«Формула зуба»;
«Сведения о диспансеризации, профилактических осмотрах и назначениях»;
«Сведения о лечении онкологического заболевания или медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование».

Файлы «Сводная справка к Реестру счетов», «Справка по подушевому финансированию А и/или С» (при финансировании МО по подушевому способу по амбулаторно-поликлинической и/или скорой медицинской помощи) формируются в соответствии с действующим Тарифным соглашением и ОТР, и независимо от формата представления прочих файлов всегда представляются в формате PDF.

При передаче Пакета в виде электронного почтового сообщения тема письма должна содержать следующий набор текста:

REESTRTEST_ННННН50ММYY р n/v – для проверочного режима;
REESTR_ННННН50ММYY р n/v – для контрольного режима и для режима санкционированной передачи счетов.

(см. Приложение 5).

Примечания:

- 1) Каждый новый пакет в проверочном режиме независимо от результатов приемки предыдущего пакета в тестовом режиме должен иметь свой уникальный идентификатор номера пакета «р».
- 2) При переходе от проверочного режима к контрольному меняется типовое имя пакета и начальный идентификатор номера пакета «р» должен принимать стартовое значение: «1».

- 3) Для режима санкционированной передачи реестров счетов остается неизменной типовая тема электронного письма-пакета (**REESTR_НННННН50ММУУ р n/v**), но идентификатор номера пакета «р» должен принимать значение, следующее за номером пакета, который был перед этим успешно принят в контрольном режиме в данном отчетном периоде.

Повторное представление от имени МО «Пакета информационного обмена» за один и тот же отчетный период в контрольном режиме при отсутствии ошибок передачи пакета и форматно-логического контроля и при отсутствии результатов сверки и идентификации по единому регистру застрахованных, требующих изменения реестра счетов МО, не допускается и блокируется на уровне настройки программы автоматического приёма в ТФОМС МО.

Все Своды Пакета могут быть отправлены как приложения одного электронного письма. В этом случае значения n/v в теме сообщения не указываются. Если технические возможности отправителя не позволяют отправить весь Пакет одним электронным письмом, то Своды должны отправляться отдельным письмом для каждого Свода или для группы Сводов. В этом случае темы писем должны оканчиваться на «... 1/v», «... 2/v» и так далее до «... v/v» включительно.

Суммарный размер сводов, вложенных в одно электронное письмо не должен превышать 100 Мб.

Повторная передача Свода при отправке Пакета несколькими электронными письмами не допускается. Обработка Пакета начнётся только после получения всех писем. Пропусков в нумерации сообщений (фрагмент n/v темы письма) быть не должно. Все сообщения должны быть отправлены в течение 6 часов с момента отправки первого сообщения. Если за указанное время все письма не получены, то приём сообщений с тем же порядковым номером Пакета прекращается, и Пакет автоматически аннулируется. Если до завершения приёма всех сообщений одного Пакета пришло сообщение с номером следующего Пакета, то приёмка сообщений устаревшего Пакета прекращается, и он автоматически аннулируется.

Передача данных в виде электронного почтового сообщения должна производиться с так называемого «доверенного электронного почтового адреса». Для ТФОМС МО «доверенными электронными почтовыми адресами» признаются электронные почтовые адреса МО, зарегистрированные в качестве таковых в автоматизированной информационной системе ТФОМС МО в соответствии с официальным письмом МО.

Примечание

«Доверенные электронные почтовые адреса» медицинских организаций, зарегистрированные в ТФОМС МО, должны признаваться в качестве таковых и в страховых медицинских организациях, осуществляющих информационное взаимодействие в системе ОМС. ТФОМС МО публикует перечень «Доверенных электронных почтовых адресов» медицинских организаций в библиотеке нормативно-методических документов на официальном сайте ТФОМС МО, учитывая изменения в течение рабочего дня поступления от медицинской организации.

6.1.5 Состав и целостность передаваемых данных

В Свод по плательщику за отчётный период должны входить следующие файлы с указанным ниже порядком именованием:

«Реестр пролеченных пациентов» – **PCCMMYY.DBF**

«Реестр медицинских услуг» – **UCCMMYY.DBF**

«Реестр исполнителей медицинских услуг» – **DCCMMYY.DBF**

«Коэффициенты изменения тарифа» – **KCCMMYY.DBF**

«Протокол текущего месячного плана и фактических объемов медицинской организации» – **TCCMMYY.DBF** (начиная с отчетного периода «0120» может отсутствовать в своде).

«Реестр учета времени оказания скорой медицинской помощи» – **XCCMMYY.DBF**;

«Медицинские мероприятия первого этапа диспансеризации взрослого населения» – **MCCMMYY.DBF**;

«Реестр учета специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп (КСГ)» – **GCCMMYY.DBF**;

«Формула зуба» – **ZCCMMYY.DBF**;

«Сведения о диспансеризации, профилактических осмотрах и назначениях» – **NCCMMYY.DBF**.

«Сведения о лечении онкологического заболевания или медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование» – **СССММYY.DBF**.

К Реестрам счетов обязательным приложением является Сводная справка, содержащая агрегированную информацию о структуре, тарифах и стоимости оказанной медицинской помощи и сформированная из соответствующего Реестра счетов (далее – Сводная справка).

Сводные справки к Реестру счетов формируются по формам, установленным приложением № 10 и приложением № 10а («иногородние») к настоящему ОТП для базовой программы и приложением № 10б (финансирование ФАП)

«Сводная справка» – **SCCMMYY.PDF**. Файл должен быть включён в свод при наличии реестров счетов по базовой программе ОМС (при наличии), в том числе, при наличии в счетах за медицинскую помощь записей предыдущих отчетных периодов. Сводная справка формируется по межтерриториальной помощи (при наличии), а также за медицинскую помощь, оказанную не идентифицированным как застрахованные и не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам (при наличии);

При применении Медицинской организацией «подушевого» способа оплаты формируется Справка по подушевому финансированию («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) по форме согласно Приложению № 11 к настоящему ОТП и Справка по подушевому финансированию («подушевое» финансирование скорой медицинской помощи) по форме согласно Приложению № 11а к настоящему ОТП, или Справка по подушевому финансированию («подушевое» финансирование **всех условий оказания медицинской помощи**) по форме согласно Приложению № 11б к настоящему ОТП).

«Справка по подушевому финансированию А» – **OaCCMMYY.PDF** (должен быть включён в свод при наличии счёта для СМО и при условии финансирования МО по подушевому способу по амбулаторно-поликлинической помощи);

«Справка по подушевому финансированию С» – **OcCCMMYY.PDF** (должен быть включён в свод при наличии счёта для СМО и при условии финансирования МО по подушевому способу по скорой медицинской помощи);

«Сводная справка по подушевому финансированию по всем условиям оказания медицинской помощи» – **OuCCMMYY.PDF** (должен быть включён в свод при наличии счёта для СМО и при условии финансирования МО по подушевому способу по всем условиям оказания).

Где P, U, D, K, L, T, S, Oa, Oc, Ou, X, M, G, Z, N, C – обязательные буквенные символы латинского алфавита (см. Приложение 5).

В случае отсутствия счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным какой-либо СМО, или счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным на других территориях РФ, или счета за медицинскую помощь пациентам, *не идентифицированным* как застрахованные и не застрахованным по ОМС, в Свод по плательщику за отчетный период:

- должны быть включены пустые (не содержащие записей) файлы информационного обмена в формате DBF: **PCCMMYY.DBF, UCCMMYY.DBF, DCCMMYY.DBF, XCCMMYY.DBF, MCCMMYY.DBF, GCCMMYY.DBF, ZCCMMYY.DBF, NCCMMYY.DBF, CCCMMYY.DBF, KCCMMYY.DBF, TCCMMYY.DBF** (может отсутствовать начиная с отчетного периода «0120»);
- должны отсутствовать файлы **SCCMMYY.PDF, OaCCMMYY.PDF, OcCCMMYY.PDF, OuCCMMYY.PDF**

Если медицинская организация не оказывает и не представляет к оплате медицинские услуги скорой медицинской помощи, в Свод по плательщику за отчетный период должен быть включен пустой (не содержащий записей) файл информационного обмена в формате DBF: **XCCMMYY.DBF**.

Если медицинская организация не проводит диспансеризацию взрослого населения и не представляет к оплате медицинские услуги по диспансеризации взрослого населения, в Свод по плательщику за отчетный период должен быть включен пустой (не содержащий записей) файл информационного обмена в формате DBF: **MCCMMYY.DBF**.

Если медицинская организация не ведет персонифицированного учета специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинко-статистических групп (КСГ), в Свод по плательщику за отчетный период должен быть включен пустой (не содержащий записей) файл информационного обмена в формате DBF: **GCCMMYY.DBF**.

Если медицинская организация не оказывает и не представляет к оплате медицинские услуги по стоматологии, в Свод по плательщику за отчетный период должен быть включен пустой (не содержащий записей) файл информационного обмена в формате DBF: **ZCCMMYY.DBF**.

Если медицинская организация не проводит диспансеризацию или профилактические осмотры, не представляет к оплате медицинские услуги по диспансеризации или профилактическим осмотрам, в Свод по плательщику за отчетный период должен быть включен пустой (не содержащий записей) файл информационного обмена в формате DBF: **NCCMMYY.DBF**.

Если медицинская организация не осуществляет лечение онкологического заболевания или медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование, в Свод по плательщику за отчетный период должен быть включен пустой (не содержащий записей) файл информационного обмена в формате DBF: **CCCMMYY.DBF**.

Если в счетах за медицинскую помощь присутствуют только записи предыдущих отчетных периодов (U.OT_PER_U<U.OT_PER) в Свод по плательщику за отчетный период должны быть включены пустые (не содержащий записей) файлы **KCCMMYY.DBF** и **TCCMMYY.DBF** (может отсутствовать начиная с отчетного периода «0120»).

Указанные файлы упаковываются в Свод - архив формата ZIP. Архив не должен содержать посторонних файлов, не относящихся к предмету информационного обмена. Архив не должен содержать информацию о путях к архивированным файлам. Архив не должен быть зашифрован средствами шифрования архиватора (пароль на архив).

Имя файла Свода формируется по следующему правилу:

НННННССММУУ.ZIP (см. Приложение 5)

Каждый Свод должен быть подписан электронной подписью МО и зашифрован с помощью СКЗИ (см. ТУ, п.2.4) ключом проверки ЭП ТФОМС МО. Окончательное имя файла Свода, передаваемого в Пакете, должно соответствовать:

НННННССММУУ.ZIP.SIG.ENC (см. Приложение 5)

Внимание:

Если при шифровании Свода, относящегося к плательщику-СМО, на данном этапе МО применит ключ проверки ЭП СМО, такой Свод не сможет быть расшифрованным в ТФОМС МО, что вызовет ошибку передачи Пакета (см.п.6.1.7).

Сведения о количестве и стоимости услуг параклинических служб (VID_SF='00' и ED_IZM='19') не должны включаться в Сводные справки к реестрам счетов, Справки по подушевому финансированию и в Акты передачи-приемки данных об оказанной медицинской помощи.

6.1.6 Состав передаваемых документов

На данном этапе не предусматривается передачи сопроводительных документов из МО в ТФОМС МО.

При получении ТФОМС МО Пакета в виде электронного почтового сообщения ТФОМС МО направляет в МО сообщение, подтверждающее получение Пакета и содержащее результат контроля целостности Пакета путем:

- Направления на доверенный адрес электронной почты отправителя электронного почтового сообщения соответствующего содержания;
- Размещения информации о получении сводного отчёта на средствах контроля рабочих процессов сдачи счетов (при наличии технической возможности).

6.1.7 Порядок и формы контроля данных

При осуществлении информационного обмена на программных средствах ТФОМС МО производится автоматический первичный контроль входящих почтовых сообщений (далее - ПКПС). Порядок ПКПС соответствует разделу 5 ТУ.

При этом устанавливаются следующие требования:

Электронный почтовый адрес Получателя – ТФОМС МО: reestrin@mofoms.ru.

Протокол ПКПС оформляется в виде файла таблицы базы данных формата FoxPro / dBASE IV без мемо-полей (формат DBF). Имя протоколу присваивается согласно шаблону:

сНННННССММУУ.DBF (см. Приложение 5)

Протокол контроля упаковывается в ZIP-архив. Имя упакованного Протокола формируется в соответствии с шаблоном:

сНННННССММУУ.ZIP (см. Приложение 5).

6.1.8 Условия завершения этапа

Условиями завершения этапа являются:

1. Поступление в ТФОМС МО всех частей Пакета (при обмене по электронной почте контролируется по заголовкам писем). В случае неполучения хотя бы одного электронного письма Пакета в течение периода ожидания или неправильного указания темы электронного письма автоматическое программное обеспечение ТФОМС МО отправляет на доверенный почтовый ящик МО техническое сообщение, содержащее причину отказа в приемке Пакета;
2. Успешное выполнение контроля соблюдения ограничений и требований к целостности данных на уровне содержания всех Сводов Пакета (см. п. 6.1.7).

При выполнении указанных условий участники информационного обмена могут перейти к Этапу 2.

6.2 Этап 2. Форматно-логический контроль целостности данных объектов информационного обмена

6.2.1 Условия начала этапа

Успешное завершение Этапа 0 или Этапа 1. Наличие в ТФОМС МО Пакета информационного обмена, полученного от МО на Этапе 0 или Этапе 1, удовлетворяющего ограничениям и требованиям к целостности данных на уровне содержания всех Сводов Пакета.

6.2.2 Сроки действий

При получении Пакета информационного обмена по электронной почте до 13:00 текущего рабочего дня форматно-логический контроль выполняется до 18:00 того же дня в автоматическом режиме.

При получении Пакета информационного обмена по электронной почте после 13:00 текущего рабочего дня форматно-логический контроль выполняется до 9:00 следующего дня в автоматическом режиме.

При получении Пакета информационного обмена в явочном порядке на электронном носителе информации форматно-логический контроль выполняется в сроки, установленные для обмена по электронной почте с учетом времени подготовки и дальнейшей пересылки электронного почтового сообщения на круглосуточно действующий электронный почтовый адрес для приемки данных по каналам электронной почты.

6.2.3 Действия участников на этапе

ТФОМС МО производит форматно-логический контроль целостности данных в файлах, представленных в Пакете информационного обмена. При наличии ошибок МО устраняет их и повторяет процедуру информационного обмена в соответствии с Этапом 0 или Этапом 1 (присвоив Пакету очередной номер).

При отсутствии ошибок участники информационного обмена переходят:

- к Этапу 3, если информационный обмен начат с Этапа 1;
- к Этапу 5, если информационный обмен начат с Этапа 0.

ТФОМС МО формирует и упаковывает в ZIP-архив «Протокол форматно-логического контроля целостности данных объектов информационного обмена» (далее – Протокол 1). Имя упакованного ТФОМС МО Протокола 1 формируется в соответствии с шаблоном:

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 0:

FLQPID_ННННННDDMMYYP.ZIP (см.Приложение 5).

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 1:

FLНННННН50MMYYP.ZIP (см.Приложение 5)

ТФОМС МО направляет на электронный доверенный адрес МО отдельным электронным письмом Протокол 1.

МО получает из ТФОМС МО Протокол 1.

В случае, если Протокол 1 не содержит ни одной записи, ошибки форматно-логического контроля целостности данных отсутствуют, участники информационного обмена переходят к Этапу 3 или к Этапу 5 в зависимости от начального этапа информационного взаимодействия.

В случае, если Протокол 1 содержит хотя бы одну запись, МО должна учесть результаты форматно-логического контроля, исправить ошибки и повторить действия по Этапу 1. В случае невыполнения этих требований со стороны МО и выставления в СМО для дальнейшей обработки Пакета, не удостоверенного ЭП ТФОМС МО, ответственность за отклонение от оплаты реестра счетов возлагается на МО.

6.2.4 Способ передачи и приема объектов

Объектом информационного обмена на данном этапе является Протокол 1, который в случае телекоммуникационного взаимодействия участников информационного обмена направляется по электронной почте в МО или передается представителю МО при передаче-приемке данных в явочном порядке.

При передаче данных Протокола 1 в виде электронного почтового сообщения тема письма должна содержать следующий набор текста:

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 0:

FL_QPID_ННННННDDMMYYP p (см.Приложение 5).

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 1:

«**FL_НННННН50MMYYP** p» (см.Приложение 5)

Протокол 1 передается в МО одним почтовым сообщением. Ответственность за емкость электронного почтового ящика МО и настройки специального программного обеспечения МО для защиты от спама возлагается на МО.

6.2.5 Порядок и формы контроля данных

На данном этапе проверяется отсутствие в файлах информационного обмена ошибок целостности данных, предусмотренных «Техническими условиями».

Нарушение целостности данных рассматривается как фатальная ошибка и кодируется в соответствии с «Техническими условиями» (п.4, табл.37).

Наличие фатальной ошибки хотя бы в одном файле – предмете информационного обмена является причиной отказа в приемке всего Пакета.

6.2.6 Состав передаваемых документов

По результатам выполнения Этапа 2 составляется **Протокол 1** в электронном виде. К Протоколу 1, содержащему совокупность контрольно-регистрационных объектов типа «Ошибки целостности данных», в зависимости от формата файла информационного обмена предъявляются нижеследующие требования.

Для файлов информационного обмена формата DBF - файл Протокола 1 формируется в формате DBF.

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 0:

имя файла: **FLQPID_ННННННDDMMYYPP.DBF** (см.Приложение 5).

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 1:

имя файла: **FLНННННН50MMYYPP.DBF** (см.Приложение 5).

Структура файла типа Протокол 1 и порядок заполнения полей соответствуют «Техническим условиям» (п.4).

Для файлов информационного обмена в формате XML файл Протокола 1 формируется в формате XML, структура которого и правила заполнения приведены в документе «Общие принципы», Приложение Д, Таблица Д.3.

Имя файла: **FT50MНННННН_YYMMN.XML** (см.Приложение 5).

По запросу участника информационного обмена может быть предоставлен листинг Протокола на бумажном носителе, заверенный подписью ответственного исполнителя ТФОМС МО (Приложение 1).

6.2.7 Условие завершения этапа

«Протокол форматно-логического контроля целостности данных объектов информационного обмена» получен медицинской организацией.

6.3 Этап 3. Сверка и идентификация персональных данных застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, контроль определения страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета. Анализ выполнения плановых объемов оказанной медицинской помощи

6.3.1 Условия начала этапа

Наличие в ТФОМС МО Пакета информационного обмена, полученного от МО в порядке информационного обмена и удовлетворяющего ограничениям и требованиям к целостности данных на уровне содержания Пакета.

Отсутствие ошибок целостности данных на уровне содержания Сводов Пакета, выявляемых на этапе форматно-логического контроля.

6.3.2 Сроки действий

Этап должен завершиться не позднее, чем через два рабочих дня после завершения Этапа 2.

6.3.3 Действия участников на этапе

ТФОМС МО производит в автоматическом режиме **сверку** реквизитов каждого полиса ОМС, выданного в Московской области, (далее – Сверку), указанных в «реестре пролеченных пациентов» МО (файле со сведениями об оказанной медицинской помощи), с реквизитами всех полисов ОМС, учтенных в актуальном региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц (далее - РС ЕРЗ).

Под реквизитами полиса ОМС здесь и ниже подразумеваются вид, серия, номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, единый номер полиса ОМС, код страховой медицинской организации, код территории ОМС.

ТФОМС МО производит в автоматическом режиме идентификацию учетных реквизитов застрахованных лиц, указанных в «реестрах пролеченных пациентов» (файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, файлах персональных данных) медицинской организацией, по данным РС ЕРЗ (далее – Идентификацию по РС ЕРЗ). Задача Идентификации по РС ЕРЗ состоит в определении наличия в РС ЕРЗ записи о полисе ОМС выданном в Московской области застрахованным лицам (их представителям), учтенном в «Реестрах пролеченных пациентов» (файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, файлах персональных данных) МО и действующем на дату окончания оказания медицинских услуг входящих в законченный случай (объединённых одинаковым значением U.IDCASE).

Сверка и Идентификация должна проводиться по Актуальному РС ЕРЗ (см. ТУ, п.1.3). При этом для:

- тестовой автоматизированной обработки промежуточных реестров счетов медицинских организаций и определения страховой принадлежности обратившихся пациентов на вспомогательном Этапе 0 в ТФОМС МО должен применяться актуальный РС ЕРЗ по состоянию на 23ч 59 мин. предыдущих суток;
- контрольной автоматизированной обработки полных реестров счетов медицинских организаций в ТФОМС МО должен применяться актуальный РС ЕРЗ по состоянию на 23ч 59 мин. последнего дня отчетного месяца.

По результатам Сверки и Идентификации по РС ЕРЗ формируется «Протокол сверки и идентификации персональных данных реестра пролеченных пациентов (файла со сведениями об оказанной медицинской помощи, файла персональных данных) с РС ЕРЗ» (далее – **Протокол 2**). В указанный протокол вносятся записи по следующим событиям Сверки:

- 1) учтённый в МО личный полис ОМС, выданный в Московской области, принадлежит другому застрахованному лицу;
- 2) учтённый в МО полис ОМС, выданный в Московской области, представителя ребенка до государственной регистрации рождения принадлежит другому застрахованному лицу;
- 3) учтённый в МО полис ОМС, выданный в Московской области, не зарегистрирован в РС ЕРЗ на дату окончания оказания медицинских услуг,

входящих в законченный случай (объединённых одинаковым значением U.IDCASE);

- 4) учтённый в МО полис ОМС, выданный в Московской области, зарегистрирован в РС ЕРЗ как недействующий, в том числе по журналу дубликатов центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц (далее – ЦС ЕРЗ);
- 5) учтённый в МО полис ОМС, выданный в Московской области, зарегистрирован в РС ЕРЗ, но СМО указана неверно.

Также вносятся записи по следующим событиям Идентификации по РС ЕРЗ:

- 1) установлено наличие действующего полиса ОМС Московской области для пролеченного пациента, учтённого в МО по полису ОМС Московской области, для которого произошли события сверки с 1 по 5;
- 2) установлено наличие действующего полиса ОМС Московской области для пролеченного пациента, учтённого в МО по полису ОМС, выданному не в Московской области;
- 3) установлено наличие действующего полиса ОМС Московской области для пролеченного пациента, учтённого в МО по документу, удостоверяющему личность (собственному или законного представителя ребенка);
- 4) установлено по журналу дубликатов ЦС ЕРЗ, хранящегося в базе РС ЕРЗ, наличие действующего полиса ОМС, выданного не в Московской области;
- 5) НЕ установлено наличие действующего полиса ОМС Московской области для пациента, учтённого в МО по документу, удостоверяющему личность (собственному или законного представителя ребенка).

В указанный протокол не вносятся записи по следующему событию Идентификации по РС ЕРЗ:

- 1) НЕ установлено наличие действующего полиса ОМС Московской области для пациента, учтённого в МО по документу, удостоверяющему личность (собственному или законного представителя ребенка) и получившему скорую медицинскую помощь (отдельный Свод).

Действующий полис ОМС определяется согласно п.1.3 ТУ как действующий документ, подтверждающий факт страхования по ОМС, на дату события – окончания оказания медицинской услуги.

ТФОМС МО упаковывает в ZIP-архив Протокол 2. ZIP-архив должен быть:

1. Подписан электронной подписью ТФОМС МО.
2. Зашифрован с помощью СКЗИ ключом проверки ЭП МО.

Имя ZIP-архива Протокола 2 формируется в соответствии с шаблоном:

RSNNNNNN50MMYYPP.ZIP.SIG.ENC (см. Приложение 5)

ТФОМС МО направляет в МО Протокол 2.

При работе в контрольном режиме в случае, если Протокол 2 не содержит ни одной записи, ТФОМС МО заверяет ЭП ТФОМС МО и шифрует с помощью СКЗИ каждый Свод, проверенный на Этапах 1-3. В проверочном (тестовом) режиме Своды шифруются

только ключом проверки ЭП МО. В контрольном режиме шифрование сводов выполняется ключами ЭП МО и СМО, что обеспечивает возможность пересылки сводов между МО и СМО без перешифрования.

Своды, подписанные, заверенные и зашифрованные, при телекоммуникационном взаимодействии отправляются из ТФОМС МО отдельными электронными письмами на электронный доверенный адрес МО и на доверенные адреса СМО (только в контрольном режиме). Свод, представленный МО в адрес ТФОМС МО (код плательщика «50») для «межтерриториальных расчетов», на данном этапе не заверяется и в МО не отсылается. МО получает из ТФОМС МО Протокол 2, расшифровывает его с помощью СКЗИ собственным ключом ЭП и проверяет ЭП ТФОМС МО.

В случае, если Протокол 2 не содержит ни одной записи, МО:

- расшифровывает с помощью СКЗИ собственным ключом ЭП Свод;
- проверяет заверяющую ЭП ТФОМС МО.
- помещает своды, подписанные ЭП МО и ЭП ТФОМС МО, в электронный архив счетов.

При необходимости указанные Своды могут быть направлены напрямую (продублированы) из МО в СМО на оплату по каналам электронной почты или нарочным.

Если Протокол 2 содержит хотя бы одну запись, МО должна учесть результаты Сверки и Идентификации по РС ЕРЗ и повторить действия по Этапу 1 (присвоив Пакету очередной номер). В случае невыполнения этих требований со стороны МО и выставления в СМО для дальнейшей обработки в качестве реестра счетов «Пакета информационного обмена», не удостоверенного ЭП ТФОМС МО, ответственность за отклонение от оплаты СМО по результатам медико-экономического контроля в связи с ошибками идентификации персональных данных застрахованного лица полностью возлагается на МО.

Начиная с отчетного периода «0520» в Протокол 2 не должны попадать записи:

- со значениями U.MSK_OT='46' и U.OT_PER_U<'0420'
- со значениями U.MSK_OT='46' и U.OT_PER_U='mm19', где mm={'01' - '12'}
- со значениями U.MSK_OT='46' и U.DATE_OUT<{26.03.2020} и USL_OK=3.

6.3.4 Способ передачи и приема документов

Передача и прием электронных документов (Протокола 2 и заверенных ТФОМС МО Сводов) производится по согласованию сторон одним из нижеследующих способов:

- в явочном порядке в офисе ТФОМС МО по адресу г. Москва, ул. Бутырская д. 46 стр.1, комн.402 в рабочее время по предварительной записи;
- по электронной почте путем пересылки электронного почтового сообщения из ТФОМС МО на «доверенный электронный почтовый адрес» МО;
- по электронной почте путем пересылки электронного почтового сообщения из ТФОМС МО на «доверенный электронный почтовый адрес» СМО;

При передаче данных Протокола 2 в виде электронного почтового сообщения тема письма должна содержать следующий набор текста:

«RS_ID_ННННН50ММYY p» (см.Приложение 5)

Протокол 2 передается в МО одним почтовым сообщением. Ответственность за емкость электронного почтового ящика МО и настройки специального программного обеспечения МО для защиты от спама возлагается на МО.

При передаче из ТФОМС МО в МО в виде электронных почтовых сообщений Сводов, заверенных ЭП ТФОМС МО, тема письма должна содержать следующий набор текста:

«**REESTRSIG_НННННН50ММММYY p n/v**» (см.Приложение 5)

Каждый заверенный ЭП ТФОМС МО и зашифрованный Свод передаётся одним почтовым сообщением, без подтверждения приёма со стороны МО. Таким образом, количество электронных почтовых сообщений (параметр «v» в теме письма), соответствует количеству Сводов Пакета за вычетом Свода в адрес ТФОМС МО по «межтерриториальным расчетам» (если такой имелся в Пакете).

Ответственность за ёмкость электронного почтового ящика МО, его своевременную очистку и настройки специального программного обеспечения МО для защиты от спама возлагается на МО.

При передаче из ТФОМС МО в СМО в виде электронных почтовых сообщений Сводов, заверенных ЭП ТФОМС МО, тема письма должна содержать следующий набор текста:

«**REESTRSIG_ННННННССММММYY p**» (см.Приложение 5)

Каждый заверенный ЭП ТФОМС МО и зашифрованный Свод передаётся одним почтовым сообщением, без подтверждения приёма со стороны СМО.

В случае отсутствия счета за текущий отчетный период от данной МО в адрес данной СМО последняя получит аналогичное почтовое сообщение, содержащее свод с «пустыми» файлами информационного обмена (см.п.6.1.5).

Ответственность за ёмкость электронного почтового ящика СМО, его своевременную очистку и настройки специального программного обеспечения СМО для защиты от спама возлагается на СМО.

6.3.5 Состав передаваемых документов

По результатам выполнения Этапа 3 составляется Протокол 2 в электронном виде. Протокол 2 представляет собой файл таблицы базы данных формата FoxPro / dBASE IV без мемо-полей (формат DBF), содержащий совокупность контрольно-регистрационных объектов типа «Ошибки идентификации». Имя файла:

RSНННННН50ММММYYPP.DBF (см.Приложение 5)

Структура файла Протокола 2:

Таблица 2

№ п.п.	Атрибут объекта	Имя поля	Тип	Размер
1	Имя файла данных	DFNAME	CHR	50
2	Уникальный идентификатор записи файла	N_REC	CHR	36
3	Имя поля файла данных	FIELDNAME	CHR	250
4	Код события сверки	ERRORCODE	CHR	5
5	Комментарий события сверки	ERRORCOMM	CHR	250
6	Результат идентификации	IDRESULT	CHR	250

Порядок заполнения полей Протокола 2:

1. «Имя файла данных» **DFNAME**. В поле вносится имя файла данных, в отношении которого установлены События сверки данных (далее – Контрольный файл). Используются прописные буквы латинского алфавита. Расширение имени

Контрольного файла не указывается. Поле заполняется для всех записей Контрольного файла, по которым установлены События сверки данных.

2. **«Уникальный идентификатор записи файла» N_REC.** Для контрольного файла формата DBF в поле вносится значение номера записи в десятичном представлении, выровненное влево без лидирующих нулей. Для файла формата XML вносится значение элемента ZAP/N_ZAP.
3. **«Имя поля файла данных» FIELDNAME.** В поле вносится имя поля Контрольного файла данных формата DBF. В поле вносится конструкция: <Имя базового элемента> / <Имя поля> Контрольного файла данных формата XML. Атрибут заполняется для записей, по которым установлены События сверки данных и установлено соответствующее значение атрибута EP3 по результатам Идентификации.
4. **«Код события сверки» ERRORCODE.** В поле вносится код события Сверки данных. Поле заполняется для записей, по которым установлены События сверки данных.
5. **«Комментарий события сверки» ERRORCOMM.** В поле вносится комментарий по событию Сверки данных. Поле заполняется для записей, по которым установлены События сверки данных и содержит информацию для пользователя, позволяющую уточнить характер события.
6. **«Результат идентификации» IDRESULT.** В поле вносится значение атрибута EP3, являющегося результатом Идентификации по соответствующей записи и полю Контрольного файла, по которым установлены События сверки данных. Подлежит применению с целью устранения ошибок в автоматизированной системе персонифицированного учета МО.

По запросу участника информационного обмена может быть предоставлен листинг Протокола на бумажном носителе, заверенный подписью ответственного исполнителя ТФОМС МО (Приложение 2).

6.3.6 Порядок и формы контроля данных

Сверка записи «реестра пролеченных пациентов» («файла со сведениями об оказанной медицинской помощи», «файла персональных данных») с РС EP3 считается успешной, если установлено совпадение одного из следующих наборов атрибутов записи «реестра пролеченных пациентов» («файла со сведениями об оказанной медицинской помощи», «файла персональных данных») и действующего полиса из РС EP3:

- серия полиса, номер полиса, код СМО, фамилия, имя, отчество;
- серия полиса, номер полиса, код СМО, инициалы, серия и номер документа, удостоверяющего личность;
- серия полиса, номер полиса, код СМО, инициалы, СНИЛС;
- серия полиса, номер полиса, код СМО, имя, отчество, дата рождения;
- серия полиса, номер полиса, код СМО, имя, отчество, СНИЛС;

Если установлено совпадение серии и номера полиса из записи «реестра пролеченных пациентов» и действующего полиса из РС EP3, но при этом не выполняются вышеописанные условия успешной сверки или не установлено наличие в РС EP3 зарегистрированного в «реестре пролеченных пациентов» полиса, то наступают События сверки данных (см.п.6.3.3) и необходима Идентификация по РС EP3.

Если установлено совпадение серии и номера полиса из записи «реестра пролеченных пациентов» для плательщика ТФОМС МО («50») и действующего полиса из РС EP3 (пациент ошибочно отнесен к застрахованным на другой территории РФ), то в **Протокол 2** вносятся значение атрибута «Код территории страхования», значение атрибута «Код СМО», серия и номер полиса из записи о полисе в РС EP3 для уточнения территории страхования и кода СМО в «реестре пролеченных пациентов».

Примечание

Инициалы – первые буквы фамилии, имени, отчества.

Идентификация по РС ЕРЗ записи «реестра пролеченных пациентов» («файла со сведениями об оказанной медицинской помощи», «файла персональных данных») производится путем сравнения наборов атрибутов Контрольного файла (файлов) и РС ЕРЗ согласно Таблице 3. Проверки выполняются последовательно от набора атрибутов Н01 к Н05. Результат идентификации положителен, если хотя бы при одной из проверок установлено совпадение наборов атрибутов Контрольного файла (файлов) и действующего полиса из РС ЕРЗ.

Таблица 3

Код	Список атрибутов
Н01	{фамилия}, {имя}, {отчество}, {место рождения}, {код типа документа, удостоверяющего личность}, {номер или серия и номер документа, удостоверяющего личность}
Н02	{фамилия}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {код типа документа, удостоверяющего личность}, {номер или серия и номер документа, удостоверяющего личность}
Н03	{фамилия}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {СНИЛС}
Н04	{фамилия}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {код территории, выдавшей документ, подтверждающий факт страхования по ОМС}, {код типа документа, подтверждающего факт страхования по ОМС}, {серия и номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС}
Н05	{имя}, {отчество}, {дата рождения}, {место рождения}, {СНИЛС}

Примечания.

Набор атрибутов составляется только в том случае, если все входящие в него атрибуты имеют непустые значения. Исключением является отчество застрахованного лица: если из всего набора атрибутов отсутствует только отчество, то такой набор составляется, а вместо отчества в него вставляется пустая строка.

1 В наборы Н01 и Н02 включается и значение ЕНП. В таком случае в качестве кода документа указывается значение 19.

2 В качестве серии и номера документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, в наборе атрибутов с кодом Н04 указывается:

- для полиса ОМС старого образца – серия и номер полиса,
- для временного свидетельства о выдаче полиса ОМС – номер временного свидетельства,
- для полиса ОМС единого образца – ЕНП.

В случае успешной Идентификации по РС ЕРЗ в Протокол 2 вносятся значения атрибутов из записи о действующем полисе из РС ЕРЗ для уточнения следующих атрибутов «реестра пролеченных пациентов»:

- Единый номер полиса;
- Вид, серия и номер документа, подтверждающего право на ОМС;
- Код СМО;
- Код территории страхования.

Значения из РС ЕРЗ для уточнения вышеперечисленных атрибутов «реестра пролеченных пациентов» заполняются для всех этих атрибутов данной записи независимо от степени совпадения с данными РС ЕРЗ.

Если при наступлении событий Сверки 1, 2, 4 (см.п.6.3.3) успешная Идентификация по РС ЕРЗ не состоялась, то в Протокол 2 вносится запись без заполнения значений полей 3 и 6 (Таблица 2).

