

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-7.1912** от 25.12.2019

## 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.....	20
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 .....	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 в разрезе СМО 28	
6.3.8 Условие завершения этапа .....	30
6.4 Этап 4. Выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, определение их территории страхования и действующего номера полиса ОМС .....	31

6.4.1	Условия начала этапа.....	31
6.4.2	Сроки действий .....	31
6.4.3	Действия участников на этапе .....	31
6.4.4	Способ передачи и приема документов.....	34
6.4.5	Состав передаваемых документов.....	35
6.4.6	Порядок и формы контроля данных.....	35
6.4.7	Условие завершения этапа .....	35
6.5	Этап 5. Определение территории страхования и действующего номера полиса ОМС по запросу страховой принадлежности обратившихся пациентов.....	35
6.5.1	Условия начала этапа.....	35
6.5.2	Сроки действий .....	36
6.5.3	Действия участников на этапе .....	36
6.5.4	Способ передачи и приема документов.....	36
6.5.5	Состав передаваемых документов.....	37
6.5.6	Порядок и формы контроля данных.....	37
6.5.7	Условие завершения этапа .....	37
7.	Объекты информационного обмена .....	37
7.1	Форматы объектов .....	37
7.2	Объект «Пациент».....	37
7.2.1	Краткая характеристика объекта .....	37
7.2.2	Структура объекта.....	38
7.2.3	Правила контроля объекта .....	40
7.3	Объект «Медицинская услуга».....	45
7.3.1	Краткая характеристика объекта .....	45
7.3.2	Структура объекта.....	46
7.3.3	Правила контроля объекта .....	49
7.4	Объект «Медицинский работник».....	68
7.4.1	Краткая характеристика объекта .....	68
7.4.2	Структура объекта.....	68
7.4.3	Правила контроля объекта .....	69
7.5	Объект «Коэффициент изменения тарифа» .....	69
7.5.1	Краткая характеристика объекта .....	69
7.5.2	Структура объекта.....	70
7.5.3	Правила контроля объекта .....	70
7.6	Объект «Показатель текущего месячного плана медицинской организации».....	72
7.6.1	Краткая характеристика объекта .....	72
7.6.2	Структура объекта.....	72
7.6.3	Правила контроля объекта .....	73
7.9	Объект «Время оказания скорой медицинской помощи».....	74
7.9.1	Краткая характеристика объекта .....	74
7.9.2	Структура объекта.....	74
7.9.3	Правила контроля объекта .....	74
7.10	Объект «Медицинские мероприятия первого этапа диспансеризации взрослого населения».....	75
7.10.1	Краткая характеристика объекта .....	75
7.10.2	Структура объекта .....	76
7.10.3	Правила контроля объекта .....	76
7.11	Объект «Случай оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико- статистических групп (КСГ)» .....	78
7.11.1	Краткая характеристика объекта .....	78
7.11.2	Структура объекта .....	78
7.11.3	Правила контроля объекта .....	79

7.12 Объект «Формула зуба» .....	92
7.12.1 Краткая характеристика объекта .....	92
7.12.2 Структура объекта .....	92
7.12.3 Правила контроля объекта .....	93
7.13 Объект «Сведения о диспансеризации, профилактических осмотрах и назначениях» .....	93
7.13.1 Краткая характеристика объекта .....	93
7.13.2 Структура объекта .....	94
7.13.3 Правила контроля объекта .....	94
7.14 Объект «Сведения о лечении онкологического заболевания или медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование» .....	97
7.14.1 Краткая характеристика объекта .....	97
7.14.2 Структура объекта .....	97
7.14.3 Правила контроля объекта .....	99
8. Конечный результат процесса обмена .....	106
9. Обязанности сторон .....	107
10. Основания для отказа в осуществлении процедур и порядок обжалования .....	107
11. Порядок получения консультаций по процессу обмена .....	108
Приложение 1 .....	109
Приложение 2 .....	110
Приложение 3 .....	111
Приложение 4 .....	112
Приложение 5 .....	113
Приложение 6 .....	116
Приложение 7 .....	121
Приложение 8 .....	122
Приложение 9 .....	125
Приложение № 10 .....	126
Приложение № 10а .....	127
Приложение № 10б .....	128
Приложение № 10в .....	129
Приложение № 11 .....	130
Приложение № 11а .....	131
Приложение № 11б .....	132

## 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, «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
ЭПУ	Электронный портал управления системой ОМС Московской области в ТФОМС МО

## 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 персонифицированного 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 присоединились к «Регламенту предоставления услуг Удостоверяющего центра электронной цифровой подписи автоматизированных информационных систем единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования», утвержденному Приказом ФОМС от 29.04.2011 № 89, согласно которому обеспечены рабочие места, оборудованные СКЗИ, участники обменялись действующими Сертификатами ключа проверки (далее – Сертификатами) ЭП. Сотрудники МО должны быть обучены использованию СКЗИ и ЭП.