Кодировка событий сверки приведена в Таблице 4

Таблица 4

№ п/п	Код события сверки	Определение события сверки (идентификации).	Результат идентификации по РС ЕРЗ
1	RSV11	учтённый в МО личный полис ОМС Московской области принадлежит другому застрахованному лицу	положительный
2	RSV12		отрицательный
3	RSV21	учтённый в МО полис ОМС Московской области представителя ребенка до государственной регистрации рождения принадлежит другому застрахованному лицу	положительный
4	RSV22		отрицательный
5	RSV31	учтённый в МО полис ОМС Московской области не зарегистрирован в РС ЕРЗ	положительный
6	RSV32		отрицательный
7	RSV41	учтённый в МО полис ОМС Московской области зарегистрирован в РС ЕРЗ как недействующий, в том числе по данным журнала дубликатов ЦС ФОМС	положительный
8	RSV42		отрицательный
9	RSV51	учтённый в МО полис ОМС Московской области зарегистрирован в РС ЕРЗ, но СМО указана неверно	положительный
10	RSI10	НЕ установлено наличие действующего полиса ОМС Московской области для пациента, учтённого в МО исключительно по документу, удостоверяющему личность (собственному или законного представителя ребенка)	отрицательный
11	RSI11	установлено наличие действующего полиса ОМС Московской области для пациента, учтённого в МО по полису ОМС, выданному не в Московской области	положительный
12	RSI12	установлено наличие действующего полиса ОМС Московской области для пациента, учтённого в МО исключительно по документу, удостоверяющему личность (собственному или законного представителя ребенка)	положительный

Примечания

- Вопрос об оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам с зарегистрированным в МО документом, подтверждающим факт страхования по ОМС в Московской области, должен решаться в порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

- Для Свода по плательщику «ТФОМС МО» и свода со сведениями о медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица, запись о событии сверки с кодом RSI10 в Протокол 2 не вносится.
- В протокол 2 не вносятся записи если в файле FLK5mmyu присутствует запись с P.OT_PER = FLK5.OT_PER and P.SERIES = FLK5.SERIES and P.NUMBER = FLK5.NUMBER and P.DOMC_TYPE = FLK5.DOMC_TYPE and P.MSK_OT = FLK5.MSK_OT and FLK5.DATEB<=U.DATE_OUT<=FLK5.DATEE (для внесения данных о ДПФС в справочник FLK5mmyu медицинская организация должна отправить на почтовый ящик reaccount@mofoms.ru копию электронного письма с согласием СМО принять к оплате услуги оказанные по этому ДПФС с указанием отчетного периода и сроков действия ДПФС).

6.3.7 Анализ выполнения плановых объемов оказанной медицинской помощи

Если Протокол 2 не содержит записей, то в соответствии со справочником «Квартальное (и месячное) распределение объемов медицинской помощи» из пакета НСИ ТФОМС МО (QMVMMYY.dbf), который содержит информацию о плановых объемах медицинской помощи, выделенных медицинской организации Комиссией по разработке Московской областной программы ОМС, условий оказания медицинской помощи и групп планирования, прикладным программным обеспечением ТФОМС МО анализируется выполнение плановых объемов оказанной медицинской помощи

6.3.7.1 Порядок определения принадлежности оказанной медицинской помощи к группам планирования

Принадлежность медицинской услуги (КСГ, ВМП) к группе планирования (далее ГП) определяется строго в следующей последовательности (при выполнении условия пункта, условия последующих пунктов не проверяются):

- 1) Если U.OT_PER_U>='0121' и в файле CGRmmyu.dbf присутствует запись с U.CODE_USL=CGR.CODE_USL AND U.PROFIL_K=CGR.PROFIL_K AND LEFT(U.MKB1,3)=CGR.MKB, то ГП=CGR.GR_PLAN
- 2) Если U.OT_PER_U>='0121' и в файле CGRmmyu.dbf присутствует запись с U.CODE_USL=CGR.CODE_USL AND U.PROFIL_K=CGR.PROFIL_K AND EMPTY(CGR.MKB), то ГП=CGR.GR_PLAN
- 3) Если в файле MDUmmyu.dbf присутствует запись с U.CODE_USL=MDU.CODE_USL, то ГП=MDU.GR_PLAN

6.3.7.2 Порядок формирования «Протокола контроля объемов оказанной медицинской помощи»

По результатам анализа объемов медицинской помощи формируется «Протокол контроля объемов оказанной медицинской помощи» (далее – Протокол 5) в электронном виде с приложением в формате PDF (Приложение 9). Протокол 5 представляет собой файл таблицы данных формата FoxPro/dBASE IV без мемо-полей (формат DBF), содержащий следующую информацию:

- Отчетный период;
- Код МО – юридического лица;
- Категория сводной справки (отчета);

- Условия оказания медицинской помощи;
- Код (в Приложении 9 - и наименование) группы планирования;
- Значение показателя (в единицах объема) запланированного объема медицинской помощи на отчетный период (значение QMVMMYY.VALUE_V-QMVMMYY.VALUE_X для QMVMMYY.OT_PER="MMYY", где MM – номер отчетного месяца, YY – 2 последние цифры номера отчетного года);
- Значение показателя (в единицах объема) фактически выполненных объемов медицинской помощи;
- Значение показателя (в единицах объема) выполнения плана объемов медицинской помощи.

Имя файла «Протокол 5»: QMMYY.dbf

Имя файла «Приложение 9»: QMMYY.pdf

Файлы QMMYY.pdf и QMMYY.dbf должны быть помещены в отдельный архив типа QNNNNNNMMYY.ZIP.SIG, который подписывается ЭП ТФОМС МО.

Робот должен отправить пакеты в адрес МО и СМО с вложением – архивом типа QNNNNNNMMYY.ZIP.SIG сразу после подписания архива ЭП.

Структура файла «Протокол 5» (QMMYY.dbf):

Таблица 5

№ п.п.	Атрибут объекта	Имя поля	Тип	Размер
1.	Отчетный период	OT_PER	CHARACTER	4
2.	Код МО – юридического лица	CODE_UR	CHARACTER	6
3.	Вид счета фактуры	VID_SF	CHARACTER	2
4.	Условия оказания медицинской помощи	USL_OK	NUMERIC	1
6.	Группа услуг	GR_PLAN	CHARACTER	3
7.	Значение планового показателя (в единицах объема)	VALUE_V	NUMERIC	16
8.	Значение фактического показателя (в единицах объема)	FACT_V	NUMERIC	16
9.	Значение показателя перевыполнения (в единицах объема)	DELTA_V	NUMERIC	16

Порядок формирования файла «Протокол 5» (QMMYY.dbf) и «Приложение 9» (QMMYY.pdf)

Значение планового показателя объемов медицинской помощи в «Протоколе 5» и «Приложении 9» должно соответствовать разности между значением планового показателя QMVMMYY.VALUE_V и значением показателя превышения объемов QMVMMYY.VALUE_X.

В «Протоколе 5» и «Приложении 9» должны быть отражены превышения объемов по совокупности некоторых групп планирования. Поэтому, при расчете разности между планируемыми показателями и фактическими объемами необходимо суммировать показатели плана и объемов для следующих групп:

- Агрегированные разовые и профилактические посещения (QММYY.GR_PLAN='A1'). Включает в себя:
 - Разовые посещения по заболеванию (GR_PLAN='RP')
 - Профилактические посещения (GR_PLAN='PP')
 - Посещения с иными целями (GR_PLAN='IP')
 - Диспансеризация (GR_PLAN='DP')
 - Посещения в неотложной помощи (GR_PLAN='NP')
 - Обращения по поводу заболевания (GR_PLAN='OA'): для учета в составе агрегированных посещений 'A1' количество обращений умножается на переводной коэффициент 2,9 с округлением до целого значения

Примечание: переводной коэффициент 2,9 применяется к показателям по группе планирования GR_PLAN='OA' для учета в составе агрегированной группы планирования QССММYY.GR_PLAN='A1' как при подсчете планового показателя (QМVММYY.VALUE_V-QМVММYY.VALUE_X), так и фактического показателя FACT_V

- Томографические методы исследований (QММYY.GR_PLAN='A2'). Включает в себя:
 - Компьютерная томография (GR_PLAN='КТ')
 - Магнитно-резонансная томография (GR_PLAN='МТ')
 - Позитронно-эмиссионная томография (GR_PLAN='РТ')
 - Сцинтиграфическое исследование (GR_PLAN='СТ')
- Гемодиализ и перитонеальный диализ (QММYY.GR_PLAN='A3'). Включает в себя:
 - Гемодиализ (GR_PLAN='GD')
 - Перитонеальный диализ (GR_PLAN='PD')
- Круглосуточный стационар (без онкологии) (QММYY.GR_PLAN='AK'). Включает в себя:
 - Круглосуточный стационар (GR_PLAN='К1')
 - Круглосуточный стационар (ВМП) (GR_PLAN='HT')
 - Дневной стационар (ВМП) (GR_PLAN='HT')
- Круглосуточный стационар (онкология) (QММYY.GR_PLAN='ACK'). Включает в себя:
 - Круглосуточный стационар (GR_PLAN='CK1')
 - Круглосуточный стационар (ВМП) (GR_PLAN='CHT')
 - Дневной стационар (ВМП) (GR_PLAN='CHT')
- Для остальных совокупностей записей файла UССММYY.DBF с иными условиями отбора в группу GR_PLAN='XXX' (XXX – любые допустимые значения из справочника SBRММYY): FACT_V равен суммарному значению количества оказанных медицинских услуг UССММYY.KOL_USL.

В Протокол 5 и Приложение 9 должны включаться:

- Группы, в которых для указанной МО запланированы объемы медицинской помощи в отчетном периоде или заполнено значение показателя превышения объемов ((QМVММYY.VALUE_V>0 или QМVММYY.VALUE_X>0) и

QMVММYY.OT_PER='ММYY', где ММ – номер отчетного месяца, YY – 2 последние цифры номера отчетного года).

- Группы, для которых не запланированы объемы медицинской помощи (отсутствует запись в файле QMVММYY.dbf или значение QMVММYY.VALUE_V=0), но в своде присутствуют записи, относящиеся к этим группам.

В Протокол 5 и Приложение 9 не включаются группы:

- 1) GR_PLAN={'GD', 'PD'} при USL_OK=1
- 2) GR_PLAN={'RPM', 'RSC', 'TM', 'BIO', 'ANE', 'UZC', 'LBC', 'RGC', 'VAC', EM}.

Порядок расчета фактических объемов оказанной медицинской помощи (значение поля FACT_V файла «Протокол 5» (QММYY.dbf)).

Порядок определения GR_PLAN для каждой услуги описан в п. 6.3.7.1. Далее под значением GR_PLAN понимается значение, рассчитанное в соответствии с п. 6.3.7.1.

- Расчет фактических объемов осуществляется для записей каждого файла UссММYY.VID_SF={'09', '14'} за исключением:
 - EMPTY(GR_PLAN)
 - GR_PLAN={'RPM', 'RSC', 'TM', 'BIO', 'ANE', 'UZC', 'LBC', 'RGC', 'VAC', EM}
 - GR_PLAN={'GD', 'PD'} and UссММYY.USL_OK=1
- Для услуг, относящихся к планируемому показателю GR_PLAN='OA':
 - Для медицинской помощи, оказанной в периоды ММYY начиная с '0519' (OT_PER_U=>'0519'), фактический объем (FACT_V) по QММYY.GR_PLAN='OA' (обращение по поводу заболевания) равен количеству медицинских услуг в отчетном месяце с GR_PLAN='OA'.
 - Для медицинской помощи, оказанной в периоды ММYY начиная с '0121' (OT_PER_U=>'0121'), фактический объем FACT_V по QММYY.GR_PLAN='OA' (обращение по поводу заболевания) учитывается в фактических объемах (FACT_V) в составе группы агрегированных посещений (QММYY.GR_PLAN='A1') как количество медицинских услуг в отчетном месяце с GR_PLAN='OA', умноженное на переводной коэффициент 2,9 с округлением результата до целого значения.
- Для услуг, относящихся к планируемому показателю GR_PLAN='UE':
 - Количество UET для каждой записи реестра счетов с медицинской услугой, относящейся к планируемому показателю GR_PLAN='UE', рассчитывается как ROUND(UссММYY.KOL_USL * MDUММYY.KOL_UET, 2).
 - Фактический объем (FACT_V) по GR_PLAN='UE' равен целочисленной части суммарного количества UET по оказанным медицинским услугам, относящимся к планируемому показателю GR_PLAN='UE'.

6.3.8 Условие завершения этапа

В тестовом и контрольном режимах:

Протокол 2 сформирован и направлен ТФОМС МО в МО.

В контрольном режиме:

Если Протокол 2 не содержит записей, электронные документы сводного отчета МО, дополненные Протоколом 5 и Приложением 9, в адрес СМО-плательщиков заверены ЭП ТФОМС МО, направлены ТФОМС МО в МО и СМО по принадлежности электронных документов.

6.4 Этап 4. Выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, определение их территории страхования и действующего номера полиса ОМС

6.4.1 Условия начала этапа

Наличие в ТФОМС МО Пакета, полученного от МО в порядке информационного обмена и удовлетворяющего ограничениям и требованиям к целостности данных на уровне содержания всех Сводов Пакета.

Отсутствие ошибок форматно-логического контроля целостности данных на уровне Пакета.

Проведение сверки и идентификации застрахованных лиц по актуальному РС ЕРЗ с результатом в виде *пустого* Протокола 2.

6.4.2 Сроки действий

Этап должен завершиться не позднее, чем через восемь рабочих дней месяца после завершения Этапа 2.

В случае отсутствия технических условий для проведения этапа со стороны ФОМС этап не выполняется. ТФОМС МО производит приемку реестра счетов из МО.

6.4.3 Действия участников на этапе

ТФОМС МО формирует и направляет запрос на определение страховой принадлежности в ЦС ЕРЗ с целью уточнения территории ОМС и данных страхового полиса ОМС в отношении застрахованных лиц, которым согласно «Реестру пролеченных пациентов» оказана медицинская помощь за пределами территории страхования, а также застрахованных лиц, не идентифицированных по РС ЕРЗ на Этапе 3, и пациентов, получивших скорую медицинскую помощь, не идентифицированных как застрахованные по ОМС лица. Правила направления запроса в ЦС ЕРЗ устанавливаются ФОМС.

Идентификация по ЦС ЕРЗ записи «реестра пролеченных пациентов» («файла со сведениями об оказанной медицинской помощи», «файла персональных данных») производится путем сравнения наборов атрибутов Контрольного файла (файлов) и ЦС ЕРЗ согласно Таблице 6. Проверки выполняются последовательно от набора атрибутов Н01 к Н05. Результат идентификации положителен, если хотя бы при одной из проверок установлено совпадение наборов атрибутов Контрольного файла (файлов) и действующего полиса из ЦС ЕРЗ.

Таблица 6

Код	Список атрибутов
Н01	{фамилия}, {имя}, {отчество}, {место рождения}, {код типа документа, удостоверяющего личность}, {номер или серия и номер документа, удостоверяющего личность}
Н02	{фамилия}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {код типа документа, удостоверяющего личность}, {номер или серия и номер документа, удостоверяющего личность}
Н03	{фамилия}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {СНИЛС}
Н04	{фамилия}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {код территории, выдавшей документ, подтверждающий факт страхования по ОМС}, {код типа документа, подтверждающего факт страхования по ОМС}, {серия и номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС}
Н05	{имя}, {отчество}, {дата рождения}, {место рождения}, {СНИЛС}

Примечания.

Набор атрибутов составляется только в том случае, если все входящие в него атрибуты имеют непустые значения. Исключением является отчество застрахованного лица: если из всего набора атрибутов отсутствует только отчество, то такой набор составляется, а вместо отчества в него вставляется пустая строка.

1 В наборы Н01 и Н02 включается и значение ЕНП. В таком случае в качестве кода документа указывается значение NI.

2 В качестве серии и номера документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, в наборе атрибутов с кодом Н04 указывается:

- для полиса ОМС старого образца – серия и номер полиса,
- для временного свидетельства о выдаче полиса ОМС – номер временного свидетельства,
- для полиса ОМС единого образца – ЕНП.

Результаты идентификации по ЦС ЕРЗ считаются **значимыми**, если:

- установлено наличие в ЦС ЕРЗ данных о действующем полисе ОМС, выданном идентифицируемому застрахованному лицу;
- установлено одно из нижеперечисленных событий идентификации для данных, указанных МО в «реестре пролеченных пациентов» («файле со сведениями об оказанной медицинской помощи», «файле персональных данных»):
 - серия или номер полиса ОМС не совпадают с данными ЦС ЕРЗ;
 - ЕНП отсутствует или не совпадает с данными ЦС ЕРЗ;
 - территория ОМС не совпадает с данными ЦС ЕРЗ;
 - ОГРН СМО не совпадает с данными ЦС ЕРЗ.

Значимые результаты идентификации по ЦС ЕРЗ вносятся в «Протокол сверки персональных данных реестра пролеченных пациентов с ЦС ЕРЗ» (далее – **Протокол 3**) для уточнения следующих атрибутов «реестра пролеченных пациентов»:

- Единый номер полиса;
- Вид, серия и номер действующего документа, подтверждающего право на ОМС;
- Код СМО;
- Код территории страхования.

Кодировка событий идентификации приведена в Таблице 7.

Таблица 7

№ п/п	Код события идентификации	Определение события идентификации	Результат идентификации по ЦС ЕРЗ	Изменения по результату идентификации по ЦС ЕРЗ	
				«Протокол 3»	Файл «Реестр пролеченных пациентов»
1	CSV32	учтённый в МО полис ОМС не зарегистрирован в ЦС ЕРЗ	отрицательный	да	нет
2	CSV42	учтённый в МО полис ОМС зарегистрирован в ЦС ЕРЗ как недействующий	отрицательный	да	нет
3	CSI1 ¹	установлено наличие действующего полиса ОМС (выданного за пределами Московской области) для пациента, учтённого в МО по документу, удостоверяющему личность (собственному или законного представителя ребенка), или установлено наличие в ЦС действующего полиса ОМС в случае некоторых отличий в реквизитах страхового документа	положительный	да	да

ТФОМС МО заверяет ЭП и шифрует с помощью СКЗИ ключом проверки ЭП МО Протокол 3.

В случае, если Протокол 3 не содержит ни одной записи или содержит только отрицательные результаты идентификации, ТФОМС МО производит приемку реестра счетов из МО, Этап 4 завершается.

В случае, если Протокол 3 содержит хотя бы одну запись, результаты идентификации по ЦС ЕРЗ вносятся с помощью АИС ТФОМС МО в файл «Реестр пролеченных пациентов», представленный МО для автоматизированной обработки в ТФОМС МО на Этапе 1. При этом отрицательные результаты идентификации не применяются к файлу «Реестр пролеченных пациентов». Измененный от имени ТФОМС МО файл «Реестр пролеченных пациентов» упаковывается в виде Свода Пакета, адресованного МО в адрес ТФОМС МО как плательщика за «межтерриториальную» медицинскую помощь, по правилам, описанным в п.6.1.5 (далее – Идентифицированный Свод). ТФОМС МО подписывает Идентифицированный Свод своей ЭП и шифрует с помощью СКЗИ ключом проверки ЭП МО этот Свод для дальнейшей его отправки на заверение в МО.

¹ В случае установления наличия в ЦС ЕРЗ для пациента нескольких действующих полисов ОМС, отличающихся от учтенного в МО, в файл «Реестр пролеченных пациентов» вносятся данные полиса ОМС, имеющего более позднюю дату выдачи. Если один из найденных ЦС ЕРЗ полисов ОМС совпадает с полисом ОМС, учтенным в МО, то запись в Протокол 3 не вносится, а файл «Реестр пролеченных пациентов» не изменяется.

ТФОМС МО направляет на электронный доверенный адрес МО отдельными электронными письмами Протокол 3 и Идентифицированный Свод (последний направляется при работе в контрольном режиме).

МО получает из ТФОМС МО Протокол 3 и Идентифицированный Свод, в который упакован изменённый с учётом результатов идентификации по ЦС ЕРЗ «Реестр пролеченных пациентов» («файл со сведениями об оказанной медицинской помощи», «файл персональных данных»). Следом за электронным сообщением, содержащим Протокол 3, МО получает сообщение, содержащее «Акт передачи-приема данных об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным на других территориях РФ», в формате PDF, имя файла присваивается по шаблону:

АСТНННННН50ММУУРР.PDF (см.Приложение 5)

В случае, если Протокол 3 содержит хотя бы одну запись, МО должна принять к сведению результаты Идентификации по ЦС ЕРЗ, заверить своей ЭП переданный ей Идентифицированный Свод и повторно представить его в ТФОМС МО в сроки, предусмотренные п.6.4.2. Подписание Идентифицированного Свода ЭП МО означает также подписание от имени МО «Акта передачи-приема данных об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным на других территориях РФ». По получении Идентифицированного Свода, заверенного ЭП ТФОМС МО и ЭП МО, ТФОМС МО производит приемку реестра счетов из МО и после этого информационный обмен считается завершённым.

Контроль целостности Пакета, содержащего Идентифицированный Свод, заверенный ЭП ТФОМС МО и МО ТФОМС МО, производится по правилам, описанным в п.6.1.7.

6.4.4 Способ передачи и приема документов

Передача и прием электронных документов (Протокола 3 и Идентифицированного Свода) производится по согласованию сторон одним из нижеследующих способов:

- в явочном порядке в офисе ТФОМС МО по адресу г. Москва, ул. Бутырская, д.46, стр.1, комн.402 в рабочее время по предварительной записи;
- по электронной почте путем пересылки электронного почтового сообщения из ТФОМС МО на «доверенный электронный почтовый адрес» МО;

При передаче данных Протокола 3 в виде электронного почтового сообщения тема письма должна содержать следующий набор текста:

«CS_ID_НННННН50ММУУ р» (см.Приложение 5)

Протокол 3 передается в МО одним почтовым сообщением. Ответственность за емкость электронного почтового ящика МО и настройки специального программного обеспечения МО для защиты от спама возлагается на МО.

При работе в контрольном режиме при передаче подписанного ЭП ТФОМС МО Идентифицированного Свода из ТФОМС МО в МО в виде электронного почтового сообщения тема письма должна содержать следующий набор текста:

«REESTRSIG_НННННН50ММУУ р» (см.Приложение 5)

При передаче подписанного ЭП ТФОМС МО и заверенного ЭП МО Идентифицированного Свода из МО в ТФОМС МО в виде электронного почтового сообщения тема письма должна содержать следующий набор текста:

«**REESTRSIG_НННННН50ММУУ р**» (см.Приложение 5)

При этом номер пакета, указываемый в параметре «р», увеличиваться не должен (должен совпадать с указанным в теме письма, полученного из ТФОМС МО).

6.4.5 Состав передаваемых документов

По результатам выполнения Этапа 4 составляется Протокол 3 в электронном виде. Протокол 3 представляет собой файл таблицы базы данных формата FoxPro / dBASE IV без мемо-полей (формат DBF), содержащий совокупность контрольно-регистрационных объектов типа «Ошибки идентификации». Имя файла:

CSНННННН50ММУУРР.DBF (см.Приложение 5)

Требования к структуре и порядку заполнения полей электронного документа Протокол 3 соответствуют требованиям к структуре и порядку заполнения полей электронного документа Протокол 2 (см.п.6.3.5).

По запросу участника информационного обмена может быть предоставлен листинг Протокола на бумажном носителе, заверенный подписью ответственного исполнителя ТФОМС МО (Приложение 3).

6.4.6 Порядок и формы контроля данных

Порядок и формы контроля данных при идентификации по ЦС ЕРЗ устанавливаются ФОМС.

При повторном предоставлении из МО в ТФОМС МО Идентифицированного Свода, подписанного ЭП ТФОМС МО и заверенного ЭП МО, должен передаваться файл, по структуре и содержанию совпадающий с файлом, полученным из ТФОМС МО.

6.4.7 Условие завершения этапа

В проверочном (тестовом) и контрольном режимах:

Протокол 3 сформирован и направлен ТФОМС МО в МО.

В контрольном режиме:

Подписан собственноручной подписью ответственных представителей двух сторон «Акт передачи-приема данных об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным на других территориях РФ».

6.5 Этап 5. Определение территории страхования и действующего номера полиса ОМС по запросу страховой принадлежности обратившихся пациентов

6.5.1 Условия начала этапа

Наличие в ТФОМС МО Пакета, полученного от МО в порядке информационного обмена на Этапе 0 и удовлетворяющего ограничениям и требованиям к целостности данных на уровне содержания всех Свода Пакета.

Отсутствие ошибок форматно-логического контроля целостности данных на уровне Пакета.

6.5.2 Сроки действий

Этап должен завершиться не позднее, чем через восемь рабочих дней месяца после завершения Этапа 2.

В случае отсутствия технических условий для проведения этапа со стороны ФОМС этап не выполняется.

6.5.3 Действия участников на этапе

ТФОМС МО производит автоматизированную обработку данных поступивших реестров обратившихся пациентов в порядке, предусмотренном Этапами 3 и 4 настоящего регламента, последовательно – **сначала «реестр обратившихся пациентов» проходит проверки согласно Этапу 3 (п/п 6.3.3-6.3.6), потом весь «реестр обратившихся пациентов» направляется на проверки согласно Этапу 4 (п/п 6.4.2, 6.4.3, 6.4.6), при этом Протоколы 2 и 3 не формируются.**

Значимые результаты идентификации по РС или ЦС ЕРЗ вносятся в «Протокол сверки персональных данных реестра обратившихся пациентов с ЕРЗ» (далее – **Протокол 4**).

Кодировка событий сверки с РС ЕРЗ приведена в таблице 4.

Кодировка событий сверки с ЦС ЕРЗ приведена в таблице 7.

При отсутствии положительного ответа по ключам сверки Н01-Н05 (см. Таблица 6) на этапе 0 для уточнения страховой принадлежности гражданина, обратившегося в медицинскую организацию за медицинской помощью, ТФОМС МО производит дополнительное определение страховой принадлежности гражданина по имеющимся в наличии документам:

- Номеру ЕНП
- Номеру ДУЛ
- Номеру СНИЛС

Сверка производится по следующим дополнительным ключам:

Таблица 8.1

Код	Список атрибутов
ZP9ДУЛ	{номер или серия и номер документа, удостоверяющего личность}
ZP9СНИЛС	{СНИЛС}
ZP9ЕНП	{ЕНП}

Дополнительные запросы в ЦС ЕРЗ осуществляются только в случае непустых полей, соответствующих ключу запроса.

Ответ за такой запрос считается положительным, если найдена страховка, действующая на момент запроса. В этом случае в ответ включаются ЕНП, территория страхования, серия и номер ДПФС, код СМО. Результаты сверки включаются в Протокол 4. При этом значение поля ERRORCOMM («Комментарий события сверки») должно содержать код ключа запроса (Таблица 6.1), по которому получен положительный ответ.

ТФОМС МО заверяет ЭП и шифрует с помощью СКЗИ ключом проверки ЭП МО Протокол 4.

ТФОМС МО направляет на электронный доверенный адрес МО отдельным электронным письмом Протокол 4.

МО получает из ТФОМС МО Протокол 4.

В случае, если Протокол 4 содержит хотя бы одну запись, МО должна принять к сведению результаты Идентификации по ЕРЗ по соответствующим застрахованным лицам и внести изменения в формируемый реестр пролеченных пациентов, представляемый к оплате в составе реестра счетов МО за отчетный период. Внесение изменений может быть реализовано в виде штатной функции прикладного программного обеспечения деятельности МО в системе ОМС.

6.5.4 Способ передачи и приема документов

Передача и прием электронного документа Протокол 4 производится по электронной почте путем пересылки электронного почтового сообщения из ТФОМС МО на «доверенный электронный почтовый адрес» МО.

При передаче данных Протокола 4 в виде электронного почтового сообщения тема письма должна содержать следующий набор текста:

«APID_ННННННDDMMYY p» (см.Приложение 5)

Протокол 4 передается в МО одним почтовым сообщением. Ответственность за емкость электронного почтового ящика МО и настройки специального программного обеспечения МО для защиты от спама возлагается на МО.

6.5.5 Состав передаваемых документов

По результатам выполнения Этапа 5 составляется Протокол 4 в электронном виде. Протокол 4 представляет собой файл таблицы базы данных формата FoxPro / dBASE IV без мемо-полей (формат DBF), содержащий совокупность контрольно-регистрационных объектов типа «Ошибки идентификации». Имя файла:

APIDННННННDDMMYYR.DBF (см.Приложение 5)

Требования к структуре и порядку заполнения полей электронного документа Протокол 4 соответствуют требованиям к структуре и порядку заполнения полей электронного документа Протокол 2 (см.п.6.3.5).

6.5.6 Порядок и формы контроля данных

См. п. 6.3.6 и п.6.4.6

6.5.7 Условие завершения этапа

Протокол 4 сформирован и направлен ТФОМС МО в МО.

7. Объекты информационного обмена

7.1 Форматы объектов

Объекты информационного обмена представляются:

- в виде записей файлов формата dBASE IV без мемо-полей (формат DBF). Допустимая кодовая страница MS DOS – 866. Заголовок файла должен в обязательном порядке иметь указатель кодовой страницы.

Примечание: в таблицах описания структуры объектов информационного обмена в столбце «ОЗ» указано на обязательность заполнения поля – атрибута:

- О – поле обязательно для заполнения во всех случаях;
- У – поле обязательно для заполнения в некоторых случаях (определяется условием в ТУ);
- Н - поле не обязательно для заполнения.

Допустимым отсутствием заполнения для числовых полей являются значения =.null. или =0.

Контроль всех видов целостности объектов при UCCMMYY.OT_PER_U< UCCMMYY.OT_PER производить с использованием последней версии пакета НСИ, соответствующего отчетному периоду оказания медицинской услуги (UCCMMYY.OT_PER_U), и по правилам, действовавшим для отчетного периода оказания медицинской услуги.

7.2 Объект «Пациент».

7.2.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «Пациент» предназначен для передачи сведений о пролеченных (обратившихся) в МО Московской области лицах, застрахованных по ОМС. Объект «Пациент» представляется в виде записи файла «Реестр пролеченных пациентов» в формате DBF или записей «файла со сведениями об оказанной медицинской помощи», «файла персональных данных» в формате XML.

7.2.2 Структура объекта

Таблица 9

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ 1	ОЗ 2	ОЗ 3	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	О	НЗ	О	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	О	О	О	CODE_LPU	CHR	6
3.	Платательщик за медицинскую помощь	О	НЗ	О	MSK_OT	CHR	2
4.	Уникальный учетный код в МО	О	О	О	PERSCODE	CHR	15
5.	Единый номер полиса	У	НЗ	Н	ENP	CHR	16
6.	Тип документа, подтверждающего факт страхования	У	У	Н	DOMC_TYPE	CHR	2
7.	Серия документа, подтверждающего факт страхования	У	У	Н	SERIES	CHR	12
8.	Номер документа, подтверждающего факт страхования	У	У	Н	NUMBER	CHR	20
9.	Учетный код страховой медицинской организации (СМО)	У	У	Н	CODE_MSK	CHR	2
10.	Наименование СМО	У	НЗ	Н	NAME_MSK	CHR	250

11.	Территория ОМС	О	НЗ	Н	OKATO_INS	CHR	8
12.	Фамилия	У	У	У	FAM	CHR	40
13.	Имя	У	У	У	IM	CHR	40
14.	Отчество	У	У	У	OT	CHR	40
15.	Дата рождения	О	О	О	BIRTHDAY	DAT	8
16.	Пол	О	О	О	SEX	CHR	2
17.	Муниципальное образование / Населенный пункт регистрации по месту жительства или пребывания в РФ ²	О	НЗ	НЗ	OKATO_NAS	CHR	11
18.	Гражданство	У	НЗ	У	COUNTRY	CHR	3
19.	Серия документа, удостоверяющего личность пациента	У	У	У	PASP_SER	CHR	10
20.	Номер документа, удостоверяющего личность пациента	У	У	У	PASP_NUM	CHR	12
21.	Вид документа, удостоверяющего личность пациента	У	У	У	PASP_VID	CHR	2
22.	Фамилия законного представителя пациента	У	У	У	FAM1	CHR	40
23.	Имя законного представителя пациента	У	У	У	IM1	CHR	40
24.	Отчество законного представителя пациента	У	У	У	OT1	CHR	40
25.	Пол законного представителя пациента-ребенка (до государственной регистрации рождения)	У	У	У	SEX_P	CHR	2
26.	Дата рождения законного представителя пациента-ребенка (до государственной регистрации рождения)	У	У	У	BIRTHDAY_P	DAT	8
27.	Серия документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента-ребенка (до госуд. регистрации рождения)	У	У	У	PASP_SER_P	CHR	10
28.	Номер документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента-ребенка (до государственной регистрации рождения)	У	У	У	PASP_NUM_P	CHR	12
29.	Вид документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента-ребенка (до государственной регистрации	У	У	У	PASP_VID_P	CHR	2

² В том числе для граждан других государств, застрахованных по ОМС в РФ

	рождения)						
30.	Место рождения пациента-ребенка (до государственной регистрации рождения) или его представителя	У	У	У	MR	CHR	100
31.	Признак новорожденного	О	О	О	NOVOR	CHR	9
32.	Особый случай	У	НЗ	У	OS_SLUCH	NUM	1
33.	СНИЛС	Н	Н	НЗ	SNILS	CHR	14
34.	Вес новорожденного	У	Н	У	VNOV	NUM	4
35.	Код надежности идентификации ФИО	У	Н	У	DOST_FIO	NUM	1
36.	Дополнительный код надежности идентификации ФИО	У	Н	У	DOST_FIO_D	NUM	1
37.	Признак достоверности даты рождения	У	Н	У	DOST_DR	NUM	1
38.	Вес при рождении (при оказании помощи матери)	У	Н	У	VNOV_M	NUM	4
39.	Признак льготной категории ЗЛ	У	Н	Н	PR_LG	CHR	2
40.	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	У	Н	Н	DOCDATE	DAT	8
41.	Наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность	У	Н	Н	DOCORG	CHR	100

Примечания

1. Код корневого элемента ZL_LIST указывает на «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи» в формате XML («Общие принципы», Приложение Д, Таблица Д.1).
2. Код корневого элемента PERS_LIST указывает на «Файл персональных данных» в формате XML («Общие принципы», Приложение Д, Таблица Д.2).
3. Нижеприведенные правила контроля целостности даны в кодировке полей файла DBF, но действуют также для аналогичных полей файлов XML.
4. В столбце «ОЗ 1» указаны условия обязательности заполнения полей для файла «Реестр пролеченных пациентов» (передается МО в составе реестра счетов, начиная с Этапа 1).
5. В столбце «ОЗ 2» указаны условия обязательности заполнения полей для файла «Реестр обратившихся пациентов» (передается МО в составе реестра счетов, начиная с Этапа 0).
6. В столбце «ОЗ 3» указаны условия обязательности заполнения полей для файла «Реестр пролеченных пациентов», относящегося к пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица, при оказании им медицинской помощи. При этом символами «НЗ» обозначены поля, заполнения которых не требуется. Однако, если такие поля заполнены некоторым значением, в отношении них действуют правила контроля целостности данных, предусмотренные данным Регламентом для таких полей.

7.2.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода.

BIRTHDAY – значение должно находиться в интервале {01/01/1900}- последний день месяца – отчетного периода.

BIRTHDAY_P (Дата рождения законного представителя пациента-ребенка) - значение должно превышать дату {01/01/1900} и должно быть меньше даты рождения ребенка не менее, чем на 14 лет (BIRTHDAY_P < (AddYears(BIRTHDAY,-14))).

SEX; SEX_P – «01» - мужской пол, «02» - женский пол.

OS_SLUCH: 0 – признак отсутствует; 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента или родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество

Для данных, включенных в своды, предназначенные для оплаты СМО:

LEFT(OKATO_INS, 2)='46'

Разрешается: OKATO_INS='46000000'

Для данных, включенных в своды, предназначенные для оплаты ТФОМС МО:

LEFT(OKATO_INS, 2)≠'46'

VNOV (вес новорожденного в граммах) – Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. Допустимые значения: 200<VNOV<2500. Контроль допустимых значений VNOV осуществляется, если поле VNOV заполнено, и значение VNOV<>0.

DOST_FIO – Заполняется в случае отсутствия у пациента отчества.

Множество допустимых значений: 1 – отсутствует отчество.

DOST_FIO_D – Заполняется в случае отсутствия у пациента фамилии или имени.

Множество допустимых значений:

2 – отсутствует фамилия;

3 – отсутствует имя.

DOST_DR – Указывается код признака достоверности даты рождения застрахованного лица.

Множество допустимых значений:

4 – известны достоверно только месяц и год рождения.

5 – известен достоверно только год рождения.

6 – дата рождения не соответствует календарю.

Атрибут заполняется только при отсутствии достоверных сведений о дате рождения.

VNOV_M – (вес новорожденного в граммах) – Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. Допустимые значения начиная с отчетного периода OT_PER_U>=«1911»:

300<VNOV<2500. Контроль допустимых значений VNOV осуществляется, если поле VNOV_M заполнено, и значение VNOV_M<>0.

MSK_OT='99' при заполнении поля для файла «Реестр пролеченных пациентов», относящегося к пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица.

FAM= «Неизвестный», «Неидентифицированный» и т.п. непустое значение при заполнении полей для файла «Реестр пролеченных пациентов», относящегося к пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица, в случае, если не установлены ни фамилия, ни имя пациента.

Также к условиям соблюдения доменной целостности относится требование к заполнению отдельных строковых полей таких как FAM, IM, OT в соответствии с «Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»: указываются в том виде, в котором они записаны в предъявленном документе, удостоверяющем личность, без сокращений, начиная с буквы. Допустимы прописные буквы русского алфавита, символы «точка», «дефис» и «апостроф». Допустимо разделение отдельных частей атрибута символом «пробел».

Кроме того, допускается использование в наименованиях населенных пунктов и улиц символов : «/» и «\» для обозначения объектов типа «В/Ч», «В/Г», «П/Я».

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

Таблица 10

№ п.п.	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	OKATO_INS	OMSMMYY.DBF	REGION	
2.	COUNTRY	O001MMYY.XML	KOD	
3.	OKATO_NAS	O002MMYY.XML	TER+ KOD1+ KOD2+ KOD3	Контроль производить с использованием версии пакета НСИ, соответствующего отчетному периоду (PCCMMYY.OT_PER)
4.	PASP_VID	F011MMYY.XML	IDDOC	
5.	“46000000”+ CODE_MSK – Для данных, включенных в своды, предназначенные для оплаты СМО	SMOMMYY.DBF	REGION+ CODE_SMO	«46000000» - регулярное выражение – код Московской области
6.	“46000000”+ MSK_OT			
7.	OKATO_INS+ CODE_MSK -			

	Для данных, включенных в своды, предназначенные для оплаты ТФОМС МО			
8.	PASP_VID_P	F011MMYY.XML	IDDOC	
9.	VAL(DOMC_TYPE)	F008MMYY.XML	IDDOC	
10.	OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT + PERSCODE	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU + MSK_OT + PERSCODE	Не должно быть «пациентов» без «услуг»
11.	CODE_LPU	LPUMMYY.DBF	CODE_LPU	
12.	“PR_LG” + PR_LG	SBRMMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ)+ CODE_OBJ	“PR_LG” – регулярное выражение – тип кодированного объекта

Примечание:

В режиме определения страховой принадлежности (файл «Реестр обратившихся пациентов» передается МО в составе реестра счетов, начиная с Этапа 0) контроль ссылочной целостности объекта по пунктам 1-3, 5-7, 10 не проводится.

Контроль семантической целостности объекта производится по следующим правилам:

1. Должны быть обязательно заполнены все поля (совокупности полей) в одной (в зависимости от условий) из следующих совокупностей атрибутов, идентифицирующих пациента:

- 1) ENP; DOMC_TYPE; NUMBER; FAM+IM; BIRTHDAY; NOVOR=«0» – в случае наличия у пациента **полиса ОМС единого образца**, выданного после 01.05.2011, при этом значение поля ENP должно совпадать со значением поля NUMBER;
- 2) DOMC_TYPE; SERIES; NUMBER; PASP_VID*; PASP_SER* (для PASP_VID «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP_NUM*; DOCDATE*; DOCORG*; FAM+IM; BIRTHDAY; NOVOR=«0» – в случае наличия у пациента **полиса ОМС старого образца**, выданного до 01.05.2011;
- 3) DOMC_TYPE; NUMBER; FAM+IM; BIRTHDAY; PASP_VID*; PASP_SER* (для PASP_VID «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP_NUM*; DOCDATE*; DOCORG*; NOVOR=«0» – в случае наличия у пациента **временного свидетельства ОМС**, выданного после 01.05.2011;
- 4) # FAM+IM; BIRTHDAY; PASP_SER (для PASP_VID «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP_NUM; PASP_VID; NOVOR=«0» – в случае **отсутствия документа**, подтверждающего факт страхования по ОМС;
- 5) ENP; DOMC_TYPE; NUMBER; BIRTHDAY; FAM1+IM1; SEX_P; BIRTHDAY_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, подтверждающему факт страхования по ОМС законного представителя пациента (если это **полис единого образца**, выданный после 01.05.2011);
- 6) DOMC_TYPE; NUMBER; BIRTHDAY; FAM1+IM1; PASP_VID_P*; PASP_SER_P* (для PASP_VID_P «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP_NUM_P*; DOCDATE*; DOCORG*; SEX_P; BIRTHDAY_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, подтверждающему факт страхования по ОМС законного

представителя пациента (если это **временное свидетельство** ОМС, выданное после 01.05.2011);

- 7) DOMC_TYPE; SERIES; NUMBER; FAM1+IM1; BIRTHDAY; PASP_VID_P*; PASP_SER_P* (для PASP_VID_P «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP_NUM_P*; DOCDATE*; DOCORG*; SEX_P; BIRTHDAY_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, подтверждающему факт страхования по ОМС законного представителя пациента (если это **полис ОМС старого образца**, выданный до 01.05.2011);
- 8) # BIRTHDAY; PASP_SER_P (для PASP_VID_P «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP_NUM_P; PASP_VID_P; FAM1+IM1; SEX_P; BIRTHDAY_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, удостоверяющему личность законного представителя пациента.

Примечания:

- Поля, отмеченные знаком *, обязательны к заполнению для лиц, застрахованных за пределами Московской области.
- Записи файла PCCMMYY.DBF, соответствующие совокупности атрибутов, помеченной знаком #, допускаются только для сверки и идентификации, и не подлежат включению в реестры счетов в случае отрицательного результата идентификации (страховая принадлежность и страховой документ не установлены).

2. Если заполнены поля PASP_SER или PASP_NUM, то обязательно должно быть заполнено поле PASP_VID.
3. Если заполнены поля PASP_SER_P или PASP_NUM_P, то обязательно должно быть заполнено поле PASP_VID_P.
4. Если заполнено поле PASP_VID, то заполнение полей PASP_SER и PASP_NUM должно соответствовать шаблонам из Таблицы 10.
5. Если заполнено поле PASP_VID_P, то заполнение полей PASP_NUM_P и PASP_SER_P должно соответствовать шаблонам из Таблицы 10.
6. Недопустимы виды документов, отсутствующие в Таблице 10.

Таблица 11

Код вида документа	Наименование документа полное	Шаблон серии	Шаблон номера
1	Паспорт гражданина СССР	R-ББ	999999
3	Свидетельство о рождении	R-ББ	999999
9	Паспорт иностранного гражданина	S	000000000009
10	Свидетельство о регистрации ходатайства о признании иммигранта беженцем	S	000000000009
11	Вид на жительство	S1	000000000009
12	Удостоверение беженца в Российской Федерации	S	000000000009
13	Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации	S	000000000009
14	Паспорт гражданина Российской Федерации	99 99	9999990
21	Документ иностранного гражданина	S1	000000000009
22	Документ лица без гражданства	S1	000000000009
24	Свидетельство о рождении, выданное не в Российской Федерации	S1	000000000009 или

			аббревиатура «б/н» (в случае заполнения номера значением «б/н» серия не заполняется)
25	Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации	99 или ББ	99999999
27	Копия жалобы о лишении статуса беженца	S1	000000000009
28	Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации	S1	000000000009

Где:

R – на месте одного символа R располагается целиком римское число, заданное символами «I», «V», «X», «L», «C», набранными на верхнем регистре латинской клавиатуры;

9 – любая десятичная цифра (обязательная);

0 – любая десятичная цифра (необязательная, может отсутствовать);

Б – любая русская заглавная буква;

S – последовательность символов, символы не контролируются (может содержать любые буквы или цифры, символ « » или вообще отсутствовать);

S1 – расширенная последовательность символов, символы не контролируются (может содержать любые буквы или цифры, символы «-», «/», «\», « »), или вообще отсутствовать);

S9 – последовательность символов, может содержать любые цифры и буквы латинского алфавита;

«-» (тире/дефис) – указывает на обязательное присутствие данного символа в контролируемом значении.

Пробелы используются для разделения групп символов. Число пробелов между значащими символами и контролируемым значением не превышает одного.

6. Если поле PASP_VID (PASP_VID_P) заполнено значением «13» или «14», то поле COUNTRY должно быть заполнено значением «643».

7. Если поле PASP_VID (PASP_VID_P) заполнено значением «9», то поле COUNTRY не должно быть заполнено значением «643».

8. Поле NOVOR= «0», если пациент не ребёнок (до государственной регистрации рождения);

Если пациент – ребёнок (до государственной регистрации рождения), то поле NOVOR заполняется по следующему шаблону:

ПДДММГГН, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 федерального пакета НСИ;

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков).

9. Для данных, включенных в своды, предназначенные для оплаты ТФОМС МО, значение поля SERIES для полисов ОМС старого образца (DOMC_TYPE=«01») не должно соответствовать шаблону «46-NN», где NN – сочетание цифровых символов от 01 до 99.

10. Поле SERIES для полисов ОМС единого образца (DOMC_TYPE=«03») не заполняется.

11. Совокупность значений полей FAM+IM не должна быть пустой.

12. Если значение поля NOVOR не равно «0», то поля FAM, IM, OT не должны быть заполнены никаким символом.

13. Поле DOMC_TYPE обязательно к заполнению значениями из справочника F008MMYY.XML за исключением:

- Записей файла «Пациент» полученных в рамках информационного обмена на Этапе 0
- Записей файла «Пациент», относящихся к своду данных категории «Неидентифицированные пациенты»

14. Поле NUMBER обязательно для заполнения при DOMC_TYPE={'01', '02', '03'}

15. Начиная с OT_PER_U='0220' поле NUMBER должно заполняться ТОЛЬКО цифровыми символами.

16. Поле ENP обязательно для заполнения при DOMC_TYPE='03'

17. Значение DOCDATE не может быть меньше:

- даты рождения застрахованного лица (BIRTHDAY), если не заполнено поле BIRTHDAY_P;

- даты рождения законного представителя при оказании медицинской помощи пациенту-ребенку (до государственной регистрации рождения), если заполнено поле BIRTHDAY_P. Значение DOCDATE не может быть больше последнего дня отчетного месяца.

18. Для записей с MSK_OT='50', начиная с отчетного периода '0720', если заполнено поле PASP_VID, то обязательны к заполнению поля DOCDATE и DOCORG.

19. Если PASP_VID={1, 4-8, 14, 16, 17, 26, 29}, то возраст пациента на дату начала оказания медицинской услуги должен быть 14 лет или более.

20. Для непустых значений поля SNILS должны соблюдаться следующие требования к формированию номера СНИЛС лица, застрахованного в системе обязательного пенсионного страхования РФ:

- значение поля SNILS не может начинаться с «000»;
- значение должно соответствовать правилам расчета контрольной суммы СНИЛС

Примечание:

В режиме определения страховой принадлежности (файл «Реестр обратившихся пациентов» передается МО в составе реестра счетов, начиная с Этапа 0) контроль семантической целостности объекта по пунктам 1, 6, 7 не проводится.

7.3 Объект «Медицинская услуга».

7.3.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «Медицинская услуга» предназначен для предоставления сведений об оказанных МО медицинских услугах лицам, застрахованным по ОМС.

Объект «Медицинская услуга» представляется в виде записи файла «Реестр медицинских услуг».

7.3.1.1 Правила объединения приемов по поводу заболевания в "Обращение по поводу заболевания":

- Для медицинской помощи (кроме "стоматологии") **обращением амбулаторным** является медицинская услуга, для которой $LEFT(MDUMYY.GR_PLAN,2)='OA'$.
- стоматологическое обращение ($LEFT(MDUMYY.GR_PLAN,2)='UE'$) - выставленные в одном и том же отчетном периоде (месяце) по $USL_OK=3$ по одному и тому же пациенту (совокупность полей $OT_PER+ OT_PER_U+ MSK_OT+ CODE_LPU+ PERSCODE$) две и более медицинские услуги с $LEFT(CODE_USL,1)='B'$ с признаком $MDUMYY.DOP_M='1'$ (первичный прием)

и/или MDUMMY.DOP_M='2' (повторный прием) по основному заболеванию, входящему в одну и ту же группу МКБ10 [LEFT(MKB1,3)], с возможным сопутствующим набором услуг LEFT(CODE_USL,1)='A' по одному и тому же профилю медицинской помощи, за исключением услуг из подраздела "2.5 Лечебные по анестезиологии" Приложения №7 (CODE_USL={'B01.003.001V', 'B01.003.002V', 'B01.003.004V', 'B01.003.004.009V', 'B01.003.004.010V', 'B01.003.004012V', 'B01.003.001D', 'B01.003.002D', 'B01.003.004D', 'B01.003.004.009D', 'B01.003.004.010D', 'B01.003.004012D'}). Не допускается использование в обращении нескольких услуг с признаком MDUMMY.DOP_M='1' (первичных приемов) у специалистов одного профиля по одной и той же группе заболеваний по МКБ-10 в отчетном месяце. Не допускается использование набора услуг «А» без услуг «В» в соответствии с правилом ФЛК №34 п.7.3.3. Контроль принадлежности медицинской услуги к поликлиническому обращению производится по совокупности полей при P_CEL='3.0': OT_PER+ OT_PER_U+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ USL_OK+ PROFIL+ LEFT(MKB1,3)+ P_CEL+ IDCASE.

7.3.2 Структура объекта

Таблица 12

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ 1	ОЗ 2	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	О	О	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	О	О	CODE_LPU	CHR	6
3.	Подразделение медицинской организации	У	У	MPCOD	CHR	8
4.	Плательщик за медицинскую услугу	О	О	MSK_OT	CHR	2
5.	Уникальный учетный код в МО	О	О	PERSCODE	CHR	15
6.	Вид медицинской помощи	О	О	VID_MP	NUM	4
7.	Условия оказания медицинской помощи	О	О	USL_OK	NUM	1
8.	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента	О	О	NHISTORY	CHR	20
9.	Профиль медицинской помощи	О	О	PROFIL	NUM	3
10.	Основной диагноз	О	О	MKB1	CHR	6
11.	Сопутствующий диагноз	У	У	MKB2	CHR	6
12.	Диагноз осложнения	У	У	MKB3	CHR	6
13.	Медицинская услуга	О	О	CODE_USL	CHR	15
14.	Медицинский работник	О	О	CODE_MD	CHR	6
15.	Дата начала оказания медицинской услуги	О	О	DATE_IN	DAT	8
16.	Дата окончания оказания медицинской услуги	О	О	DATE_OUT	DAT	8
17.	Количество оказанных	О	О	KOL_USL	NUM	6 (0)

	медицинских услуг					
18.	Количество фактических койко-(пациенто-) дней	У	У	KOL_FACT	NUM	3(0)
19.	Исход госпитализации	О	О	ISH_MOV	NUM	3
20.	Результат обращения/ госпитализации	О	О	RES_GOSP	NUM	3
21.	Категория сводной справки (отчета)	О	О	VID_SF	CHR	2
22.	Размер базового тарифа на медицинскую услугу	О	О	TARIF_B	NUM	10(2)
23.	Размер согласованного тарифа на медицинскую услугу	О	НЗ	TARIF_S	NUM	10(2)
24.	Размер единого дополнительного тарифа (для АПП)	О	НЗ	TARIF_D	NUM	10(2)
25.	Стоимость медицинской услуги (руб.)	О	О	SUM_RUB	NUM	10(2)
26.	Вид травм	Н	Н	VID_TR	CHR	2
27.	Признак экстренности госпитализации	У	У	EXTR	NUM	1
28.	Отделение медицинской организации	Н	Н	CODE_OTD	CHR	12
29.	Признак источника финансирования	У	У	SOUF	NUM	1
30.	Врачебный участок	У	У	MED_AREA	CHR	15
31.	Талон ВМП	У	Н	TAL_HMP	CHR	17
32.	Дата талона ВМП	У	Н	DATE_HMP	DAT	8
33.	Группа инвалидности	У	Н	INV	NUM	1
34.	Медицинская организация, направившая на обследование или госпитализацию	У	Н	MCOD_OUT	CHR	6
35.	Номер направления на обследование или госпитализацию	У	Н	NOM_NPR	CHR	20
36.	Дата выдачи направления	У	Н	DATE_NPR	DAT	8
37.	Форма оказания медицинской помощи	О	О	FOR_POM	NUM	1
38.	Направление на МСЭ	У	Н	MSE	NUM	1
39.	Цель посещения	У	У	P_CEL	CHR	3
40.	Первичный диагноз	Н	Н	MKB0	CHR	6
41.	Диспансерное наблюдение	У	Н	DN	NUM	1
42.	Дата планируемой госпитализации ВМП	У	Н	TAL_P	DAT	8
43.	Признак подозрения на злокачественное образование	О	Н	DS_ONK	NUM	1
44.	Характер основного заболевания	У	Н	C_ZAB	NUM	1
45.	Профиль койки	У	Н	PROFIL_K	NUM	3
46.	Медицинская организация, куда оформлено направление	У	Н	NAPR_MO	CHR	6

	или назначение					
47.	Период оказания медицинской помощи (лечения)	О	О	OT_PER_U	CHR	4
48.	Идентификатор законченного случая	О	О	IDCASE	CHR	11

Примечания

1. Медицинскими услугами, относящимися к СМП, считаются медицинские услуги, у которых значение кода единицы измерения соответствует «04» (случай).
2. В столбце «ОЗ 1» указаны признаки обязательности заполнения полей для файла «Реестр пролеченных пациентов» (передается МО в составе реестра счетов, начиная с Этапа 1).
3. В столбце «ОЗ 2» указаны признаки обязательности заполнения полей для файла «Реестр пролеченных пациентов», относящегося к пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица (MSK_OT='99'). При этом символами «НЗ» обозначены поля, заполнения которых не требуется. Однако, если такие поля заполнены некоторым значением, в отношении них действуют правила контроля целостности данных, предусмотренные данным Регламентом для таких полей.

7.3.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER+ OT_PER_U+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ USL_OK+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+ CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+ DATE_OUT

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода.

OT_PER_U – значение не должно превышать значение текущего отчетного периода (OT_PER_U<=OT_PER) и не должно быть меньше текущего года.

Исключения составляют:

- записи с SUBSTR(OT_PER_U,3,2)='20' and (MSK_OT='50')
- записи с SUBSTR(OT_PER_U,3,2)='20' and OT_PER={'1021', '1121'}

EXTR: 1 – плановая госпитализация; 2 – экстренная госпитализация.

SOUF: 1 – Субвенция ФОМС; 2 – НСЗ ФОМС.

MSK_OT='99' для реестра медицинских услуг, оказанных лицам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС.

INV – должно заполняться в файле UCCMMYY.DBF начиная с периода «декабрь 2017» (OT_PER='1217') при **впервые** установленной инвалидности (значения 1-4); 1 – 1 группа; 2 – 2 группа; 3 – 3 группа; 4 – дети-инвалиды.

Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF с CODE_USL, не относящемуся к EMPTY(MDUMYY.GR_PLAN).

FOR_POM: 1 – экстренная; 2 – неотложная; 3 – плановая.

Начиная с U.OT_PER_U>='0420' при условии MSK_OT#99':

Для USL_OK=2 допустимы значения FOR_POM={2,3}

Для USL_OK=3 допустимы значения FOR_POM={2,3}

Для USL_OK=4 допустимы значения FOR_POM={1,2}

MCOD_OUT (медицинская организация, направившая на обследование или госпитализацию) – обязательно заполняется значением F003MMYY.MCOD для:

1) FOR_POM=3 и USL_OK=1;

2) USL_OK=2;

3) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0521' MDUMMY.GR_PLAN='RPM';

4) услуг с MDUMMY.GR_PLAN={'КТ', 'МТ'}.

TAL_HMP: обязательно к заполнению при VID_MP=32.

DATE_HMP: обязательно к заполнению при VID_MP=32.

TAL_P: обязательно к заполнению при VID_MP=32.

MSE: указывается цифра 1 в случае передачи медицинской организацией направления на МСЭ в Бюро МСЭ. В остальных случаях должна быть указана цифра 0.

P_CEL: обязательно для USL_OK=3, заполняется в соответствии со справочником ФОМС V025MMYY.XML.

DN, сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): при USL_OK#3 или P_CEL#1.3' поле DN может принимать значения {0, 1, 2, 4, 6, null}.

При USL_OK=3 и P_CEL='1.3' принимает значения:

1 – состоит;

2 – взят;

4 – снят по причине выздоровления;

6 – снят по другим причинам.

Условие ОНКО_ДИАГ=.Т. (принимает значение 'true', "истина"), если установлен диагноз "злокачественное образование", то есть выполняется одно из условий:

LEFT(MKB1, 1)='С' или

BETWEEN(LEFT(MKB1, 3), 'D00', 'D09') или

BETWEEN(LEFT(MKB1, 3), 'D45', 'D47')

Условие ДИСП_ПРОФ=.Т. (принимает значение 'true', 'истина'), если выполняется одно из условий:

MDUMMY.ED_IZM='11' или

MDUMMY.ED_IZM='17' и MDUMMY.GR_PLAN='DP'

DS_ONK, признак подозрения на злокачественное образование:

0 или 1 (при подозрении на злокачественное образование) при USL_OK#4 и условии ОНКО_ДИАГ=.Ф. ('false', "ложь");

2 – при USL_OK#4, ОНКО_ДИАГ=.Т. и ДИСП_ПРОФ=.Ф. и **непустых**

MDUMMY.GR_PLAN и DRGMMYY.KPG#{'st37', 'ds37'}

0 – при одном из условий:

1) при USL_OK=4;

2) пустых MDUMMY.GR_PLAN;

- 3) при ОНКО_ДИАГ=.Т. и ДИСП_ПРОФ=.Т.;
- 4) при ОНКО_ДИАГ=.Т. и DRGММYY.KPG={'st37', 'ds37'}
- Для записей с ОТ_PER_U<'0620' допустимо DS_ONK=2 и DRGММYY.KPG={'st37', 'ds37'}

C_ZAB, характер основного заболевания:

- 1) обязательно к заполнению и может принимать значения {2, 3} при USL_OK={1, 2, 3} и DS_ONK=2 и не пустых значениях MDUMMYY.GR_PLAN;
- 2) обязательно к заполнению и может принимать значения {1, 2, 3} при USL_OK=3 и основной диагноз (МКБ1) не входит в рубрику 'Z' (LEFT(МКБ1,1)!='Z') и ДИСП_ПРОФ=.F.;
- 3) обязательно к заполнению и должен принимать значение 0 при пустых MDUMMYY.GR_PLAN;
- 4) Может принимать значения {0, 1, 2, 3} во всех остальных случаях.

PROFIL_K, профиль койки:

обязательно к заполнению для USL_OK={1,2}

NAPR_MO, медицинская организация, куда оформлено направление или назначение, обязательно к заполнению значением F003ММYY.MCOD при направлении в другую МО для случаев:

- если УССММYY.DS_ONK=1 и НССММYY.NAZ_R={2, 3};
- если УССММYY.DS_ONK#0 и СССММYY.NAPR_V#0.

MPCOD, подразделение медицинской организации:

Заполняется только при ОТ_PER_U>='0120'.

NHISTORY, Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента:

Начиная с ОТ_PER_U='0520' допустимы для заполнения NHISTORY следующие символы:

- 1) цифры;
- 2) прописные и строчные буквы русского и латинского алфавита;
- 3) пробел (код символа в кодировке ASCII–32, пробел не допустим в качестве первого символа в номере);
- 4) точка;
- 5) символы: + / \ | ! - _

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

Таблица 13

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	'46000000' + MSK_OT	SMOMMYY.DBF	REGION+ CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код Московской области
2.	ОТ_PER + CODE_LPU + MSK_OT+ PERSCODE	РССММYY.DBF	ОТ_PER + CODE_LPU + MSK_OT+ PERSCODE	
3.	CODE_LPU	LPUMMYY.DBF	CODE_LPU	
4.	LPU.IDMO+MPCOD	PODRММYY.XML	MCOD+ MPCOD	medCompany.mcod+ medCompany\

				podr\mpcod
5.	VID_MP	V008MMYY.XML	IDVMP	
6.	USL_OK	V006MMYY.XML	IDUMP	
7.	PROFIL	PMPMMYY.DBF	PROFIL	
8.	MKB1	MKBMMYY.DBF	MKB	
9.	MKB2	MKBMMYY.DBF	MKB	
10.	MKB3	MKBMMYY.DBF	MKB	
11.	CODE_USL	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL	
12.	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD+MPCOD	DCCMMYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD+MPCOD	
13.	STR(ISH_MOV)+ STR(USL_OK)	V012MMYY.XML	STR(IDIZ)+ STR(DL_USLOV)	
14.	STR(RES_GOSP)+ STR(USL_OK)	V009MMYY.XML	STR(IDRMP)+ STR(DL_USLOV)	
15.	'VID_SF' + VID_SF	SBRMMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + CODE_OBJ	'VID_SF' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
16.	'VID_TR' + VID_TR	SBRMMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + CODE_OBJ	'VID_TR' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
17.	CODE_LPU+ VID_MP + USL_OK + fVOZR+ PROFIL + CODE_USL + STR(TARIF_B,12,2), где fVOZR принимает значения: 1) '03' по умолчанию; 2) если не найден соответствия при fVOZR='03', то fVOZR='01' при U.DATE_IN=> GOMONTH(P.BIRTHDAY, 216); 3) если не найден соответствия при fVOZR='03', то fVOZR='02' при U.DATE_IN< GOMONTH(P.BIRTHDAY, 216)	TMUMMY.Y.DBF	CODE_LPU + VID_MP + USL_OK + VOZR+ PROFIL + CODE_USL+ STR(TARIF,12,2)	Для медицинских услуг, не относящихся к: 1) ED_IZM= {'04', '12', '16'} при USL_OK={1, 2}; 2) ED_IZM='19' при USL_OK=3; 3) к законченным случаям 1-го этапа диспансеризации взрослого населения (см. Таблицу 15)
18.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ cVID_KOEFF, где константа cVID_KOEFF='01'	KCCMMYY.DBF	OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT+ USL_OK+ VID_SF+ VID_KOEFF	Для медицинских услуг базовой программы ОМС с «объемным» способом оплаты (VID_SF={'09','12'}), и OT_PER=OT_PER_U
19.	CODE_LPU+ VID_MP+ USL_OK+ CODE_USL+ STR(TARIF_B,12,2)	TMUMMY.Y.DBF	CODE_LPU+ VID_MP+ USL_OK+ CODE_USL+ STR(TARIF_B,12,2)	Для мед. услуг с ED_IZM='04' (при VID_MP=32) и к законченным случаям 1-го этапа диспансеризации

				взрослого населения (см. Таблицу 15).
20.	OT_PER + OT_PER_U+ CODE_LPU + MSK_OT + PERSCODE + VID_MP + USL_OK + NHISTORY + VID_SF Для записей, в которых значение CODE_USL соответствует мед. услугам заместительной почечной терапии в условиях круглосуточного стационара (MDUMMY.ED_IZM='10').	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ OT_PER_U+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ USL_OK+ NHISTORY+ VID_SF Кроме записей, в которых значение CODE_USL соответствует мед. услугам заместительной почечной терапии в условиях круглосуточ. стационара (MDUMMY.ED_IZM='10').	USL_OK=1
21.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ dtos ³ (DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	XCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Для медицинских услуг скорой медицинской помощи (USL_OK=4), кроме CODE_USL= {'3840050', '3840060'}
22.	OT_PER +CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ cVID_KOEFF, где константа cVID_KOEFF='06', для VID_SF='14'	KCCMMYY.DBF	OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT+ USL_OK+ VID_SF+ VID_KOEFF	Для мед. услуг с использованием «подушевого» способа оплаты: VID_SF='14' и OT_PER=OT_PER_U
23.	OT_PER +CODE_LPU+ USL_OK + VID_SF+ cVID_KOEFF, где константа cVID_KOEFF='08'	KCCMMYY.DBF	OT_PER + CODE_LPU + USL_OK + VID_SF + VID_KOEFF	Для мед. услуг ФАП: VID_SF='18' и OT_PER=OT_PER_U
24.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY	MCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY	Для мероприятий 1 этапа диспансеризации взрослых (Таблица 15) при MDU.SP_OPL=30
25.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ USL_OK+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+ CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+ DATE_OUT+ KOL_USL+ KOL_FACT+ISH_MOV+ RES_GOSP+ SUM_RUB	GCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ USL_OK+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+ CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+ DATE_OUT+ KOL_USL+ KOL_FACT+ISH_MOV+ RES_GOSP+ SUM_RUB	Для услуг с ED_IZM='16'
26.	MCOD_OUT	F003MMYY.XML	MCOD	В справочнике F003MMYY.XML выбирается элемент со значением атрибута U.MCOD_OUT =

³ Выражение DTOS(<Значение_типа_даты>) означает применение функции преобразования данных типа дата в символьную строку для совместимости при конкатенации.

				F003.medCompany\ mcod и условиями: U. DATE_NPR < F003.medCompany\ medInclude\ d_end или F003.medCompany\ medInclude\ d_end не заполнено
27.	P_CEL	V025ММYY.XML	IDPC	Справочник целей посещения ФОМС
28.	MKB0	MKBММYY.DBF	MKB	Для USL_OK=4 допускается Len(MKB0)=3
29.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	NCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Для услуг с ED_IZM='11'
30.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	CCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Для записей с DS_ONK#0 и услуг с непустым MDUMМYY.GR_PLA N, при U.OT_PER_U<'0320'
	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1+ CODE_MD+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	CCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1 + CODE_MD+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Для записей с DS_ONK#0 и услуг с непустым MDUMМYY.GR_PLA N, начиная с U.OT_PER_U='0320'
31.	C_ZAB	V027ММYY.XML	IDCZ	Классификатор характера заболевания
32.	PROFIL_K	V020ММYY.XML	IDK_PR	Справочник профилей койки ФОМС
33.	NAPR_MO	F003ММYY.XML	MCOD	Справочник «Медицинские организации РФ»
34.	MPCOD+ STR(VID_MP,2)	FLK3ММYY.XML	MPCOD+ STR(VID_MP,2)	Справочник соответствия подразделения медицинской организации и вида медицинской помощи. Проверка временно отменена с периода '0320'. Для записей OT_PER_U>='0320'
35.	CODE_LPU+ STR(PROFIL,3)	FLK4ММYY.XML	CODE_UR+ STR(PROFIL,3)	Справочник

				соответствия медицинской организации и профиля медицинской помощи. Проверка временно отменена с периода '0320'. Для записей OT_PER_U>='0320'
36.	CODE_USL+МКВ1	MESММYY.DBF	CODE_USL+МКВ	Справочник соответствия кода ВМП и диагноза Для записей OT_PER_U>='0321' Для услуг с ED_IZM='04'

Примечания

1. Коды медицинских услуг приводятся согласно приложениям к Тарифному соглашению по реализации Московской областной программы ОМС от 30.12.2020 (далее - Тарифное соглашение на 2021 год, или Тарифное соглашение, или ТС-2021).
2. Таблица 13: некоторые услуги АПП получили с периода '0420' дополнительную литеру 'А', чтобы их CODE_USL не совпадали с НРУЗ для КСГ (ED_IZM='12').

Таблица 14

Код услуги	Расшифровка наименования услуги
A03.20.003A	ГИСТЕРОСКОПИЯ
A03.28.001A	ЦИСТОСКОПИЯ
A11.21.005.001A	БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
A11.20.010.003A	Пункция новообразования молочной железы прицельная пункционная под контролем ультразвукового исследования (забор биоптата)
A08.30.013A	Иммуногистохимические исследования (одного маркера)
A08.30.013.001A	Диагностика статуса гена Her2/neu при раке молочной железы и желудка
A27.30.006A	Определения соматических мутаций в гене KRAS
A27.30.007A	Определение соматических мутаций в гене N-RAS
A27.30.008A	Определение соматических мутаций в гене BRAF
A27.30.010A	Определение соматических мутаций в гене BRCA1
A27.30.011A	Определение соматических мутаций в гене BRCA2
A27.30.016A	Определение мутаций в 18, 19 и 21 экзонах гена EGFR
A27.30.017A	Диагностика статуса гена ALK при немелкоклеточном раке легкого
A27.30.018A	Диагностика статуса гена ROS1 при немелкоклеточном раке легкого

Контроль семантической целостности объекта производится по следующим правилам:

- 1) $SUM_RUB=ROUND(TARIF_S * KOL_USL, 0)$ – для всех видов и условий оказания медицинской помощи, $TARIF_S=TARIF_B$ для всех видов и условий оказания медицинской помощи.

- 2) МКВ1 рубрики «F» ($SUBSTR(MKB1,1,1)='F'$) допускаются для $USL_OK=4$ и $VID_SF\#12'$, а также для $VID_SF='15'$ при значениях $PROFIL=\{72, 73, 74\}$.
- 3) $TARIF_B=TMUMMYU.TARIF$ для всех услуг, не относящихся к стандартам медицинской помощи, схемам ведения пациентов или КСГ ($MDUMMYU.ED_IZM\#\{'04', '16'\}$) или к законченным случаям 1-го этапа диспансеризации взрослого населения (см. Таблицу 15).