#### **Примечания**

Обмен действующими, недействующими и отозванными Сертификатами ЭП участников информационного обмена производится через ЭПУ.

В порядке исключения допускается обмен Сертификатами ЭП участников информационного обмена 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», по форме, установленной «Методическими указаниями по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденными Председателем ФОМС 30 декабря 2011 г.

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 р** (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 работа 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 филиалов ТФОМС МО по шаблону <Адрес филиала>@mofoms.ru;
- электронные почтовые адреса МО, зарегистрированные в качестве таковых в управлении информационного обеспечения ТФОМС МО согласно официальному письму МО или ходатайству филиала ТФОМС МО в отношении подведомственных ему 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 файлу 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 архивированным 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 протокола 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, предварительный расчет коэффициента соответствия согласованным объемам (Кс). Участники информационного взаимодействия присоединились к «Регламенту предоставления услуг Удостоверяющего центра электронной цифровой подписи автоматизированных информационных систем единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования», утвержденному Приказом ФОМС от 29.04.2011 № 89, согласно которому обеспечены рабочие места, оборудованные СКЗИ, участники обменялись действующими Сертификатами ключа проверки (далее – Сертификатами) ЭП. Сотрудники МО должны быть обучены использованию СКЗИ и ЭП.

### **Примечания**

Обмен действующими, недействующими и отозванными Сертификатами ЭП участников информационного обмена производится через ЭПУ.

В порядке исключения допускается обмен Сертификатами ЭП участников

информационного обмена 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 «**декабрь 2019 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 филиале ТФОМС МО (по месту расположения МО) и в офисе ТФОМС МО по адресу г.Москва, Бутырская ул. д.46 стр.1, комната 402 (для МО областного, ведомственного и федерального подчинения, выполняющих государственный заказ) 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 пересдачи 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 пересдачи 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»;
- «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 ОТП, 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 p n/v – для проверочного режима;**

**REESTR\_ННННН50ММYY p n/v – для контрольного режима и для режима санкционированной пересдачи 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 пересдачи реестров счетов остается неизменной типовая тема электронного письма-пакета (**REESTR\_ННННН50ММYY p 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 тема письма должна оканчиваться на «... 1/1». 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 филиалов ТФОМС МО по шаблону <Адрес филиала>@mofoms.ru;
- электронные почтовые адреса МО, зарегистрированные в качестве таковых в управлении информационного обеспечения ТФОМС МО согласно официальному письму МО или ходатайству филиала ТФОМС МО в отношении подведомственных ему 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 ЭПУ, 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 именования:

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

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

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

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

«Протокол текущего месячного плана и фактических объемов медицинской организации» – **ТССММYY.DBF**

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

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

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

«Формула зуба» – **ЗССММYY.DBF**;

«Сведения о диспансеризации, профилактических осмотрах и назначениях» – **НССММYY.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 ОТР для базовой программы и приложением № 10б и приложением № 10в («иногородние») для сверхбазовой программы.

«Сводная справка» – **СССММYY.PDF**. Файл должен быть включён в свод при наличии реестров счетов по базовой и/или сверхбазовой 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 ОТР и Справка по подушевому финансированию («подушевое» финансирование скорой медицинской помощи) по форме согласно Приложению № 11а к настоящему ОТР, или Справка по подушевому финансированию («подушевое» финансирование **всех условий оказания медицинской помощи**) по форме согласно Приложению № 11б к настоящему ОТР).

«Справка по подушевому финансированию А» – **ОаССММYY.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» – **ОсССММYY.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» – **ОуССММYY.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;**
- 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.**

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\_ННННННDDMMYY.P.ZIP** (см.Приложение 5).

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 1:

**FLНННННН50MMYY.P.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 не выполнения этих требований со стороны МО и выставления в СМО для дальнейшей обработки Пакета, не удостоверенного ЭП ТФОМС МО, ответственность за отклонение от оплаты СМО по результатам форматно-логического или медико-экономического контроля 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\_ННННННDDMMYY p** (см.Приложение 5).