$TARIF_B=ROUND(TMUMMYU.TARIF * Knc, 0)$ для всех услуг с $MDUMMYU.ED_IZM='04'$, относящихся к случаям оказания высокотехнологичной медицинской помощи ($VID_MP=32$), или к законченным случаям 1 этапа диспансеризации взрослого населения (см. Таблицу 15):

- $Knc=1$ при $VID_MP=32$ для:
 - $VID_SF=\{'09', '12', '14'\}$;
 - $VID_SF='15'$ и $PROFIL\#\{16, 72, 73, 110\}$;
 - $Knc=1$, если по мероприятиям случая 1-го этапа диспансеризации взрослых, учтенных в файле $MCCMMYU.(OT_PER+CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+NHISTORY) SUM(DVNMMYU.KOEFF_DVN) \leq 0.15$ при $MCCMMYU.ISP_DVN='02'$, то есть случай 1-го этапа диспансеризации взрослых считается законченным.
 - $Knc=SUM(DVNMMYU.KOEFF_DVN)$ для $MCCMMYU.ISP_DVN='01'$, если по мероприятиям случая 1 этапа диспансеризации взрослых $MCCMMYU.(OT_PER+CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+NHISTORY) SUM(DVNMMYU.KOEFF_DVN) > 0.15$ при $MCCMMYU.ISP_DVN='02'$. То есть случай 1-го этапа диспансеризации взрослых считается завершенным, но не законченным.
 - Примечание. Применение Knc для услуг, относящихся к КСГ, описано в п/п 1) п.7.11.3.
- 4) Правила расчета $TARIF_B$ по КСГ описаны в п. 7.11.3.
 - 5) Должно быть $KOL_USL=KOL_FACT$ для $MDUMMYU.ED_IZM=\{'01', '02'\}$.
 - 6) $TARIF_D=0$.
 - 7) Значение полей OT_PER и MSK_OT должно быть одинаковым для всех записей файла.
 - 8) $DATE_IN$ – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U , значение поля $DATE_OUT$, и не должно быть раньше даты рождения пациента ($PCCMMYU.BIRTHDAY$). Для амбулаторно-поликлинической помощи ($USL_OK=3$) значение $DATE_IN$ не должно быть меньше первого дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U , за исключением:
 - услуг, указанных в Таблице 14;
 - услуг, входящих в обращение по заболеванию амбулаторное или в обращение стоматологическое (см. правило 7.3.1.1) при условии, что $DATE_IN$ не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
 - обращений по заболеванию $MDUMMYU.ED_IZM='09'$ при условии, что $DATE_IN$ не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;

- разовых посещений по заболеванию (**MDUMMY.ED_IZM='03'**, **MDUMMY.GR_PLAN='RP'**) при условии, что RES_GOSP={301, 302, 303} DATE_IN=DATE_OUT и DATE_IN не меньше первого дня предыдущего отчетного периода.
- 9) DATE_OUT – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U. Значение не должно быть меньше первого дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U, за исключением:
- случаев, когда результатом госпитализации является перевод в другое отделение стационара (RES_GOSP={104, 204} по справочнику V009);
 - применения услуг заместительной почечной терапии (**MDUMMY.ED_IZM='10'**);
 - учет оперативных вмешательств и процедур (**MDUMMY.ED_IZM='12'**);
 - услуг, входящих в обращение по заболеванию амбулаторное **или в обращение стоматологическое** (см. правило 7.3.1.1) при условии, что DATE_OUT не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
 - обращений по заболеванию **MDUMMY.ED_IZM='09'** при условии, что DATE_OUT не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
 - разовых посещений по заболеванию (**MDUMMY.ED_IZM='03'**, **MDUMMY.GR_PLAN='RP'**) при условии, что RES_GOSP={301, 302, 303} DATE_IN=DATE_OUT и DATE_OUT не меньше первого дня предыдущего отчетного периода.
- 10) KOL_FACT=1 для случаев лечения в дневном или круглосуточном стационаре, а также для услуг, относящихся к **MDUMMY.ED_IZM='04'**, при условии, что DATE_IN=DATE_OUT.
- 11) $KOL_FACT \leq (DATE_OUT - DATE_IN)$ для случаев лечения в круглосуточном стационаре при условии, что DATE_IN#DATE_OUT, за исключением случаев лечения при использовании стандартов, схем, услуг заместительной почечной терапии (**MDUMMY.ED_IZM='10'**) и медицинских услуг, относящихся к хирургическим операциям или иным медицинским технологиям (**MDUMMY.ED_IZM='12'**).
- 12) $KOL_FACT \leq (DATE_OUT - DATE_IN + 1)$ для случаев лечения в дневном стационаре (за исключением услуг заместительной почечной терапии) и случаев лечения при использовании стандартов или схем при условии, что DATE_IN#DATE_OUT.
- 13) Поле KOL_FACT=0 при:
- USL_OK={3, 4} и **MDUMMY.ED_IZM#09'**;
 - услугах заместительной почечной терапии (**MDUMMY.ED_IZM='10'**).
- Поле KOL_FACT#0 при:
- USL_OK=3 и **MDUMMY.ED_IZM='09'**;
- 14) При учете услуг заместительной почечной терапии (**MDUMMY.ED_IZM='10'**) должны быть соблюдены следующие условия (VID_SF#14' и Таблица 15):

Таблица 15

Значение поля CODE_USL	Имя поля	Допустимые значения
A18.05.002 A18.05.002.002 A18.05.002.001	USL_OK	2 - дневной стационар

A18.05.011 A18.30.001 A18.30.001.002 A18.30.001.003		
A18.05.002 A18.05.002.002 A18.05.002.001 A18.05.011 A18.30.001 A18.30.001.002 A18.30.001.003 A18.05.004 A18.05.002.003 A18.05.003 A18.05.004.001 A18.05.011.001 A18.05.002.005 A18.05.011.002 A18.30.001.001	USL_OK	1 - круглосуточный стационар

- 15) Заполнение VID_SF в файлах УССММYY.dbf:
если СС#'50' (не межтерриториальная помощь), то должно быть VID_SF#'12';
если СС='50' (межтерриториальная помощь), то должно быть VID_SF='12'.
- 16) Контроль взаимного соответствия полей RES_GOSP и ISH_MOV проводится в соответствии со справочником взаимного соответствия исходов заболевания и результатов обращения за медицинской помощью – FLK1ММYY.DBF.
Сочетание ISH_MOV=306 и RES_GOSP={317, 318, 321, 322, 323, 324, 325, 332, 333, 334, 335, 336, 343, 344, 347, 348, 349, 350, 351, 353, 355, 356, 357, 358, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374} допустимо только при MDUmmyu.GR_PLAN={'DP','DPU'}, где MDUmmyu.CODE_USL=УССММYY.CODE_USL.
- 17) RES_GOSP заполняется значениями не входящими в множество {317, 321, 332, 343, 347} при DS_ONK=1
- 18) Если оказана медицинская помощь по профилю медицинской помощи УССММYY.PROFIL, медицинским работником, код специальности которого указан в поле DССММYY.PRVS в записи со значением полей DССММYY.CODE_MD+DССММYY.MPCOD = УССММYY.CODE_MD+УССММYY.MPCOD, то должна найтись запись в файле PSPММYY, для которой справедливо условие:
PSPММYY.PROFIL=УССММYY.PROFIL и PSPММYY.IDSPEC=DССММYY.PRVS.
- 19) При учете услуг по первому этапу диспансеризации взрослого населения (ДВН), по диспансеризации детей-сирот и детей без попечения родителей или в трудной жизненной ситуации, учете осмотров детей и профилактических медицинских осмотрах взрослого населения (в соответствии с Приказом МЗРФ от 13.03.2019 №124н) для записей, удовлетворяющих условию УССММYY.OT_PER+УССММYY.CODE_LPU+УССММYY.MSK_OT+УССММYY.PERSCODE = PССММYY.OT_PER+PССММYY.CODE_LPU+PССММYY.MSK_OT + PССММYY.PERSCODE должны быть соблюдены условия, представленные в Таблице

15, где **VZR** – возраст пациента. Для первого этапа ДВН и профилактических медицинских осмотров взрослого населения (Приказ МЗРФ от 13.03.2019 №124н) и медицинских осмотров несовершеннолетних (в соответствии с Приказом МЗРФ от 10.08.2017 №514н) $VZR=YEAR(UCCMMYY.DATE_IN)-YEAR(PCMMYY.BIRTHDAY)$, VZR должен соответствовать возрасту пациента в год прохождения им 1 этапа ДВН или профилактического осмотра. Для диспансеризации детей VZR – возраст на момент оказания услуги. Для профилактических осмотров детей до 3 лет (CODE_USL={'1096140000' – '1096150200'}) VZR не рассчитывается и не проверяется его соответствие.

Таблица 16

Значение поля UCCMMYY.CODE_USL	Значение поля PCMMYY.SEX	Значение параметра VZR
Первый этап ДВН (в соответствии с приказом МЗРФ от 13.03.2019 №124н) $VZR=YEAR(UCCMMYY.DATE_IN)-YEAR(PCMMYY.BIRTHDAY)$		
2106501	01	21, 27, 33
2106511	01	18, 24, 30, 39
2106521	01	36
2106531	01	41, 43, 47, 49, 53, 59, 61
2106541	01	51, 57, 63
2106551	01	55
2106561	01	40, 44, 46, 52, 56, 58, 62
2106571	01	42, 48, 54
2106581	01	50, 64
2106591	01	60
2106601	01	45
2106503	01	79, 81, 85, 87, 91, 93, 97, 99
2106513	01	77, 83, 89, 95
2106523	01	76, 78, 82, 84, 88, 90, 94, 96
2106533	01	80, 86, 92, 98
2106543	01	67, 69, 73, 75
2106553	01	65, 71
2106563	01	66, 70, 72
2106573	01	68, 74
2106502	02	21, 27, 33
2106512	02	41, 43, 47, 49, 53, 55, 59, 61
2106522	02	18, 24, 30, 39
2106532	02	36
2106542	02	51, 57, 63
2106552	02	40, 44, 46, 50, 52, 56, 58, 62, 64
2106562	02	45
2106572	02	42, 48, 54, 60
2106504	02	79, 81, 85, 87, 91, 93, 97, 99
2106514	02	77, 83, 89, 95
2106524	02	76, 78, 82, 84, 88, 90, 94, 96
2106534	02	67, 69, 73, 75
2106544	02	80, 86, 92, 98
2106554	02	65, 71

2106564	02	66, 70, 72
2106574	02	68, 74
2679631	01, 02	19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99
2679641	02	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99
Диспансеризация детей-сирот и детей в ТЖС (в соответствии с Приказом МЗРФ от 15.02.2013 №72н) и Диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (в соответствии с приказом МЗРФ от 11.04.2013 №216н)		
1096201	01	0, 1, 2
1096202	02	0, 1, 2
1096211	01	3, 4
1096212	02	3, 4
1096221	01	5, 6
1096222	02	5, 6
1096231	01	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
1096232	02	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
1096241	01	14
1096242	02	14
1096251	01	15, 16, 17
1096252	02	15, 16, 17
1096080	01, 02	0 – 17
Медицинские осмотры несовершеннолетних (в соответствии с Приказом МЗРФ от 10.08.2017 №514н) $VZR=YEAR(UCCMMYY.DATE_IN) - YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)$		
1096140000	01	-
1096150000	02	-
1096140001	01	-
1096150001	02	-
1096140002	01	-
1096150002	02	-
1096140003	01	-
1096150003	02	-
1096140004	01	-
1096150004	02	-
1096140005	01	-
1096150005	02	-
1096140006	01	-
1096150006	02	-
1096140007	01	-
1096150007	02	-
1096140008	01	-
1096150008	02	-
1096140009	01	-

1096150009	02	-
1096140010	01	-
1096150010	02	-
1096140011	01	-
1096150011	02	-
1096140012	01	-
1096150012	02	-
1096140103	01	-
1096150103	02	-
1096140106	01	-
1096150106	02	-
1096140200	01	-
1096150200	02	-
1096140300	01	3
1096150300	02	3
1096140400	01	4
1096150400	02	4
1096140500	01	5
1096150500	02	5
1096140600	01	6
1096150600	02	6
1096140700	01	7
1096150700	02	7
1096140800	01	8
1096150800	02	8
1096140900	01	9
1096150900	02	9
1096141000	01	10
1096151000	02	10
1096141100	01	11
1096151100	02	11
1096141200	01	12
1096151200	02	12
1096141300	01	13
1096151300	02	13
1096141400	01	14
1096151400	02	14
1096141500	01	15
1096151500	02	15
1096141600	01	16
1096151600	02	16
1096141700	01	17
1096151700	02	17
Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в соответствии с Приказом МЗРФ от 13.03.2019 №124н) VZR=YEAR(UCCMMYY.DATE_IN) – YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)		
210604011	01	19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33

210604021	02	19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33
210604012	01	18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34
210604022	02	18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34
210604013	01	35, 37, 39
210604023	02	35, 37, 39
210604014	01	36, 38
210604024	02	36, 38
210604015	01	40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64
210604025	02	40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64
210604016	01	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63
210604026	02	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63
210604017	01	65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99
210604027	02	65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99
210604018	01	66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98
210604028	02	66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98

Условия Таблицы 16 относятся и к услугам, которые оказаны мобильными медицинскими бригадами, с кодами '***М' (Таблица 15.CODE_USL+'М').

- 20) Условия контроля заполнения полей PROFIL, ISH_MOV, RES_GOSP, DATE_IN, DATE_OUT в зависимости от значения поля CODE_USL при учете услуг по диспансеризации, профилактическим и медицинским осмотрам представлены в таблице 17 (символ X – одно целое число в диапазоне 0-9):

Таблица 17

Значения поля CODE_USL (шаблон)	Значение поля			
	PROFIL	RES_GOSP (V009.IDRMP)	ISH_MOV (V012.IDIZ)	DATE_IN; DATE_OUT
2106501, 2106511, 2106521, 2106531, 2106541, 2106551, 2106561, 2106571, 2106581, 2106591, 2106601, 2106503, 2106513, 2106523, 2106533, 2106543, 2106553, 2106563, 2106573, 2106502, 2106512, 2106522, 2106532, 2106542, 2106552, 2106562, 2106572, 2106504, 2106514, 2106524, 2106534, 2106544,	97; 57; 42	317, 318, 355, 356, 353, 357, 358	306	DATE_IN – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U и значение поля DATE_OUT; DATE_OUT не может быть меньше даты первого дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U

2106554, 2106564, 2106574				
2679631, 2679641	78		306	
2109501, 2109502	97; 57	317, 318, 355, 356	306	DATE_IN=DATE_OUT; DATE_IN не может быть меньше даты первого дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U
2149501	108; 112	317, 318, 355, 356	306	
2199501, 2199502	30, 112			
2239501, 2239502	162			
2249501, 2249502	65			
2329502	136			
2109503, 2109504	97; 57; 42			
2259501, 2259502	53			
1096080	68; 57			
1096201, 1096202, 1096211, 1096212, 1096221, 1096222, 1096231, 1096232, 1096241, 1096242, 1096251, 1096252		347-351, 365-368		
210604011, 210604012, 210604013, 210604014, 210604015, 210604016, 210604017, 210604018, 210604021, 210604022, 210604023, 210604024, 210604025, 210604026, 210604027, 210604028	97; 57; 42	343, 344, 345, 373, 374	306	DATE_IN – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U и значение поля DATE_OUT; DATE_OUT не может быть меньше даты первого дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U
109614XXXX, 109615XXXX	68; 57	332-336, 361-364	306, 304	
2107000	97; 57; 58	308, 315, 317, 318, 353, 355-358	302-306	DATE_IN – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U и значение поля DATE_OUT; DATE_OUT не может
A23.30.023	97; 29; 57; 58; 41			
A09.05.051.001	34; 37; 38			
A04.10.002	106			

A06.09.005	78	317, 318, 355, 356	быть меньше даты первого дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U
A04.12.006.002	106		

Условия Таблицы 17 относятся и к услугам, которые оказаны мобильными медицинскими бригадами, с кодами '***М' (Таблица 16.CODE_USL+'М').

21) Для законченного или завершеного случая 1 этапа диспансеризации взрослых (Таблица 15) в файле МССММУУ.DBF должны быть записи по мероприятиям, осуществленным в ходе 1 этапа диспансеризации взрослых.

22) Поле VID_SF заполняется значением '14' (подлежит оплате «подушевым» способом) если:

А) Одновременно выполняются следующие условия:

- В справочнике QPF должна быть запись, удовлетворяющая условию:
QPF.OT_PER=U.OT_PER AND QPF.CODE_UR=U.CODE_LPU AND QPF.USL_OK=0
- USL_OK={1, 2, 3}
- MSK_OT#{'50', '99'}
- MDUMMUU.GR_PLAN#{'ANE', 'BIO', 'END', 'GIS', 'KT', 'MT', 'MG', 'RSC', 'UZI', 'RPM', 'DPU'}
- Услуга не относится к ФАП (VID_SF='18', см. правило 49)

В) Одновременно выполняются следующие условия:

- В справочнике QPF должна быть запись, удовлетворяющая условию:
QPF.OT_PER=U.OT_PER AND QPF.CODE_UR=U.CODE_LPU AND QPF.USL_OK=3
- U.USL_OK=3
- CODE_USL из Таблицы 17 или услуги с MDU.GR_PLAN = 'DP' (кроме услуг 2-го этапа диспансеризации взрослого населения по PROFIL, не включенным в перечень п/п 5 данного правила – согласно Таблице 17.0).
- MSK_OT#{'50', '99'}
- PROFIL={97 (терапия), 68 (педиатрия), 53 (неврология), 20 (детская хирургия), 112 (хирургия), 57 (ОБП), 42 (лечебное дело), 34 (клинической лабораторной диагностике – только для услуги A26.08.076)}

С) Одновременно выполняются следующие условия:

- В справочнике QPF должна быть запись, удовлетворяющая условию:
QPF.OT_PER=U.OT_PER AND QPF.CODE_UR=U.CODE_LPU AND QPF.USL_OK=3
- U.USL_OK=3
- Услуги с MDU.GR_PLAN='TM'
- MSK_OT#{'50', '99'}

Д) Одновременно выполняются следующие условия:

- В справочнике QPF должна быть запись, удовлетворяющая условию:
QPF.OT_PER=U.OT_PER AND QPF.CODE_UR=U.CODE_LPU AND QPF.USL_OK=3
- U.USL_OK=3
- Услуги из группы GR_PLAN='RPM' при условиях: CODE_USL={'A06.20.004', 'A06.09.006', 'A26.20.009', 'A26.08.076'}, U.CODE_LPU=QPF.CODE_UR, и для

U.MCOD_OUT должна находиться запись в справочнике QPFMMYY (U.MCOD_OUT=LPUMMY.IDMO при LPUMMY.CODE_LPU=QPFMMYY.CODE_UR) (см. Правило 38).

Е) Одновременно выполняются следующие условия:

- В справочнике QPF должна быть запись, удовлетворяющая условию:
QPF.OT_PER=U.OT_PER AND QPF.CODE_UR=U.CODE_LPU AND QPF.USL_OK=4
- U.USL_OK=4
- U.PROFIL=84
- MDUmmyu.GR_PLAN='S7'
- MSK_OT#{'50', '99'}

Таблица 17.0

Наименование медицинской услуги	CODE_USL (муж.)	CODE_USL (жен.)
Посещение к врачу-урологу	2149501, 2149501M	
Посещение к врачу-колопроктологу	2199501, 2199501M	2199502, 2199502M
Посещение к врачу-колопроктологу, включая проведение ректороманоскопии	2199503, 2199503M	2199504, 2199504M
Посещение к врачу-гинекологу (врачу-акушеру-гинекологу)		2329502, 2329502M
Посещение врача-оториноларинголога	2239501, 2239501M	2239502, 2239502M
Посещение к врачу-офтальмологу	2249501, 2249501M	2249502, 2249502M
колоноскопия (для граждан в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога)	2199505, 2199505M	2199506, 2199506M

Таблица 18

Код услуги	Краткое наименование услуги
V01.010.001	Прием (осмотр, консультация) врача - детского хирурга первичный
V04.010.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - детского хирурга
V04.010.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача - детского хирурга
V01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный
V04.023.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-невролога
V04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога
V01.026.001	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный
V04.026.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача)
V04.026.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача)
V01.031.001	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный
V04.031.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра
V04.031.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра
V01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
V04.047.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
V04.047.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
V01.057.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный
V04.057.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-хирурга
V04.057.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга

1219601	ОБРАЩЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ К ВРАЧУ-ДЕТСКОМУ ХИРУРГУ
2259601	ОБРАЩЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ К ВРАЧУ-НЕВРОЛОГУ
2369601	ОБРАЩЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОМУ ВРАЧУ)
1099601	ОБРАЩЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ К ВРАЧУ-ПЕДИАТРУ
2109601	ОБРАЩЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ
2219601	ОБРАЩЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ К ВРАЧУ-ХИРУРГУ
V01.047.001.001	ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ФЕЛЬДШЕРОМ (СПЕЦИАЛИСТОМ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ), ВЕДУЩИМ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПРИЕМА В ФАПЕ)
21096011	ОБРАЩЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ К ФЕЛЬДШЕРУ (СПЕЦИАЛИСТУ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ), ВЕДУЩЕМУ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПРИЕМА В ФАПЕ)
A26.08.076	МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19 МЕТОДОМ ПЦР

- 23) Для медицинских услуг «обращение по поводу заболевания» (MDUMMY.ED_IZM='09') должны выполняться следующие условия: USL_OK=3, KOL_USL=1.
- 24) Допускается $LEFT(МКВ1,3)=\{ 'R95', 'R96', 'R98', 'R99' \}$ только для USL_OK=4.
- 25) Для услуг, относящихся к стандартам медицинской помощи или схемам ведения пациента (MDUMMY.ED_IZM='04'), заполнение поля KOL_FACT при USL_OK={3, 4} не контролируется.
- 26) Для записей реестра медицинских услуг, относящихся к медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица (MSK_OT='99'): VID_SF={ '00', '15' }.
- 27) Для любой (каждой) записи реестра медицинских услуг, удовлетворяющей условию $UCCMMYY.VID_SF=\{ '09', '14' \}$ и $UCCMMYY.SUM_RUB>0$ и $MDUMMY.GR_PLAN\# \{ 'RPM', 'RSC', 'TM', 'BIO', 'ANE', 'UZC', 'LBC', 'RGC', 'VAC', 'EM' \}$ и $not(MDUMMY.GR_PLAN=\{ 'GD', 'PD' \})$ и $UCCMMYY.USL_OK=1$ [**], должна иметь место хотя бы одна запись справочника «Квартальное (и месячное) распределение объемов медицинской помощи» (QVMYY.DBF), соответствующая следующему условию:

$$fCODE_UR(UCCMMYY.CODE_LPU) + UCCMMYY.OT_PER + \Gamma\Pi = QVMYY.CODE_UR + QVMYY.OT_PER + QVMYY.GR_PLAN, \text{ где:}$$

$fCODE_UR(UCCMMYY.CODE_LPU)$ – принимает значение LPUYY.CODE_UR для $UCCMMYY.CODE_LPU=LPUYY.CODE_LPU$;

Под значением $\Gamma\Pi$ понимается значение, рассчитанное в соответствии с п. 6.3.7.1.

[**] не должны контролироваться услуги с $MDUMMY.GR_PLAN=\{ 'RPM', 'RSC', 'TM', 'BIO', 'ANE', 'UZC', 'LBC', 'RGC', 'VAC', 'EM' \}$ и услуги с $MDUMMY.GR_PLAN=\{ 'GD', 'PD' \}$ в сочетании с $UCCMMYY.USL_OK=1$

28) Представленные к оплате объемы медицинской помощи, для которых УССММYY.VID_SF={'09', '14'}, при QMVMMYY.FATAL=.T. не должны превышать предельно установленных объемов, сведения о которых содержатся в справочнике «Квартальное (и месячное) распределение объемов медицинской помощи» (QMVMMYY.DBF), а именно:

- Суммарное значение количества оказанных медицинских услуг УССММYY.KOL_USL в разрезе планируемых показателей не должно превышать соответствующего значения QMVMMYY.VALUE_V#0 (кроме услуг, относящихся к планируемому показателю GR_PLAN='UE').
- Количество УЕТ для каждой записи реестра счетов с медицинской услугой, относящейся к планируемому показателю GR_PLAN='UE', рассчитывается как $ROUND(УССММYY.KOL_USL * MDUMMYY.KOL_UET, 2)$.
- Целочисленная часть суммарного количества УЕТ по оказанным медицинским услугам, относящимся к планируемому показателю GR_PLAN='UE', не должна превышать соответствующего непустого значения QMVMMYY.VALUE_V.

Если QMVMMYY.USL_OK=1, то УССММYY.USL_OK=1 – специализированная медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного стационара, включая ВМП, или УССММYY.USL_OK=2, если ВМП оказана в условиях дневного стационара.

Если QMVMMYY.USL_OK=3, то УССММYY.USL_OK=3 – медицинская помощь в амбулаторных условиях по способу оплаты за медицинские услуги, включая услуги по проведению компьютерной, магнитно-резонансной томографии и позитронно-эмиссионной томографии.

Если QMVMMYY.USL_OK=2, то УССММYY.USL_OK=2 – медицинская помощь в условиях дневных стационаров всех типов (кроме ВМП), услуги заместительной почечной терапии, услуги экстракорпорального оплодотворения.

Если QMVMMYY.USL_OK=4, то УССММYY.USL_OK=4 – скорая медицинская помощь, включая услуги тромболитической терапии.

29) Для USL_OK=4 (скорая медицинская помощь вне медицинской организации) **не допускается** VID_SF='09' («объемный» способ оплаты для застрахованных в Московской области) за исключением услуг с CODE_USL={'3840050', '3840060'} (тромболитическая терапия);

30) Поле EXTR обязательно к заполнению значением =2 при:
1) USL_OK=4; 2) USL_OK=1 и VID_SF='15'.

31) Для записей реестра медицинских услуг, относящихся к медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица (VID_SF='15'): USL_OK#2.

32) Для учета услуги A26.08.076 (молекулярно-биологическое исследование на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР) допустимы следующие коды по МКБ-10: U07.1, U07.2, Z22.8, Z11.5, B34.2, B33.8.

33) Для медицинских услуг, соответствующих условию $LEFT(MDUMMYY.GR_PLAN,2)='UE'$, должно выполняться условие $PROFIL=\{63, 85, 86, 87, 89, 90, 171\}$. В реестрах счетов **не должно** быть услуг $LEFT(MDUMMYY.GR_PLAN,2)='UE'$ с $PROFIL\#\{63, 85, 86, 87, 89, 90, 171\}$. Каждый

случай оказания стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (USL_OK=3), определяемый как выборка услуг $LEFT(MDUMMY.GR_PLAN,2)='UE'$ с $PROFIL=\{63, 85, 86, 87, 89, 90, 171\}$ по совокупности полей OT_PER+ OT_PER_U+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ USL_OK+ PROFIL+ $LEFT(MKB1,3)$ + P_CEL+ IDCASE, должен содержать при P_CEL#3.0' хотя бы одну запись с услугой, соответствующей условию MDUMMY.ED_IZM#05'. При P_CEL='3.0' (записи относятся к поликлиническому обращению) совокупность должна содержать не менее 2 записей с услугами, соответствующими условию: MDUMMY.ED_IZM#05'. Не допускается использование при P_CEL='3.0' более одной услуги с признаком MDUMMY.DOP_M='1' (первичных приемов).

Данное правило не распространяется на услуги телемедицины, оказанные в рамках стоматологической помощи: $LEFT(MDUMMY.GR_PLAN,2)='TM'$ и $PROFIL=\{63, 85, 86, 87, 89, 90, 171\}$.

- 34) Не должно быть более одной услуги на пациента (определяемого как уникальное сочетание OT_PER+OT_PER_U+CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+PROFIL) за отчетный период по каждому коду медицинской услуги из перечня первичных приемов $LEFT(CODE_USL,11)='B01.064.003', 'B01.065.007', 'B01.065.001', 'B01.065.003', 'B01.065.005', 'B01.067.001', 'B01.063.001', 'B01.003.001'$.
- 35) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF, соответствующей условию MDUMMY.GR_PLAN='UE' и MDUMMY.OZ='1', в объекте информационного обмена «Формула зуба» ZCCMMYY.DBF по ключу OT_PER+ CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+NHISTORY+CODE_USL+DATE_OUT должна находиться хотя бы одна запись с заполненными значениями ZCCMMYY.TEETH_CODE и ZCCMMYY.OCCLUSION.
- 36) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF, соответствующей условию MDUMMY.DOP_M='R' (кроме записей с UCCMMYY.MSK_OT='50'), должна находиться запись в справочнике медицинских организаций, для которой LPUMMY.DOP_M='R', и код ЛПУ соответствует коду ЛПУ, указанному записи реестра медицинских услуг, т.е.: UCCMMYY.CODE_LPU+ MDUMMY.DOP_M = LPUMMY.CODE_LPU+ LPUMMY.DOP_M.
- 37) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF с CODE_USL, не относящемуся к MDUMMY.ED_IZM={'12', '19'}, соответствующей условию UCCMMYY.VID_MP=32, должны быть заполнены TAL_HMP, DATE_HMP, и TAL_P.
- TAL_HMP должен заполняться в соответствии с шаблоном: 99.9999.99999.999, где 9 – любая десятичная цифра (обязательная), символ «точка» обязателен.
Начиная с OT_PER_U>='0420':
 - TAL_P>=P.BIRTHDAY
 - TAL_P>= DATE_HMP
 - DATE_HMP >=P.BIRTHDAY
 - DATE_HMP<=DATE_IN
- 38) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0121' для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF, содержащей CODE_USL, для которой

MDU.GR_PLAN='RPM', поля MСOD_OUT, NOM_NPR и DATE_NPR должны быть обязательно заполнены и должны соблюдаться условия:

- a) Для записей с CODE_USL={'A06.20.004', 'A06.09.006', 'A26.20.009', 'A26.08.076', 'A13.29.009.3', 'A13.29.009.4'} и MSK_OT#'50' хотя бы в одном из справочников QPFММYY [*] должна присутствовать запись, соответствующая UССММYY.MСOD_OUT (QPFММYY.CODE_UR=LPUММYY.CODE_LPU при LPUММYY.IDMO= UССММYY.MСOD_OUT), и должно быть:
 - VID_SF='14' при UССММYY.CODE_LPU=QPFММYY.CODE_UR
 - VID_SF='09' при UССММYY.CODE_LPU#QPFММYY.CODE_UR
- b) Для записей с CODE_USL={'A13.29.009.2A', 'A13.29.009.2ST', 'A06.30.002.1', 'A06.30.002.1C', 'A06.30.002.2', 'A06.30.002.2C', 'A06.30.002.3', 'A06.30.002.3C'} и MSK_OT#'50' должно быть VID_SF='09' и в справочнике LPUММYY должна присутствовать запись, у которой LPUММYY.IDMO=UССММYY.MСOD_OUT, но при этом LPUММYY.CODE_LPU#UССММYY.CODE_LPU.
- c) VID_SF={'09', '12', '14'}

[*] **Примечание:** Значение ММYY принадлежит множеству {U.OT_PER_U, '01' + RIGHT(U.OT_PER_U, 2)}. То есть, если код МО не найден в текущем справочнике QPFММYY, где ММYY=U.OT_PER_U, то поиск производится в справочнике QPF актуальном на январь текущего года.

- 39) Для каждой записи реестра медицинских услуг UССММYY.DBF DBF с CODE_USL, не относящемуся к пустым MDUММYY.GR_PLAN, поле DATE_NPR должно быть обязательно заполнено при заполненном поле MСOD_OUT.
- 40) P_CEL должно быть обязательно заполнено для всех записей UССММYY.DBF с USL_OK=3, заполняется в соответствии со справочником V025ММYY.XML.
- 41) Для каждой записи реестра медицинских услуг UССММYY.DBF при условии, что USL_OK=3 и P_CEL='1.3', должно выполняться условие DN={1, 2, 4, 6}.
- 42) Для каждой записи реестра медицинских услуг UССММYY.DBF с CODE_USL, не относящемуся к пустым MDUММYY.GR_PLAN, заполнение ISH_MOV и RES_GOSP обязательно.
- 43) При MSK_OT='50' и при UССММYY.MСOD_OUT=**F003**ММYY.MСOD, значение DATE_NPR должно находиться внутри диапазона дат включения в федеральный реестр медицинских организаций соответствующей записи в справочнике «Медицинские организации РФ» (**F003**ММYY.XML) и исключения из него. Т.е. **F003**ММYY.D_BEGIN<=DATE_NPR<=**F003**ММYY.D_END при заполненных значениях **F003**ММYY.D_BEGIN и **F003**ММYY.D_END, **F003**ММYY.D_BEGIN<=DATE_NPR при заполненном значении **F003**ММYY.D_BEGIN и незаполненном **F003**ММYY.D_END.
- 44) Правила заполнения и контроля IDCASE:
 1. Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0720' для USL_OK={1, 2, 4} IDCASE должен принимать одинаковое значение для следующей совокупности полей: OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ NHISTORY+MDU.SP_OPL.
 2. Записи со значением USL_OK=3 и одинаковым значением IDCASE должны содержать одинаковую по значению (совпадающую) совокупность полей: OT_PER+ OT_PER_U+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ PROFIL+

- left(MKB1,3)+P_CEL. При этом данная совокупность (в сочетании с IDCASE) может содержать единственную услугу с MDUMMY.DOP_M='1', и эта услуга должна иметь самую раннюю дату начала оказания услуги (DATE_IN).
3. IDCASE начиная с OT_PER_U='0719' должен заполняться ТОЛЬКО цифровыми символами, начальный символ не должен быть '0' (без ведущих '0').
 4. Поле IDCASE обязательно должно быть заполнено при OT_PER_U>='0419'.
 5. Записи со значением USL_OK={1, 2, 4} и одинаковым значением IDCASE должны содержать одинаковую по значению (совпадающую) совокупность полей: OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ NHISTORY
- 45) DATE_NPR должна быть больше или равна даты рождения пациента и меньше или равна даты начала оказания медицинской помощи. P.BIRTHDAY<=DATE_NPR<=DATE_IN.
 - 46) MKB2 не должен быть равен MKB1, MKB3 не должен быть равен MKB1, MKB3 не должен быть равен MKB2 для непустых значений MKB2 и MKB3.
 - 47) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCСММYY.DBF, соответствующей условию MDUMMY.GR_PLAN='OA', значение P_CEL должно быть равно '3.0'.
 - 48) Должно выполняться условие VID_SF='18' (финансирование ФАП) для медицинских услуг CODE_USL='2719600' («Посещение ФАП») при условиях: U.MSK_OT# '50', U.CODE_LPU присутствует в QVAMMY.CODE_UR.
 - 49) Должно выполняться условие VID_SF# '18' для услуг CODE_USL='2719600' при условиях: U.MSK_OT='50' или U.CODE_LPU отсутствует в QVAMMY.CODE_UR.
 - 50) Для записей реестра со значением поля PROFIL, относящимся к категории «детский» (PMP.DET=1) возраст пациента не должен превышать 18 лет (PССММYY.BIRTHDAY>AddYear(DATE_IN, -18))
 - 51) Значение VID_MP должно входить в множества:
 - {2, 21, 22, 23} при USL_OK=4
 - {1, 2, 11, 12, 13, 4, 14} при USL_OK=3
 - {12, 13, 14, 31, 32, 33} при USL_OK=2
 - {3, 31, 32, 33} при USL_OK=1
 - 52) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0720' для услуги U.CODE_USL='A13.29.009.1' поле MСOD_OUT заполняется кодом МО, которая оказывает консультацию, при этом U.MСOD_OUT # U.CODE_LPU->LPU.IDMO
 - 53) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0720' для услуги U.CODE_USL='A13.29.009.2' поле MСOD_OUT заполняется кодом МО, которая запросила консультацию, при этом U.MСOD_OUT#U.CODE_LPU->LPU.IDMO
 - 54) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0920' осуществляется проверка сочетания значений полей UCСММYY.VID_MP и DССММYY.PRVS. Недопустимо наличие сочетаний UCСММYY.VID_MP+DССММYY.PRVS в справочнике VSP VSPMYY.VID_MP+VSPMYY.IDSPEC.
 - 55) Диагноз и пол пациента должны соответствовать справочнику MKBMMYY: UCСММYY.MKB1+PССММYY.SEX=MKBMMYY.MKB+MKBMMYY.SEX

UCCMMYY.MKB2+PCCMMYY.SEX=МКВММYY.МКВ+МКВММYY.SEX
UCCMMYY.MKB3+PCCMMYY.SEX=МКВММYY.МКВ+МКВММYY.SEX

Примечание:

МКВММYY.SEX:

- '01' - диагноз применим для лиц мужского пола;
- '02' - диагноз применим для лиц женского пола;
- '03' - диагноз применим для лиц любого пола.

56) UCCMMYY.PROFIL+PCCMMYY.SEX=PMPMMYY.PROFIL+PMPMMYY.SEX
И

PMPMMYY.VOZR_IN<=VZR<=PMPMMYY.VOZR_OUT, где VZR - возраст пациента на дату начала оказания услуги (UCCMMYY.DATE_IN)

Примечание:

PMPMMYY.SEX:

- '01' - профиль применим для лиц мужского пола;
- '02' - профиль применим для лиц женского пола;
- '03' - профиль применим для лиц любого пола.

57) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0121' недопустимо наличие записей с VID_MP=32 и LPUmmyu.VMP=0 при U.CODE_LPU=LPUmmyu.CODE_LPU.

58) Недопустимо наличие записей с USL_OK=1 и LPUmmyu.SUBLEVEL_S='99' при U.CODE_LPU=LPUmmyu.CODE_LPU.

59) Недопустимо наличие записей с USL_OK=2 и LPUmmyu.SUBLEVEL_D='99' при U.CODE_LPU=LPUmmyu.CODE_LPU.

60) Недопустимо наличие записей с USL_OK=1, MSK_OT='50' и LPUmmyu.SUBLEVEL_S='50' при U.CODE_LPU=LPUmmyu.CODE_LPU.

61) Недопустимо наличие записей с USL_OK=2, MSK_OT='50' и LPUmmyu.SUBLEVEL_D='50' при U.CODE_LPU=LPUmmyu.CODE_LPU.

62) Если в справочнике FLK2mmyu.DBF найдена запись, у которой UCCMMYY.CODE_USL=FLK2mmyu.CODE_USL и значение FLK2mmyu.P_CEL непустое, то UCCMMYY.P_CEL=FLK2mmyu.P_CEL.

63) Начиная с отчетного периода '0721', если в реестре присутствует запись с U.USL_OK=1 и с услугой, найденной в справочнике FLK6mmyu по ключу FLK6.KOD=U.CODE_USL (случай C1), то в том же своде обязательно должна присутствовать запись (случай C2), для которого одновременно выполняются следующие условия:

- в справочнике FLK6 присутствует строка с C1.CODE_USL=FLK6.KOD и C2.CODE_USL=FLK6.CODE_USL и C2.MKB1=FLK6.MKB;
- C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER и C1.DATE_OUT>=C2.DATE_IN и C1.DATE_OUT<=C2.DATE_OUT.

64) Для медицинских услуг «случай оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп (КСГ)» (MDUMYY.ED_IZM='16') должны выполняться следующие условия: KOL_USL=1.

- 65) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0821' недопустимо наличие записей с MSK_OT='99' и LPUmmyu.NEIDENT=0 при U.CODE_LPU=LPUmmyu.CODE_LPU.
- 66) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='1021' поле KOL_USL не должно превышать значение MDUмmyu.MAX_KOL при U.CODE_USL = MDUмmyu.CODE_USL и MDUмmyu.MAX_KOL > 0.
- 67) В случае, если заполнено хотя бы одно из полей {MCOД_OUT, NOM_NPR, DATE_NPR} остальные поля из этого набора также не должны быть пустыми.

7.4 Объект «Медицинский работник».

7.4.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «Медицинский работник» предназначен для предоставления сведений об исполнителях медицинских услуг. Предоставляются сведения о медицинских работниках, оказавших хотя бы одну медицинскую услугу в амбулаторно-поликлинических условиях, представленную в составе файла «Реестр медицинских услуг».

Объект «Медицинский работник» представляется в виде записи файла «Реестр исполнителей медицинских услуг» (DCCMMYY).

7.4.2 Структура объекта

Таблица 19

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля	Тип	Размер
1.	Отчетный период	O	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация	O	CODE_LPU	CHR	6
3.	Код подразделения	У	MPCOD	CHR	8
4.	Уникальный идентификатор	O	CODE_MD	CHR	6
5.	ФИО	O	FIO_MD	CHR	50
6.	Категория медицинского персонала	O	KATEG_MD	CHR	2
7.	Медицинская специальность	H	SPEC_MD	CHR	10
8.	Медицинская должность	HЗ	POST_MD	CHR	10
9.	СНИЛС медицинского работника	У	MD_SS	CHR	14
10.	Специальность лечащего врача (или врача, закрывшего талон либо историю болезни) по справочнику V021MMYY	O	PRVS	NUM	4

Примечание

1. HЗ – поле не заполняется, H - не обязательно.
2. MPCOD может быть пустым.

7.4.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER + CODE_LPU + MPCOD + CODE_MD

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:
 OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

Таблица 20

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	CODE_LPU	LPUMMYU.DBF	CODE_LPU	
2.	'KATEG_M'+ KATEG_MD	SBRMMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + CODE_OBJ	'KATEG_MD' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
3.	OT_PER+ CODE_LPU+ CODE_MD+ MPCOD	УССММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ CODE_MD+ MPCOD	Не должно быть «медицинских работников» без «услуг»
4.	PRVS	V021ММYY.XML	IDSPEC	Справочник медицинских специальностей ФОМС

Контроль семантической целостности объекта производится по следующим правилам:

1. Поле «СНИЛС медицинского работника» (MD_SS) должно быть заполнено, в случае если выполняется хотя бы одно из следующих условий:
 - U.DS_ONK='2'
 - MDUmmyy.GR_PLAN=' DP'
 - PRVS={39,49,76,95,206,224}
2. Для непустых значений поля MD_SS должны соблюдаться следующие требования к формированию номера СНИЛС лица, застрахованного в системе обязательного пенсионного страхования РФ:
 - значение поля MD_SS не может начинаться с «000»;
 - значение должно соответствовать правилам расчета контрольной суммы СНИЛС.

7.5 Объект «Коэффициент изменения тарифа».

7.5.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «**Коэффициент изменения тарифа**» предназначен для предоставления сведений о коэффициентах, предусмотренных «Положением о порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по Московской областной программе ОМС»,

предназначенных для изменения в порядке согласования или индексации базового или дополнительного тарифа на медицинские услуги в зависимости от вида медицинской помощи и условий ее оказания, а именно:

Кс – коэффициент соответствия плановым объемам.

Объект «**Коэффициент изменения тарифа**» представляется в виде записи файла «Коэффициенты изменения тарифа» (КССММУУ).

7.5.2 Структура объекта

Таблица 21

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля	Тип	Размер
1.	Отчетный период	O	OT_PER	CHARACTER	4
2.	Медицинская организация	O	CODE_LPU	CHARACTER	6
3.	Платательщик за медицинскую услугу	O	MSK_OT	CHARACTER	2
4.	Вид медицинской помощи	O	VID_MP	NUMERIC	4
5.	Условия оказания медицинской помощи	O	USL_OK	NUMERIC	1
6.	Категория сводной справки к Реестру счетов	O	VID_SF	CHARACTER	2
7.	Вид коэффициента	O	VID_KOEFF	CHARACTER	2
8.	Значение коэффициента	O	VAL_KOEFF	NUMERIC	12 8

7.5.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK+ VID_MP+VID_SF+ VID_KOEFF

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода в формате «ММУУ», где:

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

.....

12 – декабрь

УУ – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

VID_KOEFF = {'01', '06', '08'}

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

Таблица 22

№ п/п	Имя поля (ссылочное)	Имя справочника (связанной)	Ключевое выражение в справочнике (связанной)	Примечание
-------	----------------------	-----------------------------	--	------------

	условие)	таблицы)	таблице)	
1.	CODE_LPU	LPUMMY.DBF	CODE_LPU	
2.	'46000000'+ MSK_OT	SMOMMY.DBF	REGION+ CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код МО
3.	USL_OK	V006MMY.XML	IDUMP	
4.	'VID_SF'+ VID_SF	SBRMMY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ)+ ALLTRIM(CODE_OBJ)	'VID_SF' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
5.	'VID_KOEFF'+ VID_KOEFF	SBRMMY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ)+ ALLTRIM(CODE_OBJ)	'VID_KOEFF' – регулярное выражение – тип кодированного объекта

Контроль семантической целостности объекта производится по следующим правилам:

1) При VID_SF='09' значение коэффициента соответствия (VID_KOEFF='01') для каждого месяца квартала принимает следующие значения:

VAL_KOEFF=1 для USL_OK={1, 2, 3, 4}.

2) Если значение поля VID_SF={'12', '15'} то должно быть VID_KOEFF='01', а значение поля **VAL_KOEFF=1**.

3) Если значение поля VID_SF='14', то должно быть VID_KOEFF='06', а значение поля USL_OK принимает значение согласно условий оказания, указанных для медицинской организации (юр. лица) в справочнике «Плановая стоимость медицинской помощи при подушевом финансировании» QPFMMY.DBF (CODE_LPU=QPFMMY.CODE_UR):

а. USL_OK=QPFMMY.USL_OK для QPFMMY.USL_OK={3, 4}.

б. USL_OK={1, 2, 3} для QPFMMY.USL_OK=0;

4) Если значение поля VID_SF='18', то должно быть VID_KOEFF='08'. Если значение поля VID_KOEFF='08', то должно быть VID_SF='18'.

5) Значение VAL_KOEFF при VID_KOEFF='06' (подушевое финансирование по QPFMMY.USL_OK=3 или QPFMMY.USL_OK=4) должно быть одинаковым при всех видах медицинской помощи (VID_MP) для одинаковых значений полей CODE_LPU+MSK_OT+USL_OK+VID_SF, и рассчитывается медицинской организацией по каждой СМО-плательщику (MSK_OT) при наличии медицинских услуг лицам, застрахованным данной СМО (подлежащих оплате подушевым способом), как соотношение плановой суммы подушевого финансирования медицинской организации QPFMMY.VAL_PDF по этой СМО и условию оказания, к суммарной стоимости по базовому тарифу оказанных медицинских услуг по данной СМО и условию оказания, с округлением результата до 8 знаков после запятой, для каждого месяца (отчетного периода).

VAL_KOEFF=ROUND(QPF.VAL_PDF / SUM(U.SUM_RUB)СМО, 8)

QPF.VAL_PDF – значение плановой суммы месячного подушевого финансирования медицинской организации по условию оказания для СМО из справочника QPFMMY.DBF

$SUM(U.SUM_RUB)_{СМО}$ – суммарная стоимость по базовому тарифу оказанных медицинских услуг при VID_SF='14' из реестра УССММУ. DBF по СМО и условию оказания.

6) Значение VAL_KOEFF при VID_KOEFF='08' (финансирование ФАП) должно быть одинаковым при всех видах медицинской помощи (VID_MP) и условиях оказания (USL_OK=3) для одинаковых значений полей CODE_LPU+VID_SF. VAL_KOEFF рассчитывается медицинской организацией как соотношение плановой суммы месячного финансирования ФАП медицинской организации QVAMMYU.VAL_FAP к суммарной стоимости по базовому тарифу оказанных медицинских услуг с VID_SF='18' по всем СМО, с округлением результата до 8 знаков после запятой.

$VAL_KOEFF=ROUND(QVA.VAL_FAP / SUM(U.SUM_RUB)_{фap}, 8)$

QVA.VAL_FAP – значение плановой суммы месячного финансирования ФАП медицинской организации из справочника QVAMMYU. DBF
 $SUM(U.SUM_RUB)_{фap}$ - суммарная стоимость оказанных медицинских услуг с VID_SF='18' по базовому тарифу по всем СМО.

7) если СС#50' (MSK_OT#'50', не межтерриториальная помощь), то должны соблюдаться условие VID_SF#'12'

8) если СС='50' (MSK_OT='50', межтерриториальная помощь), то должно соблюдаться условие VID_SF='12', VAL_KOEFF=1.

9) Значение VAL_KOEFF при VID_KOEFF='06' и QPFMMYU.USL_OK=0 (подушевое финансирование по всем видам и условиям медицинской помощи, кроме скорой) должно быть одинаковым при всех видах медицинской помощи (VID_MP) и условиях оказания (USL_OK={1, 2, 3}) для одинаковых сочетаний полей CODE_LPU+MSK_OT+VID_SF, и рассчитывается медицинской организацией отдельно по каждой СМО-плательщику (MSK_OT#'50') при наличии медицинских услуг лицам, застрахованным данной СМО, как соотношение плановой суммы финансирования медицинской организации по данной СМО QPFMMYU.VAL_PDF, к суммарной фактической стоимости по базовому тарифу оказанных медицинских услуг по данной СМО, подлежащих оплате по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям медицинской помощи, с округлением результата до 8 знаков после запятой, для каждого месяца (отчетного периода).

$VAL_KOEFF=ROUND(QPF.VAL_PDF / SUM(U.SUM_RUB)_{СМО}, 8)$

QPF.VAL_PDF – значение плановой суммы месячного подушевого финансирования медицинской организации по СМО из справочника QPFMMYU. DBF для QPFMMYU.USL_OK=0
 $SUM(U.SUM_RUB)_{СМО}$ – единая для USL_OK={1, 2, 3} суммарная стоимость по базовому тарифу оказанных медицинских услуг при VID_SF='14' из реестра УССММУ. DBF по СМО.

7.6 Объект «Показатель текущего месячного плана медицинской организации».

7.6.1 Краткая характеристика объекта

Объект «Показатель текущего месячного плана медицинской организации» представляется в виде записи файла «Протокол текущего месячного плана медицинской организации» (ТССММУУ).

Начиная с отчетного периода «0120» объект может отсутствовать.

7.6.2 Структура объекта

Таблица 23

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля	Тип	Размер	
1.	Отчетный период	O	OT_PER	CHARACTER	4	
3.	Код МО – юридического лица	O	CODE_UR	CHARACTER	6	
4.	Условия предоставления медицинских услуг	O	USL_TMP	CHARACTER	2	
5.	Значение показателя ТМП («Сумма руб.»)	O	VAL_TMP	NUMERIC	12	0

7.6.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER + CODE_UR + USL_TMP

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода в формате «ММУУ», где:

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

02 – февраль

.....

12 – декабрь

УУ – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

USL_TMP={'01', '02', '03', '07'}.

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

Таблица 24

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	CODE_UR	LPUMMYU.DBF	CODE_UR	
2.	USL_TMP	SBRMMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + CODE_OBJ	'USL_TMP' – регулярное выражение – тип кодированного

				объекта
--	--	--	--	---------

Контроль семантической целостности объекта

Проверяется так же положительный остаток плановой стоимости (VAL_TMP), рассчитанный отдельно по каждому условию предоставления USL_TMP на основе планового квартального объема финансирования (QVFMMYY.VAL_QUART) по **сверхбазовой** программе ОМС (VID_SF={'16', '17'}).

Должно быть VAL_TMP >= 0, при том, что:

- 1) UCCMMYY.CODE_LPU соответствуют LPUMMYY.CODE_UR для LPUMMYY.CODE_LPU;
- 2) Условия оказания медицинской помощи: USL_TMP='01' для USL_OK=1, USL_TMP='02' для USL_OK=2, USL_TMP='03' для USL_OK=3, USL_TMP='07' для USL_OK=4;
- 3) VAL_TMP при USL_TMP={'01', '02', '03', '07'} должны принимать следующие значения:

$VAL_TMP = \text{round}(QVFMMYY.VAL_QUART/3, 0) - SUM_MTR,$

где:

QVFMMYY.VAL_QUART – плановый **квартальный** объем стоимости медицинской помощи по **сверх базовой программе ОМС** согласно Протоколу стоимости, для каждого условия предоставления медицинской помощи (USL_TMP) каждого месяца квартала передается из ТФОМС МО;

SUM_MTR – сумма значений поля UCCMMYY.SUM_RUB по записям, для которых VID_SF='17' (реестр счетов по «иногородним»), для каждого условия предоставления медицинской помощи (USL_TMP) текущего отчетного периода.

7.9 Объект «Время оказания скорой медицинской помощи».

7.9.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «**Время оказания скорой медицинской помощи**» предназначен для предоставления сведений о времени фиксации вызова, начала и окончания оказания скорой медицинской помощи вне МО лицам, застрахованным по ОМС.

Объект «Время оказания скорой медицинской помощи» представляется в виде записи файла «Реестр учета времени оказания скорой медицинской помощи» (XCCMMYY) и является дополнением к объекту «Медицинская услуга».

7.9.2 Структура объекта

Таблица 25

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	О	OT_PER	CHARACTER	4
2.	Медицинская организация (МО)	О	CODE_LPU	CHARACTER	6
3.	Плательщик за медицинскую услугу	О	MSK_OT	CHARACTER	2
4.	Уникальный учетный код в МО	О	PERSCODE	CHARACTER	15
5.	Номер карты вызова СМП	О	NHISTORY	CHARACTER	20

6.	Медицинская услуга	O	CODE_USL	CHARACTER	15
7.	Дата начала вызова	O	DATE_IN	DATE	8
8.	Дата окончания вызова	O	DATE_OUT	DATE	8
9.	Время фиксации вызова	O	TIME_FIX	CHARACTER	4
10.	Время начала вызова	O	TIME_IN	CHARACTER	4
11.	Время окончания вызова	O	TIME_OUT	CHARACTER	4
12.	Дата фиксации вызова	O	DATE_FIX	DATE	8

7.9.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ DATE_IN+ DATE_OUT

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода.

TIME_FIX, TIME_IN, TIME_OUT – значение должно соответствовать времени совершения события в часах и минутах в формате ЧЧММ: ЧЧ – час суток, диапазон значений от '00' до '23' (символы – только арабские цифры); ММ – минуты, диапазон значений от '00' до '59' (символы – только арабские цифры).

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

Таблица 26

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	'46000000' + MSK_OT	SMOMMY.Y.DBF	REGION + CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код Московской области
2.	CODE_LPU	LPUMMY.Y.DBF	CODE_LPU	
3.	CODE_USL	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL	
4.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ DATE_IN+ DATE_OUT	UCMMYY.Y.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ DATE_IN+ DATE_OUT	
5.	CODE_USL + '15'	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL + ED_IZM	Начиная с отчетного периода «июль 2013 года». '15' - регулярное выражение – код «вызова бригады скорой помощи»

7.10 Объект «Медицинские мероприятия первого этапа диспансеризации взрослого населения».

7.10.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «Медицинские мероприятия первого этапа диспансеризации взрослого населения» предназначен для предоставления сведений о мероприятиях, осуществленных в ходе первого этапа диспансеризации взрослого населения лицам, застрахованным по ОМС и **прикрепленным к данной медицинской организации**, а также сведений о выполнении обязательных простых услуг из состава КПМУ.

Объект «Медицинские мероприятия, осуществленные на первом этапе диспансеризации взрослого населения» представляется в виде записи файла «Медицинские мероприятия, осуществленные на первом этапе диспансеризации взрослого населения» (МССММУ) и является дополнением к объекту «Медицинская услуга».

7.10.2 Структура объекта

Таблица 27

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	О	OT_PER	CHARACTER	4
2.	Медицинская организация (МО)	О	CODE_LPU	CHARACTER	6
3.	Плательщик за медицинскую услугу	О	MSK_OT	CHARACTER	2
4.	Уникальный учетный код в МО	О	PERSCODE	CHARACTER	15
5.	Номер талона амбулаторного пациента	О	NHISTORY	CHARACTER	20
6.	Медицинская услуга	О	CODE_USL	CHARACTER	15
7.	Дата проведения мероприятия	О	DATE_DVN	DATE	8
8.	Код статуса исполнения услуги	О	ISP_DVN	CHARACTER	2
9.	Признак первичного прохождения диспансеризации	О	NEW_DVN	CHARACTER	1

Примечание.

Структура файла, дополненная полем NEW_DVN действует, начиная с отчетного периода «октябрь 2015 года».

7.10.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER+CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+NHISTORY+CODE_USL

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода.

NEW_DVN – значение поля должно соответствовать:

- 0 – не первичное прохождение диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- 1 – первичное прохождение диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- 2 – обязательная простая услуга из состава КПКМУ (КПКМУ - комплексные мед. услуги).

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с Таблицей 27 для полей:

Таблица 28

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	'46000000' + MSK_OT	SMOMMYU.DBF	REGION + CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код Московской области
2.	CODE_LPU	LPUMMYU.DBF	CODE_LPU	
3.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY	UCSMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY	
4.	CODE_USL+ '13'	MDUMMYU.DBF	CODE_USL+ ED_IZM	
5.	ISP_DVN	SBRMMYY.DBF	ISP_DVN	Для услуг с NEW_DVN=2 заполнять значением '02'
6.	CODE_USL	DVNMMYY.DBF	CODE_USL	

Контроль семантической целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями»:

1) DATE_DVN – должна находиться внутри диапазона {UCSMMYY.DATE_IN, UCSMMYY.DATE_OUT} дат проведения законченного случая 1 этапа диспансеризации взрослого населения или выполнения КПКМУ. Для услуг, выполненных ранее и учтенных в ходе выполнения 1 этапа диспансеризации или КПКМУ, должна указываться дата приема результатов исследований к рассмотрению в ходе данного этапа, а не дата их фактического исполнения.

2) Для каждого случая 1 этапа диспансеризации взрослых, определенного набором атрибутов OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ NEW_DVN (при NEW_DVN#2), сумма «весовых» коэффициентов $K_{двн}$ услуг (мероприятий) должна быть равна 1, $SUM(DVNMMYY.DBF.KOEFF_DVN)=1$.

3) Для каждого случая 1 этапа диспансеризации взрослых, определенного набором атрибутов OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY, услуги (мероприятия) с кодами CODE_USL={ '210800001', '210800028' } должны иметь статус ISP_DVN='01'.

4) Должно выполняться условие $SUM(DVN_{MMYY}.DBF.KOEFF_DVN) \Rightarrow 0.85$ для $ISP_DVN\#03'$, кроме услуг с $NEW_DVN=2$.

5) Для $PCCMMYY.PR_LG\#\{01', 02', 03'\}$ при $NEW_DVN\#2$ должно выполняться условие: $MCCMMYY.CODE_USL + PCCMMYY.SEX + sVZR = DVN_{MMYY}.CODE_USL + DVN_{MMYY}.SEX + DVN_{MMYY}.VOZR_DISP$, где значение параметра $sVZR = STR((YEAR(UCCMMYY.DATE_OUT) - YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)))$

6) Для $PCCMMYY.PR_LG=\{01', 02', 03'\}$ при $NEW_DVN\#2$ должно выполняться одно из условий:

а) $MCCMMYY.CODE_USL + PCCMMYY.SEX + sVZR = DVN_{MMYY}.CODE_USL + DVN_{MMYY}.SEX + DVN_{MMYY}.VOZR_DISP$;

б) $MCCMMYY.CODE_USL + PCCMMYY.SEX + STR(VZR-1) = DVN_{MMYY}.CODE_USL + DVN_{MMYY}.SEX + DVN_{MMYY}.VOZR_DISP$;

в) $MCCMMYY.CODE_USL + PCCMMYY.SEX + STR(VZR+1) = DVN_{MMYY}.CODE_USL + DVN_{MMYY}.SEX + DVN_{MMYY}.VOZR_DISP$.

7) Для каждого случая 1 этапа диспансеризации взрослых, определенного набором атрибутов $OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT + PERSCODE + NHISTORY$, в объекте $MCCMMYY$ должно быть мероприятие (услуга) с кодом $MCCMMYY.CODE_USL='210800028'$.

7.11 Объект «Случай оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп (КСГ)»

7.11.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «Случай оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп (КСГ)» предназначен для предоставления соответствующих сведений в составе целевого реестра в виде записи файла «Реестр учета специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп (КСГ)» ($GCCMMYY$).

7.11.2 Структура объекта

Таблица 29

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	О	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	О	CODE_LPU	CHR	6
3.	Плательщик за медицинскую услугу	О	MSK_OT	CHR	2
4.	Уникальный учетный код в МО	О	PERSCODE	CHR	15
5.	Категория сводной справки (отчета)	О	VID_SF	CHR	2
6.	Вид медицинской помощи	О	VID_MP	NUM	4
7.	Условия оказания медицинской помощи	О	USL_OK	NUM	1
8.	Номер истории болезни	О	NHISTORY	CHR	20
9.	Профиль медицинской помощи	О	PROFIL	NUM	3

10.	Основной диагноз	O	MKB1	CHR	6	
11.	Сопутствующий диагноз	Y	MKB2	CHR	6	
12.	Диагноз осложнения	Y	MKB3	CHR	6	
13.	Код КСГ как медицинской услуги	O	CODE_USL	CHR	15	
14.	Код Отделения	H	CODE_OTD	CHR	12	
15.	Медицинский работник	O	CODE_MD	CHR	6	
16.	Дата начала оказания медицинской услуги	O	DATE_IN	DAT	8	
17.	Дата окончания оказания медицинской услуги	O	DATE_OUT	DAT	8	
18.	Количество фактических койко-(пациенто-) дней	Y	KOL_FACT	NUM	3	
19.	Исход госпитализации	O	ISH_MOV	NUM	3	
20.	Результат обращения/ госпитализации	O	RES_GOSP	NUM	3	
21.	Стоимость медицинской услуги (руб.)	O	SUM_RUB	NUM	10	2
22.	Код 1 хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии (#DKK1, #DKK2)	Y	CODE_NOM1	CHR	15	
23.	Код 2 хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии (#DKK1, #DKK2)	Y	CODE_NOM2	CHR	15	
24.	Код 3 хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии (#DKK1, #DKK2)	Y	CODE_NOM3	CHR	15	
25.	Признак экстренности госпитализации	Y	EXTR	NUM	1	
26.	Вид травм	H	VID_TR	CHR	2	
27.	Особый случай	Y	SP_CASE	NUM	1	
28.	Коэффициент затратоемкости	O	KZ	NUM	6	3
29.	Коэффициент уровня и подуровня стационара	O	KUS	NUM	6	2
30.	Управленческий коэффициент	O	KU	NUM	6	4
31.	Итоговый Коэффициент сложности лечения пациента (IT_SL)	O	KSLP	NUM	7	5
32.	Коэффициент прерванного случая	O	KPS	NUM	4	2
33.	Признак внутрибольничного перевода	Y	VB_P	NUM	1	0
34.	Коэффициент дифференциации	O	KD	NUM	6	4
35.	Коэффициент доли заработной платы	O	KDZP	NUM	6	4
36.	Профиль койки	O	PROFIL_K	NUM	3	0
37.	Признак поступления/перевода	O	P_PER	NUM	1	0
38.	Дополнительный классификационный критерий №1 (#CODE_NOMi)	Y	DKK1	CHR	10	
39.	Дополнительный классификационный критерий №2 (#CODE_NOMi)	Y	DKK2	CHR	10	
40.	Иной классификационный критерий	Y	DKK3	CHR	10	
41.	Коэффициент сложности лечения пациента №1	O	Z_SL1	NUM	7	5
42.	Коэффициент сложности лечения пациента №2	Y	Z_SL2	NUM	7	5
43.	Коэффициент сложности лечения пациента №3	Y	Z_SL3	NUM	7	5

44.	Коэффициент сложности лечения пациента №4	У	Z_SL4	NUM	7	5
45.	Обозначение Коэффициента сложности лечения пациента №1	У	K_SL1	CHR	3	
46.	Обозначение Коэффициента сложности лечения пациента №2	У	K_SL2	CHR	3	
47.	Обозначение Коэффициента сложности лечения пациента №3	У	K_SL3	CHR	3	
48.	Обозначение Коэффициента сложности лечения пациента №4	У	K_SL4	CHR	3	

7.11.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ USL_OK+ VID_SF+ NHISTORY+ CODE_USL+ str(SP_CASE)+ DATE_IN+ DATE_OUT

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с условиями для полей:

OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода.

USL_OK = {1, 2} для ED_IZM='16' (для КСГ)

VID_MP = {12, 13, 31} для USL_OK=2, VID_MP=31 для USL_OK=1

VID_SF = {'09', '12', '14', '15'}

EXTR: '1' – плановая медицинская помощь;

'2' – экстренная медицинская помощь.

MSK_OT='99' для реестра медицинских услуг, оказанных лицам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС.

SP_CASE=0 или SP_CASE=.NULL. – признак «особый случай» отсутствует.

SP_CASE=1 – медицинская помощь оказана по VID_MP=31 ребенку с необходимостью предоставления спального места и питания законному представителю ребенка при наличии медицинских показаний.

SP_CASE=5 – признак реабилитации после замены речевого процессора (VID_MP=31).

SP_CASE=6 – признак реабилитации после замены речевого процессора с учетом того, что медицинская помощь по VID_MP=31 оказана ребенку с необходимостью предоставления спального места и питания законному представителю ребенка при наличии медицинских показаний.

SP_CASE=8 – Kпс=1 при прерванном случае (KOL_FACT<=3) для КСГ, предусматривающих применение схемы лекарственной терапии (LEFT(GCCMMYY.DKK1,2)='sh'), если фактическое количество дней введения соответствует нормативному количеству дней введения MDUMMYY.D_NOR, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии.

VB_P: указывается цифра 1 только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом, в остальных случаях должна указываться цифра 0.

P_PER, признак поступления/перевода, обязателен для USL_OK={1, 2}:

1 – самостоятельное;

2 – по скорой медицинской помощи;

3 – перевод из другой медицинской организации;

4 – перевод внутри медицинской организации с другого профиля PROFIL.

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

Таблица 30

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	'46000000'+ MSK_OT	SMOMMY.Y.DBF	REGION+ CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код Московской области
2.	OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT+ PERSCODE	PCCMMYY.DBF	OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT + PERSCODE	
3.	CODE_LPU	LPUММYY.DBF	CODE_LPU	
4.	'VID_MP' + VID_MP	SBRММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'VID_MP' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
5.	USL_OK	V006ММYY.XML	IDUMP	
6.	PROFIL	PMPММYY.DBF	PROFIL	
7.	MKB1	MKBММYY.DBF	MKB	
8.	MKB2	MKBММYY.DBF	MKB	
9.	MKB3	MKBММYY.DBF	MKB	
10.	CODE_USL	MDUММYY.DBF	CODE_USL	
11.	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD	DCCММYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD	
12.	ISH_MOV	V012ММYY.XML	IDIZ	
13.	RES_GOSP	V009ММYY.XML	IDRMP	
14.	“VID_SF” + VID_SF	SBRММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'VID_SF' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
15.	'VID_TR' + VID_TR	SBRММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'VID_TR' – регулярное выражение – тип кодированного объекта. Для непустых.
16.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ cVID_KOEFF, где константа cVID_KOEFF='01'	KCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU + MSK_OT+ USL_OK+ VID_SF+ VID_KOEFF	Для медицинских услуг базовой программы ОМС с «объемным» способом оплаты VID_SF={'09','12'}
17.	USL_OK+ CODE_USL	DRGММYY.DBF	USL_OK+ CODE_USL	[*]=ММYY соответствует значению для U.OT_PER_U
18.	USL_OK+ CODE_NOM1	GDGММYY.DBF	USL_OK+CODE_OPER или USL_OK+CODE_OPER2	Для услуг при ED_IЗM='16', при непустых
19.	USL_OK+ CODE_NOM2	GDGММYY.DBF	USL_OK+CODE_OPER или	G.CODE_NOMi# G.DKK1,

			USL_OK+CODE_OPER2	G.CODE_NOMi# G.DKK2 (i={1,2,3}), [*]
20.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ VID_MP+USL_OK+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+ DATE_OUT+ KOL_USL+KOL_FACT + ISH_MOV+ RES_GOSP+ SUM_RUB	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ VID_MP+USL_OK+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+ DATE_OUT+ KOL_USL+KOL_FACT + ISH_MOV+ RES_GOSP+ SUM_RUB	Для услуг с ED_IZM='16'
21.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ cVID_KOEFF, где константа cVID_KOEFF='06', '06' для VID_SF='14'	KCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU + MSK_OT+ USL_OK+ VID_SF+ VID_KOEFF	Для медицинских услуг базовой программы ОМС с «подушевым» способом оплаты VID_SF={'14'} и OT_PER=OT_PER_U
22.	PROFIL_K	V020ММYY.XML	IDK_PR	Справочник профилей койки ФОМС
23.	DKK1	V024ММYY.XML	IDDKK	Справочник классификационных критериев ФОМС Для непустых, кроме случаев заполнения значением 'нет' согласно п.16 контроля семантической целостности объекта.
24.	DKK2	V024ММYY.XML	IDDKK	Справочник классификационных критериев ФОМС. Для непустых.
25.	CODE_USL+ CODE_NOM1	GDGММYY.DBF	CODE_USL+ CODE_OPER	Для услуг с ED_IZM='16' [*]
26.	CODE_USL + DKK2	GDGММYY.DBF	CODE_USL + FRAC	Начиная с отчетного периода U.OT_PER_U>='0920' [*]
27.	CODE_USL + DKK1	GDGММYY.DBF	CODE_USL + DKK	Начиная с отчетного периода U.OT_PER_U >='0920'. Кроме случаев заполнения значением DKK1='нет' согласно п.16 контроля семантической целостности объекта. [*]
28.	CODE_USL + DKK3	GDGММYY.DBF	CODE_USL+ CODE_OPER2	Для непустых. [*]

29.	'KSLP' + K_SL1	SBR ММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'KSLP' – регулярное выражение – тип кодированного объекта, для непустых K_SL1
30.	'KSLP' + K_SL2	SBR ММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'KSLP' – регулярное выражение – тип кодированного объекта, для непустых K_SL2
31.	'KSLP' + K_SL3	SBR ММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'KSLP' – регулярное выражение – тип кодированного объекта, для непустых K_SL3
32.	'KSLP' + K_SL4	SBR ММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'KSLP' – регулярное выражение – тип кодированного объекта, для непустых K_SL4

[*] ММYY соответствует значению для U.OT_PER_U

Контроль семантической целостности объекта GССММYY производится по следующим правилам:

1) $SUM_RUB=ROUND(CC * K_{пс}, 0)$ для услуг с MDUММYY.ED_IZM='16' (КСГ), где:

CC – «базовая» стоимость законченного случая оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп (КСГ) или клинико-профильных групп (КПГ).