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 1:

**«FL\_НННННН50MMYY 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 форма 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

### 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 действующем на дату окончания оказания медицинской услуги полисе ОМС, выданном в Московской области, у застрахованных лиц (их представителей), учтенных в «Реестрах пролеченных пациентов» (файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, файлах персональных данных) МО.

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;

- 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 Свод шифруется 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.

Сводьы, 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 Сводьы;
- проверяет заверяющую ЭП ТФОМС МО.
- помещает сводьы, подписанные ЭП МО и ЭП ТФОМС МО, в электронный архив счетов.

При необходимости указанные Сводьы 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.

#### **6.3.4 Способ передачи и приема документов**

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

- в явочном порядке в филиале ТФОМС МО (по месту расположения МО) или в офисе ТФОМС МО по адресу г. Москва, ул. Бутырская д.46 стр.1, комн.402 (для МО областного, ведомственного и федерального подчинения, выполняющих государственный заказ) 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\_ННННН50ММУУ р»** (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 Сводьов, заверенных ЭП ТФОМС МО, тема письма должна содержать следующий набор текста:

### «REESTRSIG\_ННННН50ММУУ р 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\_НННННССММУУ р» (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:

### RSННННН50ММУУРР.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**

- Записи о событии сверки с кодами RSV32 и RSV 42 вносятся в Протокол 2, если процесс информационного взаимодействия начат с Этапа 0.
- 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.

### 6.3.7 Анализ выполнения плановых объемов оказанной медицинской помощи в разрезе СМО

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 в разрезе СМО, условий оказания медицинской помощи и групп планирования, прикладным программным обеспечением ТФОМС МО анализируется выполнение плановых объемов оказанной медицинской помощи в разрезе СМО.

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;
- Код СМО в едином реестре ОМС;
- 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 = “ММYY”, где ММ – 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.

Протокол 5 (файл QCCMYY.dbf) и Приложение 9 (файл QCCMYY.pdf) включаются в Свод медицинской организации для всех СМО. В Протокол 5 и Приложение 9 должны включаться:

- Группы, в которых для указанных СМО и МО запланированы объемы медицинской помощи в отчетном периоде или заполнено значение показателя превышения объемов ((QMVMMYY.VALUE\_V > 0 или QMVMMYY.VALUE\_X > 0) и QMVMMYY.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 QMVMMYY.dbf или значение QMVMMYY.VALUE\_V = 0), но в своде присутствуют записи, относящиеся к этим группам.

В Протокол 5 не включаются группы GR\_PLAN={'GD', 'PD', 'RPM', 'RSC'}.

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

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

## Структура файла Протокола 5:

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	Код СМО в едином реестре ОМС	SMOCOD	CHARACTER	5
4	Условия оказания медицинской помощи	USL_OK	NUMERIC	1
5	Группа услуг	GR_PLAN	CHARACTER	3
6	Значение планового показателя (в единицах объема)	VALUE_V	NUMERIC	16
7	Значение фактического показателя (в единицах объема)	FACT_V	NUMERIC	16
8	Значение показателя перевыполнения (в единицах объема)	DELTA_V	NUMERIC	16

### Порядок расчета фактических объемов оказанной медицинской помощи (значение поля FACT\_V файла «Протокола 5» (QCCMMYY.dbf)).

GR\_PLAN – значение поля справочника MDUMMY.GR\_PLAN для записи файла UCCMMYY.DBF со значением поля MDUMMY.CODE\_USL=UCCMMYY.CODE\_USL.