Коэффициент прерванного случая (Kпс)

Для расчета Kпс случаев лекарственной противоопухолевой терапии (значение left(DKK1,2)='sh') применяется параметр KOL_DAT, вычисляемый следующим образом:
 $KOL_DAT=(DATE_OUT-DATE_IN+1)$ при $DATE_IN \neq DATE_OUT$,
 $KOL_DAT=1$ при $DATE_IN=DATE_OUT$

Расчет Kпс осуществляется строго в следующей последовательности (при выполнении условия пункта, условия последующих пунктов не проверяются):

- 1) $K_{пс}=0.3$, если значение left(DKK1,2)='sh' и $KOL_DAT \leq 3$ и $KOL_DAT < MDU.D_NOR$ для $MDU.CODE_USL=Gccmmyu.DKK1$
- 2) $K_{пс}=0.5$, если значение left(DKK1,2)='sh' и $KOL_DAT > 3$ и $KOL_DAT < MDU.D_NOR$ для $MDU.CODE_USL=Gccmmyu.DKK1$
- 3) $K_{пс}=1$, если в справочнике КСГ DRGММYY.DBF (далее – DRG) существует строка, соответствующая значению $GCCММYY.CODE_USL=DRG.CODE_USL$ и выполняется одно из условий:
 - $DRG.ULTRASHORT=.T.$ и $GCCММYY.RES_GOSP\#\{102, 103, 105, 107, 108, 110, 202, 203, 205, 207, 208\}$ и $GCCММYY.CODE_USL\# 'st02.001.x'$ или

- DRG.ULTRASHORT=.Т. и GCCMMYY.RES_GOSP#{102, 103, **104**, 105, 107, 108, 110, 202, 203, 205, 207, 208} и GCCMMYY.CODE_USL = 'st02.001.x'

4) Кпс=DRG.KPS_A, если одновременно выполняются следующие условия:

- в справочнике КСГ DRGMMYY.DBF существует строка, соответствующая значению GCCMMYY.CODE_USL=DRG.CODE_USL
- KOL_FACT<=3

5) Кпс=DRG.KPS_B, если одновременно выполняются следующие условия:

- в справочнике КСГ DRGMMYY.DBF существует строка, соответствующая значению GCCMMYY.CODE_USL=DRG.CODE_USL
- GCCMMYY.RES_GOSP = {102, 103, 105, 107, 108, 110, 202, 203, 205, 207, 208} or (GCCMMYY.RES_GOSP = 104 and GCCMMYY.CODE_USL = 'st02.001.x ') or (GCCMMYY.RES_GOSP = 109 and GCCMMYY.CODE_USL = {'st12.015','st12.016.x','st12.017.x','st12.018.x'}, где «х» означает цифру, в случае использования подгруппы КСГ.
- KOL_FACT>3

Кпс=1 во всех остальных случаях.

2) для услуг с MDUMMYY.ED_IЗM='16' (КСГ) :

$CC=ROUND(BC*K3*((1-ДЗП)+ДЗП*КУС*КУ*КД*КСЛП),0)$, где:

Базовая ставка: BC=KDGMMYY.VALUE для KDGMMYY.CODE='01' и KDGMMYY.USL_OK=GCCMMYY.USL_OK;

Коэффициент затрaтоемкости: K3=DRGMMYY.KZ_VALUE

Коэффициент управления (коэффициент спецификации) :

КУ = DRGMMYY.KU_VALUE если в справочнике LPUMMYY строка соответствующая LPUMMYY.CODE_LPU = UCCMMYY.CODE_LPU содержит значение LEVEL_A=0

КУ = DRGMMYY.KPS_AH если в справочнике LPUMMYY строка соответствующая LPUMMYY.CODE_LPU = UCCMMYY.CODE_LPU содержит значение LEVEL_A=1

Коэффициент дифференциации: КД=KDGMMYY.VALUE для KDGMMYY.CODE='12'

Коэффициент доли заработной платы: ДЗП=DRGMMYY.DZ_VALUE

Коэффициент уровня и подуровня круглосуточного и дневного стационара (КУС)

Для записей с OT_PER_U>='0320' расчет КУС осуществляется строго в следующей последовательности (при выполнении условия пункта, условия последующих пунктов не проверяются):

- 1) Если в справочнике КСГ DRGMMYY.DBF (DRG) существует строка, соответствующая значению GCCMMYY.CODE_USL=DRG.CODE_USL и значение DRG.KUS1='1', то **КУС=1**

- 2) Если в справочнике «Коэффициенты подуровней стационарной медицинской помощи» SDGММYY.DBF (SDG) существует строка, соответствующая значению **UCCММYY.MPCOD=SDG.MPCOD** и **G.USL_OK=SDG.USL_OK** и **GCCММYY.PROFIL=SDG.PROFIL**, то значение КУС равно значению **KDGММYY.VALUE** для **KDGММYY.CODE=SDG.SUBLEVEL**
- 3) Если в файле SDGММYY.DBF существует строка, соответствующая значению **UCCММYY.MPCOD=SDG.MPCOD** и **GCCММYY.USL_OK=SDG.USL_OK** и **SDG.PROFIL=0**, то значение КУС равно значению **KDGММYY.VALUE** для **KDGММYY.CODE=SDG.SUBLEVEL**
- 4) Если в файле SDGММYY.DBF существует строка, соответствующая значению **GCCММYY.CODE_LPU=SDG.CODE_UR** и **GCCММYY.USL_OK=SDG.USL_OK** и **GCCММYY.PROFIL=SDG.PROFIL**, то значение КУС равно значению **KDGММYY.VALUE** для **KDGММYY.CODE=SDG.SUBLEVEL**
- 5) Если в файле SDGММYY.DBF существует строка, соответствующая значению **GCCММYY.CODE_LPU=SDG.CODE_UR** и **GCCММYY.USL_OK=SDG.USL_OK** и **SDG.PROFIL=0**, то значение КУС равно значению **KDGММYY.VALUE** для **KDGММYY.CODE=SDG.SUBLEVEL**

Если при выборе КУС не выполнено ни одно из условий, то такая запись в файле **GCCММYY.DBF (G)** считается ошибочной.

Для записей с **OT_PER_U<'0320'** расчет КУС осуществляется строго в следующей последовательности (при выполнении условия пункта, условия последующих пунктов не проверяются):

- 1) Если в файле DRGММYY.DBF (DRG) существует строка, соответствующая значению **GCCММYY.CODE_USL=DRG.CODE_USL** и значение **DRG.KUS1='1'**, то **КУС=1**
- 2) Если в файле SDGММYY.DBF (SDG) существует строка, соответствующая значению **G.CODE_LPU=SDG.CODE_UR** и **G.USL_OK=SDG.USL_OK** and **G.PROFIL=SDG.PROFIL** и **EMPTY(SDG.MPCOD)**, то значение КУС равно значению **KDGММYY.VALUE** для **KDGММYY.CODE=SDG.SUBLEVEL**
- 3) Если в файле SDGММYY.DBF существует строка, соответствующая значению **GCCММYY.CODE_LPU=SDG.CODE_UR** и **GCCММYY.USL_OK=SDG.USL_OK** and **SDG.PROFIL=0** и **EMPTY(SDG.MPCOD)**, то значение КУС равно значению **KDGММYY.VALUE** для **KDGММYY.CODE=SDG.SUBLEVEL**

Если при выборе КУС не выполнено ни одно из условий, то такая запись в файле **GCCММYY.DBF** считается ошибочной.

GCCММYY.KUS=КУС.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) для КСТ.

Если в условии критерия применения КСЛП сформулировано "до N года", "до N лет" - дата рождения (N-летия) НЕ входит во временной интервал применения КСЛП.
 Если условие критерия применения КСЛП сформулировано по типу "N лет и старше" - дата рождения (N-летия) входит во временной интервал применения КСЛП.
 Если условие критерия применения КСЛП содержит фразу "после достижения возраста N лет" - дата исполнения N лет входит во временной интервал применения КСЛП.
 Если условие критерия применения КСЛП содержит фразу "в возрасте до N лет включительно" - дата исполнения N+1 лет НЕ входит во временной интервал применения КСЛП.

Для критериев применения КСЛП при USL_OK=1 согласно Приложению №9б к ТС-2021:

- Критерий 10 (п/п 1 Приложения №9б к ТС-2021): для KDGMMYY.CODE='08' и KDGMMYY.USL_OK= GCCMMYY.USL_OK, если возраст пациента на дату DATE_IN составляет от 4 до 17 полных лет и поле GCCMMYY.SP_CASE={1, 6}: КСЛП= KDGMMYY.VALUE.
- Критерий 3 (п/п 1 Приложения №9б к ТС-2021): для KDGMMYY.CODE='18' и KDGMMYY.USL_OK= GCCMMYY.USL_OK, если возраст пациента на дату DATE_IN до 4 полных лет и поле GCCMMYY.SP_CASE={1, 6}: КСЛП= KDGMMYY.VALUE.
- Критерий 4 (п/п 2 Приложения №9б к ТС-2021): для KDGMMYY.CODE='07' и KDGMMYY.USL_OK= GCCMMYY.USL_OK, если возраст пациента на дату DATE_IN не менее 75 полных лет, кроме случаев, относящихся к профилю медицинской помощи "Гериатрия" (GCCMMYY.PROFIL=14) или к профилю койки "Гериатрические" (GCCMMYY.PROFIL_K=16): КСЛП= KDGMMYY.VALUE.

Примечание: Допустимы случаи с KDGMMYY.USL_OK= GCCMMYY.USL_OK и KDGMMYY.CODE='07' для пациентов, чей возраст на дату DATE_IN не менее 75 полных лет без применения КСЛП по Критерию 4 вне зависимости от профиля койки.

- Критерий 12 (п/п 3 Приложения №9б к ТС-2021, особый случай): КСЛП=ODGMMYY.KSKPVAL при ODGMMYY.TYPE_EXC='10' для GCCMMYY.USL_OK+GCCMMYY.CODE_USL+GCCMMYY.MKBi=ODGMMYY.USL_OK+ODGMMYY.CODE_USL1+ODGMMYY.MKB при GCCMMYY.CODE_USL={'st02.003.x', 'st02.004.x'} и GCCMMYY.MKBi={'O14.0', 'O14.1', 'O14.9', 'O15.0', 'O15.1', 'O15.2', 'O15.9', 'O22.3', 'O22.8', 'O24.0', 'O24.1', 'O24.2', 'O24.3', 'O24.4', 'O24.9', 'O30.0', 'O30.1', 'O30.2', 'O30.8', 'O30.9', 'O34.3', 'O36.0', 'O36.1', 'O36.2', 'O36.3', 'O36.5', 'O42.0', 'O42.1', 'O43.0', 'O43.1', 'O43.8', 'O44.0', 'O44.1', 'O60.0', 'O60.1', 'O60.2', 'O60.3', 'O67.0', 'O67.8', 'O72.0', 'O72.1', 'O75.7', 'O84.0', 'O84.1', 'O84.2', 'O99.3'}, где i={2, 3}.

Примечание: Допустимы случаи с GCCMMYY.CODE_USL={'st02.003.x', 'st02.004.x'} и GCCMMYY.MKBi из набора перечисленных выше диагнозов без применения КСЛП по Критерию 12.

- Критерий 13 (п/п 4 Приложения №9б к ТС-2021, особый случай): КСЛП=ODGMMYY.KSKPVAL при ODGMMYY.TYPE_EXC='14' для {GCCMMYY}={ODGMMYY} по совокупностям полей, представленным в Таблице 31.1.

Таблица 31.1

ГССММYY	ОДГММYY
USL_OK+CODE_NOM1+CODE_NOM2	USL_OK+ CODE_USL1+ CODE_USL2
USL_OK+CODE_NOM2+CODE_NOM1	
USL_OK+CODE_NOM1+CODE_NOM3	
USL_OK+CODE_NOM3+CODE_NOM1	
USL_OK+CODE_NOM2+CODE_NOM3	
USL_OK+CODE_NOM3+CODE_NOM2	

- **Критерий 14** (п/п 5 Приложения №9б к ТС-2021, особый случай):
 $КСЛП=ODGMMYY.KSKPVAL$ при $ODGMMYY.TYPE_EXC='15'$ для
 $\{GCCMMYY\}=\{ODGMMYY\}$ по совокупностям полей, представленным в Таблице 31.2.

Таблица 31.2

GCCMMYY	ODGMMYY
USL_OK+CODE_NOM1+CODE_NOM2	USL_OK+ CODE_USL1+ CODE_USL2
USL_OK+CODE_NOM1+CODE_NOM3	
USL_OK+CODE_NOM2+CODE_NOM3	

- **Критерий 16** (п/п 6 Приложения №9б к ТС-2021): для $KDGMMYY.CODE='56'$ и $KDGMMYY.USL_OK=GCCMMYY.USL_OK$ $КСЛП=KDGMMYY.VALUE$. КСЛП применяется в соответствии с перечисленными критериями:
 - 1) учет инфекционного диагноза с кодом МКБ-10, вынесенного в клинический диагноз (столбец Расшифровки групп «Основной диагноз» или «Диагноз осложнения»): $LEFT(GCCMMYY.MKB1, 3)={'A31', 'A39'-'A44', 'A49', 'A66'-'A74', 'B35'-'B49', 'B95', 'B96'}$ или $LEFT(GCCMMYY.MKB3, 3)={'A31', 'A39'-'A44', 'A49', 'A66'-'A74', 'B35'-'B49', 'B95', 'B96'}$;
 - 2) применение лекарственного препарата в парентеральной форме из перечня МНН (согласно Таблице 31.3) в составе схем антибактериальной и/или антимикотической терапии в течение не менее чем 5 суток (должно быть отражено в *первичной медицинской документации*);
 - 3) применение данного КСЛП в реестрах счетов подразумевает наличие в *первичной медицинской документации* результатов микробиологического исследования с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам и/или детекции основных классов карбапенемаз (сериновые, металлобеталактамазы), подтверждающих обоснованность назначения схемы антибактериальной терапии (предполагается наличие результатов на момент завершения случая госпитализации, в том числе прерванного, при этом допускается назначение антимикробной терапии до получения результатов микробиологического исследования).

Таблица 31.3

№ п/п	Наименование по МНН	Код МНН (N020)
1	Линезолид	001312
2	Цефтаролина фосамил	002319
3	Даптомицин	000713
4	Телаванцин	002027
5	Тедизолид	002025
6	Далбаванцин	000706
7	Цефтазидим/авибактам	002318
8	Цефтолозан/тазобактам	002320

9	Тигециклин	002074
10	Меропенем	001394
11	Дорипенем	000839
12	Цефепим/сульбактам	002707
13	Фосфомицин (парентеральная форма)	002253
14	Полимиксин В	001791
15	Азтреонам	000055
16	Вориконазол	000553
17	Каспофунгин	001129
18	Микафунгин	001444
19	Флуконазол (парентеральная форма)	002221
20	Амфотерицин В липосомальный	002489
21	Амфотерицин В липидный комплекс	000192
22	Анидулафунгин	000202

- Критерий 17 (п/п 7 Приложения №9б к ТС-2021): для KDGММУУ.CODE='57' и KDGММУУ.USL_OK=ГССММУУ.USL_OK КСЛП=KDGММУУ.VALUE. КСЛП применяется в реестрах счетов при учете диагноза по кодам МКБ-10 ГССММУУ.МКБ1={'J44.8', 'J44.9', 'P07.0', 'P07.1', 'P07.2', 'P07.3', 'P27.0', 'P27.8', 'P27.9'}, если сроки проведения **первой** иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции совпадают по времени с госпитализацией по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации (указывается в первичной медицинской документации).
- Критерий 19 (п/п 8 Приложения №9б к ТС-2021): для KDGММУУ.CODE='59' и KDGММУУ.USL_OK=ГССММУУ.USL_OK КСЛП=KDGММУУ.VALUE. Указывается медицинской организацией при учете сведений о медицинской помощи самостоятельно в случае развертывания индивидуального поста (должно быть отражено в первичной медицинской документации).
- Критерий 20 (п/п 9 Приложения №9б к ТС-2021): для KDGММУУ.CODE='60' и KDGММУУ.USL_OK=ГССММУУ.USL_OK КСЛП=KDGММУУ.VALUE в случае сверхдлительного пребывания (более 70 дней, ГССММУУ.KOL_FACT>70). Данный КСЛП **не** применяется к КСГ, объединяющим случаи проведения лучевой терапии, и случаи сочетания с лекарственной терапией (не применяется для $left(ГССММУУ.CODE_USL,8)={st19.075-st19.089}$), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и не должны оплачиваться с применением этого КСЛП.

Условия связи объекта GССММYY.DBF со справочником особых случаев применения КСЛП при случае лечения по КСТ.

Для особых случаев применения КСЛП, описанных в справочнике ODGMYY.DBF (с учетом наличия и отсутствия данных в полях ODGMYY.CODE_UR, ODGMYY.MKB, ODGMYY.CODE_USL2), для которых с учетом ODGMYY.TYPE_EXC выполняется одно из следующих условий:

- Для непустого значения поля ODGMYY.CODE_UR:
 - $GCCMYY.USL_OK + GCCMYY.CODE_USL + GCCMYY.CODE_NOM1 + GCCMYY.MKB1 + FCODE_UR(GCCMYY.CODE_LPU) = ODGMYY.USL_OK + ODGMYY.CODE_USL1 + ODGMYY.CODE_USL2 + ODGMYY.MKB + ODGMYY.CODE_UR;$
 - $GCCMYY.USL_OK + GCCMYY.CODE_USL + GCCMYY.CODE_NOM1 + GCCMYY.MKB1 + FCODE_UR(GCCMYY.CODE_LPU) = ODGMYY.USL_OK + ODGMYY.CODE_USL2 + ODGMYY.CODE_USL1 + ODGMYY.MKB + ODGMYY.CODE_UR.$
 - $GCCMYY.USL_OK + GCCMYY.CODE_USL + GCCMYY.CODE_NOM2 + GCCMYY.MKB1 + FCODE_UR(GCCMYY.CODE_LPU) = ODGMYY.USL_OK + ODGMYY.CODE_USL1 + ODGMYY.CODE_USL2 + ODGMYY.MKB + ODGMYY.CODE_UR;$
 - $GCCMYY.USL_OK + GCCMYY.CODE_USL + GCCMYY.CODE_NOM2 + GCCMYY.MKB1 + FCODE_UR(GCCMYY.CODE_LPU) = ODGMYY.USL_OK + ODGMYY.CODE_USL2 + ODGMYY.CODE_USL1 + ODGMYY.MKB + ODGMYY.CODE_UR.$
 - $GCCMYY.USL_OK + GCCMYY.CODE_USL + GCCMYY.CODE_NOM3 + GCCMYY.MKB1 + FCODE_UR(GCCMYY.CODE_LPU) = ODGMYY.USL_OK + ODGMYY.CODE_USL1 + ODGMYY.CODE_USL2 + ODGMYY.MKB + ODGMYY.CODE_UR;$
 - $GCCMYY.USL_OK + GCCMYY.CODE_USL + GCCMYY.CODE_NOM3 + GCCMYY.MKB1 + FCODE_UR(GCCMYY.CODE_LPU) = ODGMYY.USL_OK + ODGMYY.CODE_USL2 + ODGMYY.CODE_USL1 + ODGMYY.MKB + ODGMYY.CODE_UR.$

Где:

$FCODE_UR(cCODE_LPU) = \{SELECT LPU_MYY.CODE_UR FROM LPU_MYY.DBF WHERE LPU_MYY.CODE_LPU = cCODE_LPU\}$

- Для пустого значения поля ODGMYY.CODE_UR:
 - $GCCMYY.USL_OK + GCCMYY.CODE_USL + GCCMYY.CODE_NOM1 + GCCMYY.MKB1 = ODGMYY.USL_OK + ODGMYY.CODE_USL1 + ODGMYY.CODE_USL2 + ODGMYY.MKB;$
 - $GCCMYY.USL_OK + GCCMYY.CODE_USL + GCCMYY.CODE_NOM1 + GCCMYY.MKB1 = ODGMYY.USL_OK + ODGMYY.CODE_USL2 + ODGMYY.CODE_USL1 + ODGMYY.MKB.$

- $GCCMMYY.USL_OK + GCCMMYY.CODE_USL + GCCMMYY.CODE_NOM2 + GCCMMYY.MKB1 = ODGMMYY.USL_OK + ODGMMYY.CODE_USL1 + ODGMMYY.CODE_USL2 + ODGMMYY.MKB;$
- $GCCMMYY.USL_OK + GCCMMYY.CODE_USL + GCCMMYY.CODE_NOM2 + GCCMMYY.MKB1 = ODGMMYY.USL_OK + ODGMMYY.CODE_USL2 + ODGMMYY.CODE_USL1 + ODGMMYY.MKB.$
- $GCCMMYY.USL_OK + GCCMMYY.CODE_USL + GCCMMYY.CODE_NOM3 + GCCMMYY.MKB1 = ODGMMYY.USL_OK + ODGMMYY.CODE_USL1 + ODGMMYY.CODE_USL2 + ODGMMYY.MKB;$
- $GCCMMYY.USL_OK + GCCMMYY.CODE_USL + GCCMMYY.CODE_NOM3 + GCCMMYY.MKB1 = ODGMMYY.USL_OK + ODGMMYY.CODE_USL2 + ODGMMYY.CODE_USL1 + ODGMMYY.MKB.$

Аналогично исключаются из условия связи объекта GCCMMYY.dbf со справочником ODGMMYY.dbf при отсутствии данных в справочнике и следующие поля:

- 1) ODGMMYY.MKB; 2) ODGMMYY.CODE_USL2.

Критерии применения Коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) при расчете стоимости случая заболевания, включенного в КСГ, приведены в Таблице 32, а их возможные сочетания (отмечены символом «+» допустимые сочетания) приведены в Таблицах 33 и 34. При пересечениях строк и столбцов с номером критерия применения КСЛП согласно Приложению №9б (КСГ в круглосуточных стационарах) при фактическом наличии для применения к одному и тому же случаю лечения. К расчету совокупного КСЛП случая GCCMMYY.KSLP привлекаются критерии, входящие в набор (комбинацию) из всех допустимых сочетаний. КСЛП для каждого критерия учитывается 1 раз. Если допустимых критериев в комбинации несколько, то итоговый КСЛП случая рассчитывается по формуле $КСЛП = (КСЛП_1 + КСЛП_2 + \dots + КСЛП_N) - N + 1 \leq 1.8$, где $КСЛП_N$ – значение КСЛП для каждого критерия, применимого к случаю лечения, заполняется отдельно для каждого критерия в GCCMMYY.Z_SL1, GCCMMYY.Z_SL2, GCCMMYY.Z_SL3 поочередно: 1) при наличии в комбинации 1 критерия заполняется Z_SL1, а Z_SL2=Z_SL3=1; 2) при наличии в комбинации 2 критериев заполняются Z_SL1 и Z_SL2, а Z_SL3=1.

Таблица 31

№ критерия в справочнике, KSLMYY.IDSL	Код критерия (SBRMYY.CODE_OBJ при TYPE_OBJ='KSLP')	Условие оказания USL_OK	Значение KDGMMYY.CODE	Особые случаи, значение ODGMMYY.TYPE_EXC
3	03K	1	18	
4	04K	1	07	
10	10K	1	08	
17	12K	1		10
18	13K	1		14
19	14K	1		15
21	16K	1	56	
22	17K	1	57	
24	19K	1	59	

25	20К	1	60	
----	-----	---	----	--

Таблица 32 Сочетания критериев КСЛП в круглосуточном стационаре.

Код критерия	03К	04К	10К	12К	13К	14К	16К	17К	19К	20К
03К	+				+	+		+	+	+
04К		+			+	+	+		+	+
10К			+		+	+			+	+
12К				+	+	+				
13К	+	+	+	+	+				+	+
14К	+	+	+	+		+			+	+
16К		+					+			
17К	+							+	+	+
19К	+	+	+		+	+		+	+	+
20К	+	+	+		+	+		+	+	+

Итоговое значение КСЛП GCSMMYY.KSLP при наличии нескольких критериев не может превышать 1.8, а именно:

Если $КСЛП > 1.8$ и $NOT(DRGMMYY.Ultralong=.T. \text{ и } KOL_FACT \geq DRGMMYY.Uldayslim)$, то принимается $КСЛП = 1.8$.

- 3) Значение полей OT_PER и MSK_OT должно быть одинаковым для всех записей файла.
- 4) DATE_IN – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода и значение поля DATE_OUT.
- 5) DATE_OUT – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода. Значение не должно быть меньше первого дня месяца - отчетного периода за исключением случаев, когда исходом госпитализации является перевод в другое отделение стационара.
- 6) $KOL_FACT = 1$ для случаев лечения в дневном или круглосуточном стационаре при условии, что $DATE_IN = DATE_OUT$.
- 7) $KOL_FACT \leq DATE_OUT - DATE_IN$ для случаев лечения в круглосуточном стационаре при условии, что $DATE_IN \neq DATE_OUT$, за исключением случаев лечения при использовании СМП, СВП, услуг заместительной почечной терапии ($MDUMMYY.ED_IZM = '10'$) и медицинских услуг, относящихся к хирургическим операциям или иным медицинским технологиям ($MDUMMYY.ED_IZM = '12'$).
- 8) $KOL_FACT \leq DATE_OUT - DATE_IN + 1$ для случаев лечения в дневном стационаре при условии, что $DATE_IN \neq DATE_OUT$.
- 9) Условия Контроль взаимного соответствия полей RES_GOSP и ISH_MOV проводится в соответствии со справочником взаимного соответствия исходов заболевания и результатов обращения за медицинской помощью – FLK1MYY.DBF.
- 10) Для записей реестра медицинских услуг, относящихся к медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица ($MSK_OT = '99'$): $VID_SF = '15'$.

- 11) Если для КСГ (VID_MP=31) указан признак особого случая **SP_CASE=2**, то должны соблюдаться условия:
 MKB1={'I69.3', 'I69.8', 'T90.5', 'T90.8', 'T91.3', 'T91.1', 'I69.0', 'I69.1'};
 CODE_USL='st37.003'; CODE_NOM3='A19.23.002.017'.
- 12) Для всех записей реестра случаев при оказании специализированной медицинской помощи (VID_MP=31) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп (КСГ) или клинико-профильных групп (КПГ), оказанной в дневных стационарах всех типов и учтенных по клинико-профильным группам, должно выполняться условие: если GCCMMYY.USL_OK=2 и MDUmmYY.ED_IZM='04', то должно выполняться условие:
 GCCMMYY.PROFIL=DRGmmYY.PROFIL при
 GCCMMYY.CODE_USL=DRGmmYY.CODE_USL
- 13) Для всех записей реестра случаев лечения по КСГ должны выполняться условия:
 GCCMMYY.KZ = DRGmmYY.KZ_VALUE, GCCMMYY.KU =
 DRGmmYY.KU_VALUE, GCCMMYY.KD = KDGmmYY.VALUE для
 KDGmmYY.CODE = '12', GCCMMYY.KDZP = DRGmmYY.DZ_VALUE.
- 14) Для всех записей реестра случаев лечения должны выполняться условия: VB_P=1 при RES_GOSP={104, 204}.
- 15) Признак P_PER должен быть обязательно заполнен для всех записей с USL_OK={1,2}.
- 16) Дополнительный классификационный критерий DKK1 заполняется:
- Значением V024mmYY.IDDKK в случае наличия значения GDGmmYY.DKK в справочнике V024mmYY (GDGmmYY.DKK=V024mmYY.IDDKK) при условии GCCMMYY.DATE_OUT>V024mmYY.DATEBEG and GCCMMYY.DATE_OUT<V024mmYY.DATEEND;
 - Значением 'нет' при лечении злокачественных новообразований у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет: UCCMMYY.DS_ONK=2 и USL_OK={1, 2} и CccmmYY.USL_TIP={2, 4} и VZR<18, где VZR=YEAR(UCCMMYY.DATE_IN) – YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)

В остальных случаях DKK1 не заполняется.

- 17) Дополнительный классификационный критерий DKK2 заполняется значением GDGmmYY.FRAC для случаев лечения с применением лучевой (или смешанной) терапии злокачественных новообразований. При этом должны выполняться условия:
- LEFT(GCCMMYY.DKK2, 2)='fr'
 - В справочнике GDGmmYY.DBF есть запись, соответствующая условию GCCMMYY.CODE_USL=GDGmmYY.CODE_USL и GCCMMYY.DKK2=GDGmmYY.FRAC и GCCMMYY.DKK1=GDGmmYY.DKK и GCCMMYY.CODE_NOM1=GDGmmYY.CODE_OPER
 - GCCMMYY.DKK2=V024mmYY.IDDKK при условии GCCMMYY.DATE_OUT>V024mmYY.DATEBEG и GCCMMYY.DATE_OUT<V024mmYY.DATEEND.
- 18) Иной классификационный критерий DKK3 заполняется значением GDGmmYY.CODE_OPER2 для случаев:

- лечения с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также иных источников, за исключением средств ОМС.
- в рамках подгрупп КСГ ds12.010, ds12.011, st12.016, st12.017, st12.018, st36.003, ds36.004, ds37.001 – ds37.016, st02.001, st02.003, st02.004, st12.019, st37.021, st37.022, st37.023

При этом должны выполняться условия:

- $LEFT(GCCMMYY.DKK3, 2) = \{ 'dl', 'ni', 'if', 'co', 'sh', 'da' \}$
- В справочнике GDGMMYY есть запись, соответствующая условию
GCCMMYY.CODE_USL = GDGMMYY.CODE_USL и GCCMMYY.DKK2 =
GDGMMYY.FRAC и GCCMMYY.DKK1 = GDGMMYY.DKK и
GCCMMYY.CODE_NOM1=GDGMMYY.CODE_OPER и
GCCMMYY.DKK3=GDGMMYY.CODE_OPER2

В случае заполнения GCCMMYY.DKK1 значением 'нет' согласно п. 16 контроля семантической целостности объекта обрабатывать GCCMMYY.DKK1 как незаполненное.

- 19) Значения КСЛП по каждому критерию должны удовлетворять условиям:
 $1 \leq Z_SL1 \leq 1.8, 1 \leq Z_SL2 \leq 1.8, 1 \leq Z_SL3 \leq 1.8, 1 \leq Z_SL4 \leq 1.8.$
- 20) Обозначения КСЛП заполняются с отчетного периода '0120' (OT_PER_U>='0120') и должны удовлетворять условиям:
K_SL1=SBRMMYY.CODE_OBJ при $1 < Z_SL1 \leq 1.8,$
K_SL2=SBRMMYY.CODE_OBJ при $1 < Z_SL2 \leq 1.8,$
K_SL3=SBRMMYY.CODE_OBJ при $1 < Z_SL3 \leq 1.8,$
K_SL4=SBRMMYY.CODE_OBJ при $1 < Z_SL4 \leq 1.8,$
K_SL1#K_SL2, K_SL1#K_SL3, K_SL1#K_SL4, K_SL2#K_SL3, K_SL2#K_SL4,
K_SL3#K_SL4.
- 21) Не должно быть CODE_NOMi=DKK1 и CODE_NOMi=DKK2 при заполненных CODE_NOMi (i={1, 2, 3}).
- 22) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='1020' недопустимо наличие записей для которых одновременно выполняются следующие условия:
- Сочетание CODE_USL+DKK3 не найдено в GDGmmyu.CODE_USL+GDGmmyu.CODE_OPER2
 - Сочетание CODE_USL+CODE_NOM2 не найдено в GDGmmyu.CODE_USL+GDGmmyu.CODE_OPER2
- 23) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='1020' для непустых CODE_NOM2 должно соблюдаться правило $LEFT(CODE_NOM2,1) = \{ 'A', 'B' \}$, где 'A' и 'B' латинские символы.
- 24) Согласно п.3.9.1 ТС-2021 недопустимо наличие законченного случая состоящего из двух записей с одинаковыми значениями U.IDCASE, где в одной из записей CODE_USL='st02.001.x', а в другой CODE_USL={ 'st02.003.x', 'st02.004.x' } и одновременно выполняются следующие условия:
- В записи с CODE_USL='st02.001.x' значение KOL_FACT<6;
и
 - В записи с CODE_USL='st02.001.x' значение МКВ1 не входит в перечень { 'O14.1', 'O34.2', 'O36.3', 'O36.4', 'O42.2' };
и

– В записи с CODE_USL='st02.001.x' значение RES_GOSP=104

- 25) Согласно п.3.9.3 ТС-2021 недопустимо наличие записи с MSK_OT#'99' и CODE_USL='st02.001.x' и RES_GOSP#{104,109} (случай C1) при условии существования в том же своде GCCMMYU записи с CODE_USL={'st02.003.x', 'st02.004.x'} (случай C2), у которых C2.DATE_IN=C1.DATE_OUT и C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER.
- 26) Согласно п.3.3.3 ТС-2021 недопустимо наличие записи с MSK_OT#'99' и CODE_USL={'st12.015', 'st12.016.x', 'st12.017.x', 'st12.018x'} ('x' – цифра, в случае применения подгруппы) и RES_GOSP=101 (случай C1) при условии существования в том же своде GCCMMYU записи с CODE_USL='st12.019.x' (случай C2), у которых C2.DATE_IN-C1.DATE_OUT<2 и C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER.
- 27) Недопустимо наличие записи с MSK_OT#'99' и CODE_USL={'st12.015', 'st12.016.x', 'st12.017.x', 'st12.018x'} ('x' – цифра, в случае применения подгруппы) и (случай C1) при условии существования в том же своде GCCMMYU записи с CODE_USL={'st12.015', 'st12.016.x', 'st12.017.x', 'st12.018x'} (случай C2), у которых C2.DATE_IN=C1.DATE_OUT и C1.IDCASE#C2.IDCASE и C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER и C1.RES_GOSP#107.
- 28) Недопустимо наличие записи с MSK_OT#'99' и CODE_USL='st12.019.x' (случай C1) при условии существования в том же своде GCCMMYU записи с CODE_USL='st12.019.x' (случай C2), у которых C2.DATE_IN=C1.DATE_OUT и C1.IDCASE#C2.IDCASE и C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER.
- 29) Недопустимо наличие записей:
- KOL_FACT>11 при DKK3='days1-11'
 - KOL_FACT<12 при DKK3='days12-99'
 - KOL_FACT>13 при DKK3='days1-13'
 - KOL_FACT<14 при DKK3='days14-99'
 - KOL_FACT>5 при DKK3='days1-5'
 - KOL_FACT<6 или KOL_FACT>11 при DKK3='days6-11'
 - KOL_FACT>6 при DKK3='days1-6'
 - KOL_FACT<7 или KOL_FACT>11 при DKK3='days7-11'
 - KOL_FACT>20 при DKK3='days1-20'
 - KOL_FACT<21 при DKK3='days21-99'
 - KOL_FACT>27 при DKK3='days1-27'
 - KOL_FACT<28 при DKK3='days28-99'
 - KOL_FACT<14 или KOL_FACT>20 при DKK3='days14-20'
 - KOL_FACT<21 или KOL_FACT>26 при DKK3='days21-26'
 - KOL_FACT<27 при DKK3='days27-99'
 - KOL_FACT<28 или KOL_FACT>33 при DKK3='days28-33'
 - KOL_FACT<34 при DKK3='days34-99'
 - KOL_FACT<14 или KOL_FACT>30 при DKK3='days14-30'
 - KOL_FACT<31 при DKK3='days31-99'
 - KOL_FACT<12 или KOL_FACT>30 при DKK3='days12-30'
 - KOL_FACT<12 или KOL_FACT>23 при DKK3='days12-23'
 - KOL_FACT<24 при DKK3='days24-99'

- 30) Недопустимо наличие записи с MSK_OT# '99' и USL_OK={1, 2} и RES_GOSP=102 (случай C1) при условии существования в том же своде GCCMMYY записи с USL_OK={1, 2} (случай C2), у которых C2.DATE_IN=C1.DATE_OUT и C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER и C1.P.NOVIOR=C2.P.NOVIOR.
- 31) Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='1021' недопустимо наличие записей, для которых одновременно выполняются следующие условия:
- В справочнике GDGmmyy отсутствуют записи, для которых верно условие GDGmmyy.CODE_USL+GDGmmyy.MKB=G.CODE_USL+SPACE(6);
 - В справочнике GDGmmyy отсутствуют записи, для которых верно условие GDGmmyy.CODE_USL+GDGmmyy.MKB=G.CODE_USL+G.MKB1.

7.12 Объект «Формула зуба».

7.12.1 Краткая характеристика объекта

Объект «Формула зуба» представляется в виде записи файла «Формула зуба» и является дополнением к объекту «Медицинская услуга».

7.12.2 Структура объекта

Таблица 33

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	О	OT_PER	CHARACTER	4
2.	Медицинская организация (МО)	О	CODE_LPU	CHARACTER	6
3.	Плательщик за медицинскую услугу	О	MSK_OT	CHARACTER	2
4.	Уникальный учетный код в МО	О	PERSCODE	CHARACTER	15
5.	Номер талона амбулаторного пациента	О	NHISTORY	CHARACTER	20
6.	Медицинская услуга	О	CODE_USL	CHARACTER	15
7.	Дата оказания услуги	О	DATE_OUT	DATE	8
8.	Формула зуба	О	TEETH_CODE	CHARACTER	3
9.	Прикус	О	OCCLUSION	CHARACTER	1

Примечание.

Дата оказания услуги ZCCMMYY.DATE_OUT заполняется автоматически по UCCMMYY.DATE_OUT.

7.12.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ DATE_OUT+ TEETH_CODE+ OCCLUSION

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода.

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

Таблица 34

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ DATE_OUT	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ DATE_OUT	
2.	TEETH_CODE+ OCCLUSION	ZFVMMYY.DBF	TEETH_CODE+ OCCLUSION	

Контроль семантической целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями»:

DATE_OUT – должна находится внутри диапазона {UCCMMYY.DATE_IN, UCCMMYY.DATE_OUT} дат оказания стоматологической услуги.

7.13 Объект «Сведения о диспансеризации, профилактических осмотрах и назначениях».

7.13.1 Краткая характеристика объекта

Объект «Сведения о диспансеризации, профилактических осмотрах и назначениях» представляется в виде записи файла «Сведения о диспансеризации, профилактических осмотрах и назначениях» и является дополнением к Объекту «Медицинская услуга».

7.13.2 Структура объекта

Таблица 35

№ п.п.	Атрибут объекта	O31	O32	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	O	O	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	O	O	CODE_LPU	CHR	6
3.	Платательщик за медицинскую услугу	O	O	MSK_OT	CHR	2
4.	Уникальный учетный код в МО	O	O	PERSCODE	CHR	15
5.	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента	O	O	NHISTORY	CHR	20
6.	Профиль медицинской помощи	O	O	PROFIL	NUM	3
7.	Медицинская услуга	O	O	CODE_USL	CHR	15

8.	Дата начала оказания медицинской услуги	O	O	DATE_IN	DAT	8
9.	Дата окончания оказания медицинской услуги	O	O	DATE_OUT	DAT	8
10.	Тип диспансеризации	O	H	DISP	CHR	3
11.	Признак мобильной медицинской бригады	O	H	VBR	NUM	1
12.	Результат диспансеризации	O	H	RSLT_D	NUM	2
13.	Признак впервые выявленного основного заболевания	O	H	DS1_PR	NUM	1
14.	Диспансерное наблюдение по поводу основного заболевания	O	H	PR_D_N	NUM	1
15.	Признак впервые выявленного сопутствующего заболевания	O	H	DS2_PR	NUM	1
16.	Диспансерное наблюдение по поводу сопутствующего заболевания	O	H	PR_DS2_N	NUM	1
17.	Вид назначения	O	H	NAZ_R	NUM	2
18.	Специальность врача	Y	H	NAZ_SP	NUM	4
19.	Вид обследования (по V029)	Y	H	NAZ_V	NUM	1
20.	Профиль назначения медицинской помощи	Y	H	NAZ_PMP	NUM	3
21.	Профиль койки	Y	H	NAZ_PK	NUM	3

7.13.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+
DATE_IN+ DATE_OUT+ NAZ_R+ NAZ_SP +NAZ_V

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода в формате «ММYY», где:

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

02 – февраль

.....

12 – декабрь

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MSK_OT='99' для реестра медицинских услуг, оказанных лицам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС.

DISP: заполняется значениями V016ММYY.IDDT.

VBR, признак мобильной медицинской бригады: 1 – да; 0 – нет.

RSLT_D, результат диспансеризации: заполняется значениями V017ММУУ.IDDR.

DS1_PR, признак впервые выявленного основного заболевания (состояния):

1 – выявлен впервые; 0 – прочее.

PR_D_N, сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния):

1 – состоит;

2 – взят;

3 – не подлежит диспансерному наблюдению.

DS2_PR, признак впервые выявленного сопутствующего заболевания (состояния):

1 – выявлен впервые; 0 – прочее.

PR_DS2_N, сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания (состояния):

1 – состоит;

2 – взят;

3 – не подлежит диспансерному наблюдению.

NAZ_R, вид назначения. Допустимые значения:

1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления;

2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию;

3 – направлен на обследование;

4 – направлен в дневной стационар;

5 – направлен на госпитализацию;

6 – направлен в реабилитационное отделение;

0 – назначение отсутствует.

NAZ_SP, специальность врача: заполняется при NAZ_R=1 или NAZ_R=2 значениями V021ММУУ.IDSPEC; 0 – при других NAZ_R.

NAZ_V, вид обследования:

1) заполняется согласно справочнику V029ММУУ.DBF при NAZ_R=3:

2) 0 – заполнение отсутствует (NAZ_R#3).

NAZ_PMP, профиль медицинской помощи: заполняется при NAZ_R=4 или NAZ_R=5 значениями PMPММУУ.IDPR; 0 – при других NAZ_R.

NAZ_PK, профиль койки: заполняется при NAZ_R=6 значениями V020ММУУ.IDK_PR; 0 – при NAZ_R#6.

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

Таблица 36

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	'46000000' + MSK_OT	SMOMМУУ.DBF	REGION+CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код

				Московской области
2.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE	PCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT + PERSCODE	
3.	CODE_LPU	LPUMMYY.DBF	CODE_LPU	
4.	PROFIL	PMPMMYY.DBF	PROFIL	
5.	CODE_USL	MDUMMYY.DBF	CODE_USL	
6.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	
7.	DISP	V016MMYY.xml	IDDT	Классификатор типов диспансеризации
8.	RSLT_D	V017MMYY.xml	IDDR	Классификатор результатов диспансеризации
9.	DISP+str(RSLT_D)	V016MMYY.xml	IDDT+str(RULE)	Если значение N.DISP найдено в справочнике V016MMYY и V016MMYY. DATEBEG <= N.DATE_OUT <= V016MMYY. DATEEND значение N.RSLT_D должно принадлежать набору значений V016MMYY. DTRULE.
10.	NAZ_SP	V021MMYY.xml	IDSPEC	Классификатор медицинских специальностей
11.	NAZ_PMP	PMPMMYY.DBF	IDPR	Справочник профилей медицинской помощи
12.	NAZ_PK	V020MMYY.xml	IDK_PR	Классификатор профилей коек
13.	NAZ_V	V029MMYY.xml	IDMET	Классификатор методов диагностического исследования
14.	CODE_USL+DISP	FLK2MMYY.dbf	CODE_USL+DISP	Справочник соответствия типа диспансеризации и медицинской услуги

Контроль семантической целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями»:

Контроль семантической целостности производится для записей файла Nccmmyu начиная с отчетного периода U.OT_PER_U>='0920'.

1. Если значение Nccmmyu.CODE_USL найдено в справочнике FLK2MYY.dbf и поле FLK2MYY.SEX заполнено, то значение поля Pccmmyu.SEX в соответствующей записи файла «Пациент» должно быть равно FLK2MYY.SEX.
2. Если значение Nccmmyu.CODE_USL найдено в справочнике FLK2MYY.dbf и поле FLK2MYY.VOZR заполнено, то вычисляемое значение $VZR=YEAR(UCCMYY.DATE_IN)-YEAR(PCCMYY.BIRTHDAY)$ из соответствующих записей файла «Пациент» и «Медицинская услуга» должно входить в список значений перечисленных в поле FLK2MYY.VOZR.
3. Если в значении Nccmmyu.CODE_USL присутствует латинский символ «M», то значение VBR=1.
4. Если значение VBR=1, то в значении NCCMYY.CODE_USL должен присутствовать латинский символ «M».
5. При $RSLT_D=\{3,4,5,31,32\}$ NAZ_R#0.

7.14 Объект «Сведения о лечении онкологического заболевания или медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование».

7.14.1 Краткая характеристика объекта

Объект «Сведения о лечении онкологического заболевания или медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование» представляется в виде записи файла «Сведения о лечении онкологического заболевания или медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование» и является дополнением к объекту «Медицинская услуга».

7.14.2 Структура объекта

Таблица 37

№ п.п.	Атрибут объекта	O31	O32	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	O	O	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	O	O	CODE_LPU	CHR	6
3.	СМО-плательщик за медицинскую услугу	O	O	MSK_OT	CHR	2
4.	Уникальный учетный код в МО	O	O	PERSCODE	CHR	15
5.	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента	O	O	NHISTORY	CHR	20
6.	Профиль медицинской помощи	O	O	PROFIL	NUM	3

7.	Основной диагноз	O	O	MKB1	CHR	6	
8.	Медицинский работник	O	O	CODE_MD	CHR	6	
9.	Медицинская услуга	O	O	CODE_USL	CHR	15	
10.	Дата начала оказания медицинской услуги	O	O	DATE_IN	DAT	8	
11.	Дата окончания оказания медицинской услуги	O	O	DATE_OUT	DAT	8	
12.	Повод обращения (по N018 при UCСММУУ.DS_ONK=2)	Y	H	DS1_T	NUM	1	
13.	Стадия заболевания (по N002)	Y	H	STAD	NUM	3	
14.	Значение Tumor (по N003)	Y	H	ONK_T	NUM	3	
15.	Значение Nodus (по N004)	Y	H	ONK_N	NUM	3	
16.	Значение Metastasis (по N005)	Y	H	ONK_M	NUM	3	
17.	Признак выявления отдаленных метастазов (при DS1_T=1 или 2)	Y	H	MTSTZ	NUM	1	
18.	Тип диагностического показателя	Y	H	DIAG_TIP	NUM	1	
19.	Код диагностического показателя (по N007 или N010)	Y	H	DIAG_CODE	NUM	3	
20.	Код результата диагностики (по N008 или N011)	Y	H	DIAG_RSLT	NUM	3	
21.	Код противопоказания или отказа (по N001)	Y	H	PROT	NUM	1	
22.	Дата регистрации противопоказания или отказа	Y	H	D_PROT	DAT	8	
23.	Дата направления	Y	H	NAPR_DATE	DAT	8	
24.	Вид направления (по V028)	Y	H	NAPR_V	NUM	1	
25.	Метод диагностического исследования (по V029)	Y	H	MET_ISSL	NUM	1	
26.	Медицинская услуга, указанная в направлении (по V001)	Y	H	NAPR_USL	CHR	15	
27.	Сведения о проведении консилиума	Y	H	PR_CONS	NUM	1	
28.	Тип услуги (по N013)	Y	H	USL_TIP	NUM	1	
29.	Тип хирургического лечения (по N014)	Y	H	HIR_TIP	NUM	1	
30.	Линия лекарственной терапии (по N015)	Y	H	LEK_TIP_L	NUM	1	
31.	Цикл лекарственной терапии (по N016)	Y	H	LEK_TIP_V	NUM	1	
32.	Тип лучевой терапии (по N017)	Y	H	LUCH_TIP	NUM	1	
33.	Суммарная очаговая доза	Y	H	SOD	NUM	6	2
34.	Заболевание выявлено впервые или ранее	Y	H	DS1_F	NUM	1	
35.	Дата взятия материала для проведения диагностики	Y	H	DIAG_DATE	DAT	8	
36.	Признак получения результата диагностики	Y	H	REC_RSLT	NUM	1	

37.	Дата проведения консилиума	У	Н	DT_CONS	DAT	8	
38.	Регистрационный номер лекарственного противоопухолевого препарата (по N020)	У	Н	REGNUM	CHR	6	
39.	Дата введения лекарственного противоопухолевого препарата	У	Н	DATE_INJ	DAT	8	
40.	Признак наличия противопоказания или отказа	У	Н	B_PROT	NUM	1	
41.	Количество фракций проведения лучевой терапии	У	Н	K_FR	NUM	2	
42.	Масса тела (кг)	У	Н	WEI	NUM	5	1
43.	Рост (см)	У	Н	HEI	NUM	3	
44.	Площадь поверхности тела (м ²)	У	Н	BSA	NUM	4	2
45.	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса	У	Н	PPTR	NUM	1	
46.	Код схемы лекарственной терапии	У	Н	CODE_SH	CHR	10	
47.	Вид медицинского вмешательства	У	Н	VID_VME	CHR	15	
48.	Номер (идентификатор) консилиума	Н	Н	NUM_CONS	CHR	10	

7.14.3 Правила контроля объекта

Контроль целостности объекта производится на предмет уникальности каждого объекта по совокупности значений полей:

OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+
 CODE_MD+ CODE_USL+ DATE_IN+ DATE_OUT+ DIAG_TIP+ DIAG_CODE +
 PR_CONS+ B_PROT+ PROT+ NAPR_USL+ NAPR_V+ MET_ISSL+ HIR_TIP+
 LEK_TIP_L+ LEK_TIP_V+ LUCH_TIP+ REGNUM+ DATE_INJ+ CODE_SH+ VID_VME

Контроль доменной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

OT_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода в формате «ММYY», где:

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

.....

12 – декабрь

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MSK_OT='99' для реестра медицинских услуг, оказанных лицам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС.

VZR=YEAR(UCCMMYY.DATE_IN)-YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)

DS1_T, повод обращения:

1) заполняется согласно справочнику N018ММYY.XML для UCCMMYY.DS_ONK=2;

2) 9 – при UCCMMYY.DS_ONK#2.

STAD, стадия заболевания:

Заполняется по справочнику N002ММYY.XML, обязательно к заполнению (STAD>0) при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1_T={0, 1, 2, 3, 4});
Начиная с OT_PER_U>='0220' для STAD#{0, 145-161} значение С.МКВ1 должно совпадать со значением N002.DS_ST записи, соответствующей STAD (до подрубрики включительно при ее наличии в N002.DS_ST и без учета подрубрики при ее отсутствии в N002.DS_ST).

ONK_T:

Заполняется по справочнику N003ММYY.XML, обязательно к заполнению (ONK_T>0) при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст VZR которых на дату начала лечения DATE_IN 18 лет и старше (VZR>17);
Начиная с OT_PER_U>='0220' для ONK_T#{0, 182-188} значение С.МКВ1 должно совпадать со значением N003.DS_T записи, соответствующей ONK_T (до подрубрики включительно при ее наличии в N003.DS_T и без учета подрубрики при ее отсутствии в N003.DS_T)

ONK_N:

Заполняется по справочнику N004ММYY.XML, обязательно к заполнению (ONK_N>0) при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст VZR которых на дату начала лечения DATE_IN 18 лет и старше (VZR>17);
Начиная с OT_PER_U>='0220' для ONK_N#{0, 99-103} значение С.МКВ1 должно совпадать со значением N004.DS_N записи, соответствующей ONK_N (до подрубрики включительно при ее наличии в N004.DS_N и без учета подрубрики при ее отсутствии в N004.DS_N)

ONK_M:

Заполняется по справочнику N005ММYY.XML, обязательно к заполнению (ONK_M>0) при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст VZR которых на дату начала лечения DATE_IN 18 лет и старше (VZR>17);
Начиная с OT_PER_U>='0220' для ONK_M#{0, 56-58} значение С.МКВ1 должно совпадать со значением N005.DS_M записи, соответствующей ONK_M (до подрубрики включительно при ее наличии в N005.DS_M и без учета подрубрики при ее отсутствии в N005.DS_M)

MTSTZ, признак выявления отдаленных метастазов:

1 – при выявлении в случае DS1_T={1, 2};
0 – не выявлено

DIAG_TIP, тип диагностического показателя:

1 – гистологический признак (при наличии диагностических мероприятий и DS1_T#9);
2 – маркер (ИГХ) (при наличии диагностических мероприятий и DS1_T#9);
0 – при отсутствии диагностических мероприятий или DS1_T=9.

DIAG_CODE, код диагностического показателя:

1) при DIAG_TIP=1:

- заполняется по справочнику N007ММYY.XML;
- если значение LEFT(С.МКВ1, 3) есть в справочнике N009ММYY.XML, то поле С.DIAG_CODE должно быть заполнено значением N009ММYY.ID_MRF из одной из записей справочника N009ММYY.XML, соответствующих ключевому выражению: LEFT(N009ММYY.DS_MRF, 3)=LEFT(С.МКВ1, 3);

2) при DIAG_TIP=2:

- заполняется по справочнику N010ММYY.XML;
 - если значение $LEFT(C.MKB1, 3)$ есть в справочнике N012ММYY.XML, то поле C.DIAG_CODE должно быть заполнено значением N012ММYY.ID_IGH из одной из записей справочника N012ММYY.XML, соответствующих ключевому выражению: $LEFT(N012ММYY.DS_IGH, 3) = LEFT(C.MKB1, 3)$;
- 3) 0 – при DIAG_TIP=0.

DIAG_RSLT, код результата диагностики:

- 1) при DIAG_TIP=1 заполняется по справочнику N008ММYY.XML;
- 2) при DIAG_TIP=2 заполняется по справочнику N011ММYY.XML;
- 3) 0 – при DIAG_TIP=0 или REC_RSLT=0.

DIAG_DATE, дата взятия материала для проведения диагностики начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' :

Обязательно к заполнению при проведении диагностики (DIAG_TIP#0) для DS1_T#9.

REC_RSLT, признак получения результата диагностики:

- 1) 1 – при получении результата диагностики;
- 2) 0 – при отсутствии диагностики или её результата.

B_PROT, признак наличия противопоказания или отказа:

- 1) 1 – при наличии противопоказания или отказа и DS1_T#9;
- 2) 0 – при отсутствии противопоказания или отказа или DS1_T=9.

PROT, код противопоказания или отказа:

- 1) при B_PROT=1 (наличие противопоказания или отказа и DS1_T#9) – заполняется по справочнику N001ММYY.XML;
- 2) при B_PROT=0 – игнорируется.

D_PROT, дата регистрации противопоказания или отказа:

- 1) заполняется только при B_PROT=1;
- 2) D_PROT не должна быть больше DATE_OUT.

NAPR_V, вид направления:

- 1) обязателен к заполнению при наличии направления и UCCММYY.DS_ONK#0, заполняется согласно справочнику V028ММYY.XML;
- 2) 0 – при отсутствии направления.

NAPR_DATE, дата направления или назначения:

- 1) обязательна к заполнению при NAPR_V#0;
- 2) обязательна к заполнению при UCCММYY.DS_ONK=1 и NCCММYY.NAZ_R={2, 3}
- 3) должно быть $DATE_IN \leq NAPR_DATE \leq DATE_OUT$.

MET_ISSL, метод диагностического исследования:

- 1) заполняется согласно справочнику V029ММYY.XML при NAPR_V=3;
- 2) 0 – при NAPR_V#3.

NAPR_USL, медицинская услуга, указанная в направлении: обязательно заполняется при MET_ISSL#0 по номенклатуре услуг из справочника V001ММYY.xml.

PR_CONS, сведения о проведении консилиума:

заполняется согласно справочнику N019ММYY.XML при UCCММYY.DS_ONK#0.

DT_CONS, дата проведения консилиума начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919':

- 1) обязательно заполняется только при PR_CONS={1, 2, 3};
- 2) DT_CONS не должна быть больше DATE_OUT, DT_CONS<=DATE_OUT.

NUM_CONS, номер (идентификатор) консилиума:

заполняется при наличии.

USL_TIP, тип услуги начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919':

- 1) при DS1_T#9 и B_PROT=0 и USL_OK={1, 2} заполняется по справочнику N013ММYY.XML;
- 2) 0 – при DS1_T=9;
- 3) при B_PROT#0 принимает значение 0;
- 4) при DS1_T#9 и B_PROT=0 и USL_OK#{1, 2} принимает значение по справочнику N013ММYY.DBF или не заполняется.
- 5) USL_TIP может принимать значение 2 только при условии LEFT(CODE_SH,2)='sh' или LEFT(CODE_SH,3)='gem' или LEFT(CODE_SH,3)='net';
- 6) USL_TIP может принимать значение 4 только при условии LEFT(CODE_SH,2)='mt' или LEFT(CODE_SH,2)='sh' или LEFT(CODE_SH,3)='net'.

HIR_TIP, тип хирургического лечения:

- 1) при USL_TIP=1 заполняется по справочнику N014ММYY.XML;
- 2) 0 – при USL_TIP#1.

LEK_TIP_L, линия лекарственной терапии:

- 1) при USL_TIP=2 заполняется по справочнику N015ММYY.XML;
- 2) 0 – при USL_TIP#2.

LEK_TIP_V, цикл лекарственной терапии:

- 1) при USL_TIP=2 заполняется по справочнику N016ММYY.XML;
- 2) 0 – при USL_TIP#2.

LUCH_TIP, тип лучевой терапии:

- 1) при USL_TIP=3 или USL_TIP=4 заполняется по справочнику N017ММYY.XML;
- 2) 0 – при USL_TIP#3 и USL_TIP#4.

SOD, суммарная очаговая доза:

- 1) при USL_TIP=3 или USL_TIP=4 обязательно заполняется;
- 2) может принимать значение 0 при любых USL_TIP.

DS1_F, признак первичности выявления заболевания, заполняется цифрой 1 или 0 для UCСММYY.DS_ONK=2 и UCСММYY.P_CEL#1.3':

1 – впервые; 0 – ранее.

REGNUM, регистрационный номер лекарственного противоопухолевого препарата:

- 1) при USL_TIP=2 или USL_TIP=4 обязательно заполняется по справочнику N020ММYY.XML;
- 2) не заполняется при USL_TIP#2 и USL_TIP#4.

DATE_INJ, дата введения лекарственного противоопухолевого препарата начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' :

- 1) обязательно заполняется при USL_TIP=2 или USL_TIP=4;

- 2) не заполняется при USL_TIP#2 и USL_TIP#4;
- 3) DATE_INJ не должна быть больше DATE_OUT и не должна быть меньше DATE_IN, DATE_IN<=DATE_INJ<=DATE_OUT.

K_FR, Количество фракций проведения лучевой терапии:

- 1) обязательно заполняется при USL_TIP=3 или USL_TIP=4;
- 2) может принимать значение 0 при любых USL_TIP.

WEI, Масса тела (кг):

- 1) обязательно заполняется при USL_TIP=2 или USL_TIP=4;
- 2) может принимать значение 0 при любых USL_TIP;
- 3) значение WEI не может быть больше 500.

HEI, Рост (см):

- 1) обязательно заполняется при USL_TIP=2 или USL_TIP=4;
- 2) может принимать значение 0 при любых USL_TIP;
- 3) значение HEI не может быть меньше 10 и больше 250.

BSA, Площадь поверхности тела (м²):

- 1) обязательно заполняется при USL_TIP=2 или USL_TIP=4;
- 2) может принимать значение 0 при любых USL_TIP;
- 3) значение BSA может быть больше 0 только при HEI>0 и WEI>0 и не может быть больше 5,99.

PPTR, Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса:

- 1 - в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала;
- 0 - при отсутствии.

CODE_SH, Код схемы лекарственной терапии:

- 1) при USL_TIP=2 или USL_TIP=4 начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0419' обязательно заполняется значением V024ММУУ.IDDKK в случае наличия значения CODE_SH в справочнике V024ММУУ (CODE_SH=V024ММУУ.IDDKK) при условии CССММУУ.DATE_OUT>V024ММУУ.DATEBEG и CССММУУ.DATE_OUT<V024ММУУ.DATEEND, за исключением:
 - лечения злокачественных новообразований у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет - при UССММУУ.DS_ONK=2 и USL_OK={1, 2} и VZR<18, где VZR=YEAR(UССММУУ.DATE_IN)-YEAR(PССММУУ.BIRTHDAY) заполняется значением 'нет'.
- 2) начиная с отчетного периода OT_PER_U >= '0321' не заполняется при USL_TIP = {1,3} или (USL_TIP>4 и mkb1 # {C81-C97, D45-D47})
- 3) начиная с отчетного периода OT_PER_U >= '0321' заполняется значением «нет» при USL_TIP>4 и mkb1 = {C81-C97, D45-D47}

VID_VME, Вид медицинского вмешательства. Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0419' обязателен к заполнению по справочнику V001ММУУ.XML при выполнении одного из условий :

- 1) USL_TIP={1, 3, 4, 6};
- 2) MDUммуу.SP_OPL=28.

Контроль ссылочной целостности объекта производится в соответствии с «Техническими условиями» для полей:

Таблица 38

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	'46000000'+ MSK_OT	SMOMMY.Y.DBF	REGION+ CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код Московской области
2.	OT_PER+CODE_LPU+MSK_OT+ PERSCODE	PCCMMYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+MSK_OT+ PERSCODE	
3.	CODE_LPU	LPUMMY.Y.DBF	CODE_LPU	
4.	PROFIL	PMPMMYY.DBF	PROFIL	
5.	CODE_USL	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL	
6.	OT_PER+ CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+NHISTORY+ PROFIL+CODE_USL+dtos(DATE_IN)+dtos(DATE_OUT)	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+NHISTORY+ PROFIL+CODE_USL+dtos(DATE_IN)+dtos(DATE_OUT)	При OT_PER_U<'0320'
	OT_PER+ CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+NHISTORY + MKB1 + CODE_MD + PROFIL+CODE_USL+dtos(DATE_IN)+dtos(DATE_OUT)	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+NHISTORY + MKB1 + CODE_MD + PROFIL+CODE_USL+dtos(DATE_IN)+dtos(DATE_OUT)	Начиная с OT_PER_U='0320'
7.	PROT	N001MMYY.XML	ID_PROT	Классификатор противопоказаний и отказов
8.	STAD#0	N002MMYY.XML	ID_ST	Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N002mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута STAD = ID_ST и условием: U.DATE_OUT> N002.DATEBEG and U.DATE_OUT< N002.DATEEND
9.	ONK_T#0	N003MMYY.XML	ID_T	Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N003mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута ONK_T = ID_T и условием: U.DATE_OUT>

				N003.DATEBEG and U.DATE_OUT< N003.DATEEND
10.	ONK_N#0	N004ММYY.XML	ID_N	Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N004mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута ONK_N = ID_N и условием: U.DATE_OUT> N004.DATEBEG and U.DATE_OUT< N004.DATEEND
11.	ONK_M#0	N005ММYY.XML	ID_M	Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N005mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута ONK_M = ID_M и условием: U.DATE_OUT> N005.DATEBEG and U.DATE_OUT< N005.DATEEND
12.	DIAG_CODE при DIAG_TIP=1	N007ММYY.XML	ID_MRF	Классификатор гистологических признаков
13.	DIAG_CODE при DIAG_TIP=2	N010ММYY.XML	ID_IGH	Классификатор маркёров
14.	str(DIAG_CODE)+ str(DIAG_RSLT) при DIAG_TIP=1	N008ММYY.XML	str(ID_MRF)+ str(ID_R_M)	Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N008mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута str(DIAG_CODE)+ str(DIAG_RSLT) = str(ID_MRF)+ str(ID_R_M) и условием: C.DIAG_DATE > N008.DATEBEG and C.DIAG_DATE <N008.DATEEND
15.	str(DIAG_CODE)+	N011ММYY.XML	str(ID_IGH)+	Начиная с

	str(DIAG_RSLT) при DIAG_TIP=2		str(ID_R_I)	отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N011mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута str(DIAG_CODE)+ str(DIAG_RSLT) = str(ID_IGH)+ str(ID_R_I) и условием: C.DIAG_DATE> N011.DATEBEG and C.DIAG_DATE <N011.DATEEND
16.	USL_TIP#0	N013MYY.XML	ID_TLECH	Классификатор типов лечения
17.	HIR_TIP#0	N014MYY.XML	ID_THIR	Классификатор типов хирургического лечения
18.	LEK_TIP_L#0	N015MYY.XML	ID_TLEK_L	Классификатор линий лекарственной терапии
19.	LEK_TIP_V#0	N016MYY.XML	ID_TLEK_V	Классификатор циклов лекарственной терапии
20.	LUCH_TIP#0	N017MYY.XML	ID_TLUCH	Классификатор типов лучевой терапии
21.	DS1_T#9	N018MYY.XML	ID_REAS	Классификатор поводов обращения
22.	PR_CONS#0	N019MYY.XML	ID_CONS	Классификатор целей консилиума
23.	NAPR_V при UCCMYY.DS_ONK=1	V028MYY.XML	IDVN	Классификатор видов направления
24.	MET_ISSL при NAPR_V=3	V029MYY.XML	IDMET	Классификатор методов диагностического исследования
25.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	GCCMYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE + NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Для USL_OK={1,2}
26.	REGNUM при USL_TIP=2 или USL_TIP=4	N020MYY.XML	ID_LEKP	Классификатор лекарственных препаратов, применяемых при проведении лекарственной терапии

27.	CODE_SH+ REGNUM	N021ММYY.XML	CODE_SH+ ID_LEKP	Контроль проводится начиная с отчетного периода OT_PER_U>='1119' для записей с (USL_TIP=2 или USL_TIP=4) и С.CODE_SH присутствует среди значений N021. CODE_SH
28.	CODE_SH при USL_TIP=2 или USL_TIP=4	V024ММYY.XML	IDDKK	Справочник классификационных критериев ФОМС. Кроме случаев заполнения значением 'нет' согласно контролю доменной целостности объекта.
29.	VID_VME при USL_TIP={1, 3, 4, 6}	V001ММYY.XML	S_CODE	Справочник «Классификатор НРУЗ ФОМС»
30.	NAPR_USL при MET_ISSL#0	V001ММYY.XML	S_CODE	Справочник «Классификатор НРУЗ ФОМС»
31.	CODE_USL+CODE_SH	GDGmmyy.dbf	CODE_USL+DKK	Для непустых CODE_SH и CODE_SH# 'нет' и MDU.GR_PLAN = {'K1','D2'}

8. Конечный результат процесса обмена

Конечным результатом процесса информационного обмена является:

- приемка ТФОМС МО Пакета файлов информационного обмена, удовлетворяющих условиям целостности состава Сводов и Пакета;
- приемка ТФОМС МО реестра счетов МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории ОМС;
- актуализация базы данных об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным по ОМС в Московской области;
- готовность МО к выставлению реестра счетов в СМО.

9. Обязанности сторон

В обязанности сторон по процессу информационного обмена входит:

- Обеспечение безопасности передаваемой (принимаемой) информации в соответствии с требованиями действующих правовых и нормативных документов. В том числе, неразглашение сведений, содержащих врачебную тайну.
- Соблюдение сроков передачи и приема объектов информационного обмена.

- Своевременное информирование другой стороны о технической или организационной невозможности осуществить процедуру информационного обмена.
- Принятие всевозможных мер для организации информационного обмена с помощью защищенных телекоммуникационных средств.

10. Основания для отказа в осуществлении процедур и порядок обжалования

Основаниями для отказа в осуществлении процедур информационного обмена являются:

- Отсутствие актуальной нормативно-справочной информации для осуществления информационного обмена за отчетный период к началу месяца, следующего за отчетным. Ответственная сторона – ТФОМС МО. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – МО. Документ, подтверждающий отказ, – Письмо на имя Исполнительного директора ТФОМС МО в течение 3-х дней месяца, следующего за отчетным периодом.
- Нарушение целостности Пакета (Свода в составе Пакета, объекта информационного обмена в составе Свода) передаваемых данных передающей стороной. Ответственная сторона – передающая данные. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – принимающая данные. Документ, подтверждающий отказ – Протокол форматно-логического контроля целостности, заполненный в части дефектов, относящихся к целостности Пакета (Свода в составе Пакета, объекта информационного обмена в составе Свода).
- Отсутствие результатов сверки и идентификации по РС ЕРЗ. Ответственная сторона – ТФОМС МО. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – МО. Документ, подтверждающий отказ – Письмо (информационное сообщение) МО в ТФОМС МО со ссылкой на отсутствие (неполучение) «Протокола сверки персональных данных реестра пролеченных пациентов с РС ЕРЗ»;
- Отсутствие результатов сверки и идентификации по ЦС ЕРЗ. Ответственная сторона – ТФОМС МО. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – МО. Документ, подтверждающий отказ – Письмо (информационное сообщение) МО в ТФОМС МО со ссылкой на отсутствие (неполучение) «Протокола сверки персональных данных реестра пролеченных пациентов с ЦС ЕРЗ»;
- Невозможность проведения сверки и идентификации по ЦС ЕРЗ. Ответственная сторона – ТФОМС МО. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – ТФОМС МО. Документ, подтверждающий отказ – информационное сообщение об отсутствии технических условий для проведения сверки и идентификации по ЦС ЕРЗ;
- Отсутствие сопроводительных документов у передающей стороны.
- Нарушение регламентированных сроков информационного взаимодействия со стороны передающей стороны без письменного объяснения причин руководителем МО.

Обжалование действий участника информационного обмена, отказывающегося в осуществлении процедуры информационного обмена, должно производиться в письменном виде в течение 3 рабочих дней с момента получения мотивированного отказа.

11. Порядок получения консультаций по процессу обмена

Консультации по процессу информационного обмена предоставляются Управлением информационного обеспечения ТФОМС МО ежедневно за исключением выходных и праздничных дней с 10-00 до 17-30 по телефону:
(495) 587-87-89 (многоканальный)

или по электронной почте:

[berezhaia_tv@mofoms.ru](mailto:berezhnaia_tv@mofoms.ru)

balabaev_am@mofoms.ru

kladova_av@mofoms.ru

ldv@mofoms.ru

« » _____ 201_ г

Протокол форматно-логического контроля

Наименование процесса обмена: Передача – приемка сводного отчета об оказанной медицинской помощи для форматно-логического контроля, сверки и идентификации по единому регистру застрахованных и оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на других территориях РФ

Организация	Код	Наименование
МО		

В порядке информационного обмена между АИС МО и ТФОМС МО произведен форматно-логический контроль целостности файлов и данных в составе:

Характеристика файла	Имя файла	Дата и время последней модификации	Размер

Выявлены следующие дефекты представления файлов:

№ п/п	Имя файла	Код ошибки	Наименование ошибки

Выявлены следующие дефекты представления данных:

№ п/п	Имя файла	Номер записи	Имя поля	Код ошибки	Наименование ошибки

«Передал» Ответственный от МО _____ Дата _____

«Принял» Ответственный от ТФОМС МО _____ Дата _____

« » _____ 202_ г

**Протокол сверки и идентификации персональных данных реестра
пролеченных пациентов с РС ЕРЗ**

Организация	Код	Наименование
МО		

В порядке информационного обмена между АИС МО и ТФОМС МО произведена сверка и идентификация персональных данных реестра пролеченных пациентов с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц (РС ЕРЗ):

Дата актуализации РС ЕРЗ: « » _____ 202_ г.

Проведена сверка файла:

Характеристика файла	Имя файла	Дата и время последней модификации	Размер

Установлены следующие факты сверки и идентификации:

№ п/п	Имя файла	Номер записи	Имя поля	Код события сверки (идентификации)	Комментарий к событию сверки(идентификации)	Результат идентификации

«Передал» Ответственный от ТФОМС МО _____ Дата _____

«Принял» Ответственный от МО _____ Дата _____

« » _____ 202_ г

**Протокол сверки и идентификации персональных данных реестра
пролеченных пациентов с ЦС ЕРЗ**

Организация	Код	Наименование
МО		

В порядке информационного обмена между АИС МО и ТФОМС МО произведена сверка и идентификация персональных данных реестра пролеченных пациентов с центральным сегментом единого регистра застрахованных лиц (ЦС ЕРЗ):

Дата актуализации ЦС ЕРЗ: « » _____ 202_ г.ф

Проведена сверка файла:

Характеристика файла	Имя файла	Дата и время последней модификации	Размер

Установлены следующие факты сверки и идентификации:

№ п/п	Имя файла	Номер записи	Имя поля	Код события сверки (идентификации)	Комментарий к событию сверки(идентификации)	Результат идентификации

«Передал» Ответственный от ТФОМС МО _____ Дата _____

«Принял» Ответственный от МО _____ Дата _____

«Утверждаю»
Руководитель МО

_____ / _____ /

« » _____ 202_ г

Акт

**передачи-приема данных об оказанной медицинской помощи
застрахованным по ОМС на других территориях РФ**

Отчетный период: _____ (месяц, год)

Код и наименование МО: _____

Реквизиты свода данных:

Имя файла	Дата последней модификации	Время последней модификации	Размер (байт)

Состав свода данных, переданных в порядке информационного взаимодействия:

Имя файла	Дата последней модификации	Время последней модификации	Размер (байт)	Количество записей

Контрольные показатели зарегистрированных данных:

Код МО	Наименование МО	Сумма к оплате		
		общая сумма	по базовой программе ОМС	по сверхбазовой программе ОМС
	Итого:			

Дата формирования акта: _____

«Передал» Ответственный от МО _____ Дата _____

«Принял» Ответственный от ТФОМС МО _____ Дата _____

ТИПОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЗАГОЛОВКАМ ЭЛЕКТРОННЫХ ПОЧТОВЫХ СООБЩЕНИЙ И ИМЕНАМ ФАЙЛОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБМЕНЕ

При передаче файлов-объектов информационного обмена как вложений в электронные почтовые сообщения (письма) тема (заголовок) письма должна содержать следующую последовательность символов:

<TYPE_FILE>_ННННН[СС][DD]ММYY р [n/v], где:

<TYPE_FILE> - обязательная последовательность символов (текст), служащая для идентификации типа файла-объекта информационного обмена, например «REESTR», «FL», «RS» и т.д.;

ННННН - код МО- юридического лица согласно установленной кодировке;

СС – код СМО или ТФОМС МО согласно установленной кодировке;

При передаче данных о медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица: СС = «99»

DD – день месяца (календарное число). Принимает значения от 01 до 31. Используется при информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 0.

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

02 – февраль

.....

12 – декабрь;

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода;

[] – скобки, указывающие на необязательность фрагмента заголовка в общем случае.

Примечание: Скобки добавлены, т.к. на 0 этапе СС не указывается.

р – порядковый номер (до двух цифр) «Пакета информационного обмена» в рамках которого происходит данный информационный обмен. Присваивается на Этапе 1 в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета Этапа 1 в данном отчетном периоде.

Следующий пакет Этапа 1 в данном отчетном периоде должен формироваться в связи с отменой результатов информационного обмена предыдущим пакетом, например, при наличии ошибок в предыдущем пакете или аннулированием по согласованной с ТФОМС МО инициативе ЛПУ данных реестров счетов. Значение должно быть отделено от двух соседних символами «пробел» (код ASCII - 32). Наличие ведущего нуля в двухсимвольном номере пакета не обязательно, но и не является ошибкой;

n – порядковый номер (до двух цифр) почтового сообщения при отправке пакета файлов информационного обмена несколькими сообщениями. Присваивается в порядке возрастания, без пропусков значений, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего сообщения отправляемого пакета;

/ - разделитель, обязательный символ (код ASCII - 47);

v – количество (до двух цифр) почтовых сообщений при отправке пакета файлов информационного обмена несколькими сообщениями.

Значение n не может превышать значение v.

Если некоторый информационный обмен всегда выполняется одним сообщением, то последовательность значений n/v отсутствует.

Например,

REESTR_300101500511 2 1/3» - отчет от МО с кодом 300101 в адрес ТФОМС МО (код 50) за май 2011 года, пакет № 2, письмо № 1, всего писем, которыми передается пакет – 3.

При информационном обмене файлами формата XML согласно «Общим принципам», Приложение Д имя файла формируется по следующему принципу:

TR_iN_iP_pN_p_YYMMN.XML, где

T – константа, обозначающая передаваемые данные.

N – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи («Общие принципы», Приложение Д, Таблица Д.1)

L – файл персональных данных («Общие принципы», Приложение Д, Таблица Д.2)

P_i – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС МО;

S – СМО;

M – МО.

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

P_p – Параметр, определяющий организацию-получателя:

T – ТФОМС МО;

S – СМО;

M – МО.

N_p – Номер получателя (двузначный код ТФОМС МО 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.

В прочих случаях имена файлам – объектам информационного обмена присваиваются по следующей схеме:

[<TYPE_FILE>][NNNNN][CC][DD]MMYY[PP].<EXT>, где

<TYPE_FILE> - последовательность символов (текст), служащая для идентификации типа файла-объекта информационного обмена. Например : «P», «U», «D», «FL»

NNNNN - код МО- юридического лица согласно установленной кодировке;

CC – код СМО или ТФОМС МО согласно установленной кодировке;

При передаче данных о медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица: CC = «99»

DD – день месяца (календарное число). Принимает значения от 01 до 31. Используется при информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 0.

MM – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

02 – февраль

.....

12 – декабрь;

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода;

PP – порядковый номер пакета информационного обмена;

<EXT> – последовательность расширений файла, указывающая на его формат;

[] – скобки, указывающие на необязательность фрагмента имени в общем случае.

Используются следующие расширения:

.DBF – стандартное расширение имени файла таблицы базы данных формата FoxPro / dBASE IV без мемо-полей (формат DBF)

.ZIP – стандартное расширение имени файла-архива формата ZIP.

.SIG – принятое расширение имени файла, подписанного ЭП.

.ENC – принятое расширение имени файла, зашифрованного СКЗИ.

.ZIP.SIG.ENC – расширение пакета файлов, упакованных в ZIP-архив, подписанных ЭП и зашифрованных СКЗИ.

.PDF – стандартное расширение имени файла формата «Portable Document Format»

ТИПОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К АВТОМАТИЗИРОВАННОМУ ИНФОРМИРОВАНИЮ УЧАСТНИКОВ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ПЕРЕДАЧЕ КОМАНД УПРАВЛЕНИЯ

Примечание

В настоящем Приложении под *Медицинской организацией (МО)* понимается юридическое лицо как участник ОМС, а не отдельное входящее подразделение. Соответственно под кодом МО подразумевается код МО – юридического лица согласно «Справочнику медицинских организаций» НСИ. Под Администратором понимается сотрудник ТФОМС МО, наделенный полномочиями рассылки широковещательных сообщений участникам информационного взаимодействия и управления роботом приема счетов.

Пересдача счетов за период

До того как все активные МО успешно сдали реестры счетов за отчетный период (пока в СМО не ушло сообщение с заголовком REESTRREADY_CCMMYY), пересдача санкционируется автоматически. Для этого МО направляет на Робот сообщение с заголовком:

REESTRRESEND_НННННН00ММYY,

где НННННН - код юр. лица,

«00» – код плательщика, обозначающий пересдачу реестров счетов по всем плательщикам
ММYY - отчетный период.

Примечание: пересдача санкционируется по всем плательщикам, даже в случае изменения реестров счетов только по одному или нескольким (но не всем) плательщикам.

Сообщение должно содержать подписанный текстовый файл

REESTRRESEND_НННННН00ММYY.txt (т.е. REESTRRESEND_НННННН00ММYY.txt.sig). В этом файле в первой строке должен быть текст НННННН00ММYY. Сообщение должно быть отправлено с доверенного электронного почтового адреса.

Все МО и плательщики, для которых (попарно) технически санкционирована пересдача счетов за отчетный период, получают сообщения с заголовком REESTRRESENDREADY_НННННН00ММYY.

После того, как все активные МО успешно сдали реестры счетов за отчетный период (когда в СМО ушло сообщение с заголовком REESTRREADY_CCMMYY), процесс пересдачи (первичной сдачи) реестров счетов осуществляется в соответствии с регламентом, описанным в Приложении 8 к настоящему ОТР.

Для технического санкционирования пересдачи счетов МО по какому-либо плательщику за некоторый отчетный период Администратор ТФОМС МО должен отправить на адрес Робота сообщение с заголовком:

REESTRRESEENDA_ННННННССММYY,

где НННННН - код юр. лица,

СС – код плательщика:

двузначный код СМО в кодировке ТФОМС МО – при пересдаче по конкретной СМО;

«50» – при передаче реестров счетов по МТР;
«99» – при передаче по неидентифицированным и незастрахованным по ОМС лицам;
«00» – при передаче по всем плательщикам
«СС» - при передаче по нескольким плательщикам (перечень плательщиков определяется вложенным файлом)
ММYY - отчетный период.

Сообщение должно содержать подписанный текстовый файл REESTRRESENDA_НННННССММYY.txt (т.е. REESTRRESENDA_НННННССММYY.txt.sig). В этом файле в первой строке должен быть текст НННННССММYY. В случае открытия передачи одновременно по **нескольким** плательщикам, в каждой отдельной строке файла, начиная с первой строки, должен содержаться текст НННННССММYY по каждому из плательщиков, по которым требуется передача. Сообщение должно быть отправлено со специально зарегистрированного адреса электронной почты.

Администратор ТФОМС МО получает от Робота подтверждения АСК1 и АСК2. МО может передавать счета после получения Администратором ТФОМС МО сообщения АСК2.

Все МО и плательщики, для которых (попарно) технически санкционирована передача счетов за отчетный период, получают сообщения с заголовком

REESTRRESENDREADY_НННННССММYY. В случае передачи счетов одной МО в адрес нескольких плательщиков таких сообщений будет несколько (по числу плательщиков за отчетный период). Отсутствие подобного подтверждения (технической санкции) по одному или нескольким плательщикам для конкретной МО означает запрет передачи данных и требует получения консультации у Администратора ТФОМС МО.

После технического санкционирования Администратором ТФОМС МО передачи счетов, предыдущие успешно сданные данные не удаляются, а помещаются в архив.

Если МО отказывается от передачи счёта, Администратор ТФОМС МО должен аналогично описанному выше отправить на адрес Робота письмо с заголовком

REESTRRESENDCANCEL_НННННМММYY. После этого техническая санкция отменяется, а МО получает сообщение с заголовком REESTRRESENDCANCEL_НННННССММYY. СМО получает сообщение с заголовком REESTRRESENDPREV_НННННССММYY без вложений, что означает «данные после технической санкции передачи остались без изменений».

При передаче медицинской организацией реестров счетов новые Сводь по плательщикам, для которых технически санкционирована передача, должны пересылаться безусловно, даже если в таблицах реестров счетов нет никаких изменений сумм и количества записей.

После успешной передачи счетов, в адрес плательщиков поступает сообщение с заголовком REESTRRESENDSIG_НННННССММYY и подписанным сводом во вложении. Если плательщиком является СМО, то удаляются все записи со сведениями о результатах контроля данной СМО объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (МЭК, МЭЭ, ЭКМП) в данной МО в отчетном периоде оказания медицинской услуги (OT_PER_U).

Для передачи реестра счетов медицинская организация должна выполнить действия, предусмотренные настоящим ОТР, начиная с п.6.1.3. В пакет сводов, направляемый на круглосуточно действующий электронный почтовый адрес для приемки данных по каналам электронной почты, должны быть включены все своды по всем плательщикам, в том числе:

- своды, содержащие измененные реестры счетов, по которым передача санкционирована;
- неизменные своды, по которым передача не санкционирована.

В случае отсутствия в архиве медицинской организации последнего успешно принятого пакета, в отношении сводов которого санкционирована передача, медицинская организация имеет возможность запросить из АИС ТФОМС МО данные последнего успешно принятого пакета за отчетный период согласно разделу «Повторная отправка данных сводного отчета абоненту Робота» настоящего Приложения.

Отметка неактивных медицинских организаций

Медицинские организации, которые зарегистрированы в справочнике МО на Роботе, но не отсылают на Робот данные реестров счетов, называются *неактивными*. Остальные – *активные*. По умолчанию все МО активны.

Передача – приемка сведений о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за отчетный период от СМО, заблокированы до успешного приёма пакетов от всех активных МО.

При невозможности своевременного получения электронного отчета за отчетный период от какой-либо МО, например по причине временного отсутствия лицензии или отсутствия застрахованных по ОМС, которым была оказана медицинская помощь, Администратор ТФОМС МО должен объявить такую МО «неактивной». При невыполнении этого действия будет заблокирован процесс приемки данных МЭК, МЭЭ и ЭКМП от СМО *вследствие ожидания отсутствующих данных от МО*.

Для отметки неактивных МО Администратору ТФОМС МО следует отправить на адрес Робота письмо с заголовком INACTIVEUR_ММYY, где ММYY - отчетный период. Письмо должно содержать подписанный ЭП ТФОМС МО файл inuММYY.dbf (т.е. inuММYY.dbf.sig). Этот файл имеет одну колонку (поле) CODE_UR типа CHAR(6) и содержит перечень неактивных МО. Файл inuММYY.dbf может быть пустым, если неактивные МО в отчетном периоде отсутствуют. За один отчетный период сообщение INACTIVE_UR_ММYY может быть отослано несколько раз при изменениях в составе неактивных МО. При этом новый перечень неактивных МО полностью изменяет предыдущий перечень (без добавления).

Если файл inuММYY.dbf содержит код МО, сдавшей успешно в отчетном периоде ММYY реестр счетов, то в приёме такого файла будет отказано (сообщение с темой NACK).

Если МО, входящая в список неактивных, попытается отправить на Робот пакет электронного отчета, то в приёме пакета ей будет отказано с разъяснением о включении в перечень неактивных МО.

Текущий список неактивных МО будет распространяться на следующие отчетные периоды, пока не будет прислан другой файл inuММYY.dbf.

Отправитель сообщения - Администратор ТФОМС МО получает от робота подтверждения АСК1 и АСК2. Адреса, с которых могут отправляться списки неактивных МО, должны быть заранее зарегистрированы на Роботе.

После получения файла inuММYY.dbf Робот рассылает его за подписью ТФОМС МО по всем СМО в сообщениях с заголовком INACTIVEUR_ССММYY, где СС – код СМО. По адресу Администратора ТФОМС МО отсылается сообщение с заголовком INACTIVEUR_50ММYY.

Оповещение об окончании приёма сводных отчетов о медицинской помощи, оказанной застрахованным в Московской области

После того, как все активные МО успешно сдали пакеты отчетов, в адрес всех СМО поступает сообщение с заголовком REESTRREADY_ССММYY, где СС – код СМО, а ММYY - отчетный период. По адресу Администратора ТФОМС МО как получателя сведений о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам и по специально зарегистрированным адресам рассылается сообщение REESTRREADY_ММYY.

Оповещение об окончании приёма сводных отчетов о медицинской помощи, оказанной застрахованным на других территориях РФ

После того, как все активные МО успешно сдали пакеты отчетов и все отчеты о медицинской помощи, оказанной застрахованным на других территориях РФ (далее – отчеты МТР), либо приняты с пустым Протоколом 3, либо скорректированы и заверены, в адрес Администратора ТФОМС МО как получателя сводного отчета МТР и по специально зарегистрированным

адресам поступает сообщение с заголовком MTRREADY_ММYY, где ММYY - отчётный период.

Повторная отправка данных сводного отчета абоненту Робота

Абоненты (МО, СМО, подсистема межтерриториальных расчетов АИС ТФОМС МО – далее абонент МТР) Робота приемки счетов имеют возможность запроса повторной отправки в их адрес электронного письма от Робота с тематическим вложением:

- Протоколом форматно-логического контроля (Протокол 1);
- Протоколом сверки и идентификации по РС ЕРЗ (Протокол 2);
- Протоколом сверки и идентификации по ЦС ЕРЗ (Протокол 3);
- Заверенный ТФОМС МО свод реестра счетов по плательщику.

Для повтора последней (очередной) отправки Робота в свой адрес абонент должен отправить на Робот письмо с заголовком «REPEAT_НННННССММYY [p]», где ННННН - код МО, СС – код плательщика - СМО или ТФОМС МО, ММYY – отчётный период, p – необязательный номер пакета. Если параметр «p» не задан, то будет повторена отправка по последнему пакету, отправленному указанной в запросе МО. МО и абонент МТР отправляют запрос со значением параметра СС равным «50», СМО указывает собственный код. Письмо должно содержать подписанный текстовый файл REPEAT_НННННССММYY.txt (т.е.

REPEAT_НННННССММYY.txt.sig). В этом файле в первой строке должен быть текст НННННССММYY.

В ответ на письмо-запрос абонент получает от робота письмо-подтверждение запроса АСК1, после которого следуют одно из писем с заголовками: «REPEAT FL_НННННССММYY p», «REPEAT RS_ID_НННННССММYY p», «REPEAT CS_ID_НННННССММYY p» или «REPEAT REESTRSIG_НННННССММYY p [n/v]» – в зависимости от содержания последней отправки по запрошенному пакету в адрес абонента. Завершается процесс подтверждением АСК2.

Примечание.

При передаче данных о медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по обязательному медицинскому страхованию лица, параметр СС должен принимать значение «99».

Рассылка широковещательных сообщений

Для рассылки сообщений и файлов в СМО и МО Администратором ТФОМС МО отправляется на адрес Робота ЕХД письмо с темой «BROADCAST_ALL тема сообщения» (без кавычек, тема сообщения - любой текст). После этого по всем зарегистрированным доверенным электронным адресам будет разослано письмо с темой «тема сообщения». Содержание и вложения этого письма будут соответствовать содержанию и вложениям письма, отправленного роботу.

Для рассылки сообщений и файлов только в МО или только в СМО используются письма с заголовком «BROADCAST_LPU тема сообщения» и «BROADCAST_SMO тема сообщения» соответственно.

Для рассылки сообщений и файлов только в определенные МО необходимо отправить на адрес Робота ЕХД письмо с заголовком «BROADCAST_SOME_LPU тема сообщения». Письмо должно содержать подписанный ЭП ТФОМС МО файл some_lpu.dbf (т.е. some_lpu.dbf.sig). Этот файл имеет одну колонку (поле) CODE_UR типа CHAR(6) и содержит перечень МО, для которых необходима рассылка. Помимо файла some_lpu.dbf письмо может содержать любые другие вложения, предназначенные для отправки в МО. После отправки письма на Робот ЕХД по всем зарегистрированным доверенным электронным адресам МО, чьи коды указаны в файле some_lpu.dbf, будет разослано письмо с темой «тема сообщения». Содержание и вложения

этого письма будут соответствовать содержанию и вложениям письма, отправленного роботу. Вложение some_lru.dbf не отправляется на доверенные электронные адреса МО. Отправитель сообщения - Администратор ТФОМС МО получает от Робота подтверждения АСК1 и АСК2.

Для рассылки сообщений и файлов только в определенные СМО необходимо отправить на адрес Робота ЕХД письмо с заголовком «BROADCAST_SOME_SMO тема сообщения». Письмо должно содержать подписанный ЭП ТФОМС МО файл some_smo.dbf (т.е. some_smo.dbf.sig). Этот файл имеет одну колонку (поле) MSK_ОТ типа CHAR(2) и содержит перечень СМО, для которых необходима рассылка. Помимо файла some_smo.dbf письмо может содержать любые другие вложения, предназначенные для отправки в СМО. После отправки письма на Робот ЕХД по всем зарегистрированным доверенным электронным адресам СМО, чьи коды указаны в файле some_smo.dbf, будет разослано письмо с темой «тема сообщения». Содержание и вложения этого письма будут соответствовать содержанию и вложениям письма, отправленного роботу. Вложение some_smo.dbf не отправляется на доверенные электронные адреса СМО.

Отправитель сообщения – Администратор ТФОМС МО получает от Робота подтверждения АСК1 и АСК2.

«Утверждаю»
Руководитель МО

_____/_____/_____
« » _____ 202_ г

Акт

приемки-передачи данных об оказанной медицинской помощи не идентифицированным как застрахованные и не застрахованным по ОМС»

Отчетный период: _____ (месяц, год)
Код и наименование МО: _____

Реквизиты свода данных:

Имя файла	Дата последней модификации	Время последней модификации	Размер (байт)

Состав свода данных, переданных в порядке информационного взаимодействия:

Имя файла	Дата последней модификации	Время последней модификации	Размер (байт)	Количество записей

Контрольные показатели зарегистрированных данных:

Код МО	Наименование МО	Сумма к оплате
	Итого:	

Дата формирования акта: _____

«Передал» Ответственный от МО _____ Дата _____

«Принял» Ответственный от ТФОМС МО _____ Дата _____

**РЕГЛАМЕНТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ, СВЯЗАННЫХ С ИСПОЛНЕНИЕМ ДОГОВОРОВ В
СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. Настоящий регламент определяет порядок взаимодействия МО, СМО и ТФОМС МО при:

1.1 доработке МО и представлении в СМО отклоненного ранее от оплаты (по результатам проведенного СМО контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи) счета на оплату медицинской помощи и реестра счетов;

1.2 первичном представлении МО в СМО счета и реестра счетов на оплату медицинской помощи либо их доработке по результатам выявленных МО ошибок, по истечении срока, установленного договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

1.3 первичном представлении МО в ТФОМС МО счета и реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования, либо их доработке по результатам выявленных МО ошибок, по истечении срока, установленного договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, за медицинскую помощь, оказанную неидентифицированным и незастрахованным по ОМС лицам).

2. Основанием для представления МО в СМО доработанных счета и реестра счетов, вместо отклоненных ранее от оплаты, является наличие акта медико-экономического контроля, согласно которому счет и реестр счетов полностью отклоняются от оплаты, а также письменного запроса МО в СМО с изложением причин и обстоятельств, приведших к необходимости передачи счета и реестра счетов.

3. Действия медицинской организации:

3.1 при наличии обстоятельств, указанных в п.1.1 настоящего регламента, не позднее 20 рабочих дней с даты получения акта медико-экономического контроля, направить уведомление в адрес каждой СМО, в которую МО планирует представить на оплату счет и реестр счетов. В уведомлении должны быть указаны причины (основания) для повторного выставления счета и реестра счетов и планируемый медицинской организацией для передачи срок. Уведомление составляется в письменном виде и направляется в СМО на бумажном или электронном носителе (по согласованию сторон);

3.2 при наличии обстоятельств, указанных в п.1.2 настоящего регламента, направить запрос в адрес каждой СМО, в которую МО планирует представить на оплату счет и реестр счетов. В запросе должны быть указаны причины (основания) задержки счета и реестра счетов и планируемый медицинской организацией для сдачи (передачи) срок. Запрос составляется в письменном виде и направляется в СМО на бумажном или электронном носителе (по согласованию сторон);

3.3 при наличии обстоятельств, указанных в п.1.3 настоящего регламента, направить запрос в адрес ТФОМС МО. В запросе должны быть указаны причины (основания) задержки счета и реестра счетов и планируемый медицинской организацией для сдачи (передачи) срок. Запрос составляется в письменном виде и направляется в ТФОМС МО на бумажном или электронном носителе;

3.4 направить копию уведомления или запроса в СМО и копии ответа СМО по электронной почте на специально выделенный для этих целей электронный почтовый адрес ТФОМС МО: reaccount@mofoms.ru.

3.5 после получения электронного почтового сообщения о техническом разрешении передачи (первичной сдачи) счета и реестра счетов от автоматического программного обеспечения (робота) приемки счетов ТФОМС МО, не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта медико-экономического контроля или не позднее 3 рабочих дней с даты получения согласия СМО на передачу (первичную сдачу с задержкой срока выставления счета) произвести сдачу счета и реестра счетов.

Для передачи (первичной сдачи) реестра счетов медицинская организация должна выполнить действия, предусмотренные настоящим ОТР, начиная с п.6.1.3. В пакет сводов, направляемый на круглосуточно действующий электронный почтовый адрес для приемки данных по каналам электронной почты, должны быть включены все своды по всем плательщикам, в том числе:

- своды, содержащие измененные реестры счетов, по которым передача санкционирована;
- неизмененные своды, по которым передача не санкционирована.

4. Действия страховой медицинской организации:

4.1 получив от медицинской организации уведомление или запрос, указанные в п.п. 3.1-3.2 настоящего регламента, рассмотреть его в течение трех рабочих дней и направить ответ в медицинскую организацию на бумажном носителе или электронном носителе (по согласованию сторон);

4.2 после получения электронного почтового сообщения о техническом разрешении передачи (первичной сдачи) счета и реестра счетов от автоматического программного обеспечения (робота) приемки счетов ТФОМС МО и подписанного электронными подписями медицинской организации и ТФОМС МО счета и реестра счетов произвести его приемку в соответствии с настоящим ОТР;

4.3 в течение 10 рабочих дней произвести медико-экономический контроль и в течение 10 рабочих дней представить в ТФОМС МО скорректированные сведения о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с ОТР «Передача – приемка из СМО сведений о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам» (далее – ОТР-ИВ-8).

5. Действия ТФОМС МО:

5.1 обеспечить работу специально выделенного электронного почтового адреса для информирования ТФОМС МО с целью управления автоматическим программным обеспечением (роботом) приемки счетов;

5.2 при наличии копий уведомления или запроса от медицинской организации и сообщения о готовности (согласии) страховой медицинской организации на повторную (отложенную) приемку к оплате счета и реестра счетов, направить в день получения копии ответа СМО на робот приемки счетов управляющую команду, разрешающую участникам информационного взаимодействия осуществить установленные ОТР-ИВ-7 процедуры информационного взаимодействия;

5.3 принять у СМО повторный отчет о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с ОТР-ИВ-8;

5.4 получив от медицинской организации запрос, указанный в п.3.3 настоящего регламента, рассмотреть его в течение трех рабочих дней и направить ответ в медицинскую организацию. При наличии оснований и возможности принять счет и реестр счетов направить на робот приемки счетов управляющую команду, разрешающую медицинской организации осуществить установленные ОТР-ИВ-7 процедуры информационного взаимодействия

5.5 в случае наличия копии запроса от медицинской организации и отсутствия копии сообщения о готовности (согласии) страховой медицинской организации на повторную

(отложенную) приемку к оплате счета и реестра счетов управляющая команда на работ приемки счетов не направляется, процедура информационного взаимодействия не выполняется;

5.6 в случае отсутствия копии запроса от медицинской организации и наличия копии сообщения о готовности (согласии) страховой медицинской организации на повторную (отложенную) приемку к оплате счета и реестра счетов управляющая команда на работ приемки счетов не направляется, процедура информационного взаимодействия не выполняется;

5.7 после получения счета и реестра счетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Московской области, и неидентифицированным и незастрахованным по ОМС лицам, выполнить определенные нормативными правовыми актами и регламентами ТФОМС МО процедуры по прикладной обработке реестра счетов, контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Протокол контроля объемов оказанной медицинской помощи

Отчетный период: _____ (месяц, год)

Код и наименование МО: _____

Объемный способ финансирования (VID_SF='09')

Группа планирования		Значение показателя (в единицах объема) распределения объема медицинской помощи на отчетный период	Значение показателя (в единицах объема) фактически выполненных объемов медицинской помощи	Значение показателя (в единицах объема) выполнения плана объемов медицинской помощи («+» остаток объемов, «-» превышение объемов)
Код	Наименование			
1	2	3	4	5

Подушевой способ финансирования (VID_SF='14')

Группа планирования		Значение показателя (в единицах объема) распределения объема медицинской помощи на отчетный период	Значение показателя (в единицах объема) фактически выполненных объемов медицинской помощи	Значение показателя (в единицах объема) выполнения плана объемов медицинской помощи («+» остаток объемов, «-» превышение объемов)
Код	Наименование			
1	2	3	4	5

Дата формирования: _____

Сводная справка к Реестру счетов № _____
за « _____ » 20__ г.
(месяц)

Представлена в _____
Наименование СМО

Код и наименование Медицинской организации _____

Уровень медицинской организации _____

Медицинская помощь							
Профиль	Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Тариф Т (Т _{не}) (руб.)	Сумма	Пацие нты (чел.)
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС:							
<i>Стационарно</i>							
<i>- специализированная медицинская помощь</i>							
					X		
<i>- высокотехнологичная медицинская помощь</i>							
					X		
<i>-гемодиализ</i>							
					X	<i>Итого 1</i>	
<i>Амбулаторно</i>							
					X	<i>Итого 2</i>	
<i>Дневные стационары всех типов</i>							
					X	<i>Итого 3</i>	
<i>Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)</i>							
					X	<i>Итого 4</i>	
ИТОГО							

*в том числе в рамках межучрежденческих расчетов _____ руб.

Руководитель _____ / _____
(ФИО) (подпись)

Главный бухгалтер _____ / _____
(ФИО) (подпись)

МП
«__» _____ 20__ г.

Представлена в _____
ТФОМС МО

Сводная справка к Реестру счетов-«иногородние» № _____
за « _____ » 20__ г.
(месяц)

Код и наименование Медицинской организации _____

Группа _____ Категория _____ (круглосуточный стационар)

Группа _____ Категория _____ (поликлиника)
_____ (станция скорой медицинской помощи)

Медицинская помощь							
Профиль	Код	Наименование	Ед. изм.	Кол-во	Тариф Т (Т _{пе}) (руб.)	Сумма (руб.), целое число	Пациенты (чел.)
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС							
<i>Стационарно</i>							
					X	<i>Итого 1</i>	
<i>Амбулаторно</i>							
					X	<i>Итого 2</i>	
<i>Дневные стационары всех типов</i>							
					X	<i>Итого 3</i>	
<i>Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)</i>							
					X	<i>Итого 4</i>	
ИТОГО							

Всего к оплате (ИТОГО) _____ руб.
(сумма прописью, целое число)

Руководитель _____ / _____
(ФИО) (подпись)

Главный бухгалтер _____ / _____
(ФИО) (подпись)

МП
«__» _____ 20__ г.

Представлена в _____
Код и наименование СМО

Сводная справка к Реестру счетов (медицинская помощь, оказываемая в фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах)

№ _____
за « _____ » 20__ г.
(месяц)

Код и наименование Медицинской организации _____

Медицинская услуга						
Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Тариф Т (Т _{пс}) (руб.)	Сумма (руб.), целое число	Пациенты (чел.)
1	2	3	4	5	6=5*4	7
ИТОГО по ФАП с учетом Коэффициента доведения до финансового плана:						

Всего к оплате (ИТОГО) _____ руб.
(сумма прописью, целое число)

Руководитель _____ / _____
(ФИО) (подпись)

Главный бухгалтер _____ / _____
(ФИО) (подпись)

МП
«__» _____ 20__ г

Справка по подушевому финансированию № _____
(«подушевое» финансирование амбулаторной помощи)
в СМО _____
наименование СМО

от Медицинской организации _____
наименование медицинской организации

Код _____
Уровень _____

за _____ 20__ г.
(месяц)

Медицинская услуга				Кол-во	Тариф Т (Т _{пс}) (руб.)	Сумма (руб.), <i>целое число</i>	Число пациентов (чел.)
Профиль	Код	Наименование	Ед. изм.				
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС							
<i>Амбулаторно</i>							
ИТОГО сформировано на сумму по учету медицинских услуг							
Всего Сумма к оплате (Сумма Заявки)							

Значение коэффициента списания ($K_{сп} = \text{Сумма Заявки} / \text{Сумма (гр. 7)}$): _____ (округляется до 8 знаков после запятой)

Всего к оплате (сумма по Заявке) _____ руб.
(сумма прописью, целое число)

Руководитель _____ / _____
(ФИО) (подпись)

Главный бухгалтер _____ / _____
(ФИО) (подпись)

МП
«__» _____ 20__ г.»

Справка по подушевому финансированию № _____
(«подушевое» финансирование скорой медицинской помощи)
в СМО _____
наименование СМО

от Медицинской организации _____
наименование медицинской организации

Код _____
Уровень _____

за _____ 20__ г.
(месяц)

Медицинская услуга				Кол-во	Тариф Т (Т _{пс}) (руб.)	Сумма (руб.), <i>целое число</i>	Число пациентов (чел.)
Профиль	Код	Наименование	Ед. изм.				
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС							
<i>Вне медицинской организации</i>							
ИТОГО сформировано на сумму по учету медицинских услуг							
Всего Сумма к оплате (Сумма Заявки)							

Значение коэффициента списания ($K_{сп} = \text{Сумма Заявки} / \text{Сумма (гр. 7)}$): _____ (округляется до 8 знаков после запятой)

Всего к оплате (сумма по Заявке) _____ руб.
(сумма прописью, целое число)

Руководитель _____ / _____
(ФИО) (подпись)

Главный бухгалтер _____ / _____
(ФИО) (подпись)

МП
«__» _____ 20__ г.»

Справка по подушевому финансированию № _____
(«подушевое» финансирование всех условий оказания медицинской помощи с учетом межучрежденческих расчетов)

в СМО _____
наименование СМО

от Медицинской организации _____
наименование медицинской организации

Код _____
Уровень _____

за _____ 20__ г.
(месяц)

Медицинская услуга				Кол-во	Тариф Т (Т _{пс}) (руб.)	Сумма (руб.), <i>целое число</i>	Число пациентов (чел.)
Профиль	Код	Наименование	Ед. изм.				
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС							
<i>Круглосуточный стационар</i>							
					X	<i>Итого КС</i>	
<i>Дневные стационары всех типов</i>							
					X	<i>Итого ДС</i>	
<i>Амбулаторно</i>							
					X	<i>Итого АПП</i>	
ИТОГО сумма по учтенным медицинским услугам						<i>Итого</i>	
						<i>Заявка</i>	
Всего Сумма к оплате (по Заявке при Ксп#0)							

Значение коэффициента списания:

$K_{сп} = \text{Заявка/Итого (гр. 7)} = \underline{\hspace{2cm}}$ (округляется до 8 знаков после запятой).

1. Итого к оплате (Заявка, при Ксп#0)

_____ руб.
(сумма прописью, целое число)

Медицинская услуга				Кол-во	Тариф Т (Т _{пс}) (руб.)	Сумма (руб.), <i>целое число</i>	Число пациентов (чел.)
Профиль	Код	Наименование	Ед. изм.				
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС							
<i>Амбулаторно (в рамках межучрежденческих расчетов)</i>							
					X	<i>Итого</i>	

2. Итого к оплате (в рамках межучрежденческих расчетов)

_____ руб.
(сумма прописью)

Всего к оплате с учетом межучрежденческих расчетов

(1+2) _____ руб.
(сумма прописью)

Руководитель _____ / _____
(ФИО) (подпись)

Главный бухгалтер _____ / _____
(ФИО) (подпись)

**Заявление
на регистрацию/исключение участника информационного взаимодействия
автоматизированных информационных систем участников обязательного
медицинского страхования на территории Московской области**

_____ (наименование организации, включая организационно-правовую форму)
В лице _____,
_____ (должность)
_____,
_____ (фамилия, имя, отчество)

действующего на основании _____
просит с целью информационного взаимодействия в рамках ОТР-ИВ-7 и
предоставления сведений на робот ТФОМС МО reestrin@mofoms.ru
зарегистрировать/исключить⁴ участника информационного взаимодействия (далее
– ИВ) со следующими регистрационными данными:

Наименование организации	
Код организации присвоенный в реестре ТФОМС МО	
Доверенный адрес электронной почты, планируемый к взаимодействию в рамках ИВ	
ФИО участника ИВ	
Должность участника ИВ	
Серийный номер сертификата ключа проверки электронной подписи участника ИВ	

Должность участника ИВ⁵

_____/_____
(подпись) (Фамилия И.О.)

Должность руководителя организации

_____/_____
(подпись) (Фамилия И.О.)

М.П.

« ____ » _____ 20__ г.

⁴ Выбрать нужное.

⁵ Не заполняется если участник ИВ и руководитель организации одно лицо.