- Расчет фактических объемов осуществляется для записей UCCMMYY.VID\_SF={'09','14'} за исключением:
  - MDUMMY.ED\_IZM = '12'
  - MDUMMY.GR\_PLAN = 'RPM'
  - MDUMMY.GR\_PLAN = {'GD', 'PD'} and UCCMMYY.USL\_OK = 1
- Для услуг, относящихся к планируемому показателю GR\_PLAN='RP':
  - Для медицинской помощи, оказанной в периоды ММYY с '0119' по '0419' включительно (OT\_PER\_U={'0119', '0219', '0319', '0419'}), фактический объем (FACT\_V) по QCCMMYY.GR\_PLAN='OA' (обращение по поводу заболевания) равен количеству сочетаний (сформированных согласно п.7.3.1.1) в отчетном месяце у пациента двух и более услуг с GR\_PLAN='RP' с признаком MDUMMY.DOP\_M=1 (первичный прием) и/или MDUMMY.DOP\_M=2 (повторный прием) с одинаковым профилем медицинской помощи (UCCMMYY.PROFIL), одинаковой группой заболевания (диагноз по МКБ10 до 3 знаков) LEFT(UCCMMYY.MKB1,3) и P\_CEL='3.0'.
  - Для медицинской помощи, оказанной в периоды ММYY начиная с '0519' (OT\_PER\_U=>'0519'), фактический объем (FACT\_V) по QCCMMYY.GR\_PLAN='OA' (обращение по поводу заболевания) равен количеству медицинских услуг в отчетном месяце с MDUMMY.GR\_PLAN='OA'.
  - Фактический объем (FACT\_V) по GR\_PLAN='RP' (посещение по поводу заболевания) равен суммарному значению количества оказанных медицинских услуг UCCMMYY.KOL\_USL для услуг с GR\_PLAN='RP', не вошедших в фактический объем для QCCMMYY.GR\_PLAN='OA'.

- Для 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  $ROUND(UCCMMYY.KOL_USL * MDUMMY.KOL_UET, 2)$ .
  - Фактический объем (FACT\_V) по GR\_PLAN='UE' равен целочисленной части суммарного количества УЕТ по оказанным медицинским услугам, относящимся к планируемому показателю GR\_PLAN='UE'.

### Порядок формирования файла «Протокола 5» QCCMMYY.dbf и «Приложения 9»

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:

- Разовые и профилактические посещения (QCCMMYY.GR\_PLAN='A1'). Включает в себя:
  - Разовые посещения по заболеванию (GR\_PLAN='RP') (при расчете фактических объемов для отчетных периодов OT\_PER\_U={'0119', '0219', '0319', '0419'} необходимо исключить записи, вошедшие в группу QCCMMYY.GR\_PLAN='OA' – обращения по заболеванию)
  - Профилактические посещения (GR\_PLAN='PP')
  - Посещения с иными целями (GR\_PLAN='IP')
  - Диспансеризация (GR\_PLAN='DP')
- Томографические методы исследований (QCCMMYY.GR\_PLAN='A2'). Включает в себя:
  - Компьютерная томография (GR\_PLAN='КТ')
  - Магнитно-резонансная томография (GR\_PLAN='MT')
  - Позитронно-эмиссионная томография (GR\_PLAN='PT')
  - Сцинтиграфическое исследование (GR\_PLAN='ST')
- Гемодиализ и перитонеальный диализ (QCCMMYY.GR\_PLAN='A3'). Включает в себя:
  - Гемодиализ (GR\_PLAN='GD')
  - Перитонеальный диализ (GR\_PLAN='PD')
- Для остальных совокупностей записей файла UCCMMYY.DBF с иными условиями отбора в группу GR\_PLAN='XX' (XX – любые допустимые значения из справочника SBRMMYY): FACT\_V равен суммарному значению количества оказанных медицинских услуг UCCMMYY.KOL\_USL.

### 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.

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

**4** 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 <sup>1</sup>	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.

ТФОМС МО направляет на электронный доверенный адрес МО отдельными электронными письмами Протокол 3 и Идентифицированный Свод (последний

<sup>1</sup> 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.

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 филиале ТФОМС МО (по месту расположения МО) или в офисе ТФОМС МО по адресу г. Москва, ул. Бутырская, д.46, стр.1, комн.402 (для МО областного, ведомственного и федерального подчинения, выполняющих государственный заказ) 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\_ННННН50ММУУ 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:

**CSННННН50ММУУРР.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 5.

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:

**APIDNNNNHDDMMYYP.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 USSMMYY.OT\_PER\_U<USSMMYY.OT\_PER производить с использованием последней версии пакета НСИ, соответствующего отчетному периоду оказания медицинской услуги (USSMMYY.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 8

№ 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 <sup>2</sup>	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	О	У	PASP_NUM	CHR	12
21.	Вид документа, удостоверяющего личность пациента	У	О	У	PASP_VID	CHR	2
22.	Фамилия законного представителя пациента	У	У	У	FAM1	CHR	40

<sup>2</sup> В том числе для граждан других государств, застрахованных по ОМС в РФ

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 рождения)	У	У	У	PASP_VID_P	CHR	2
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 - значение должно превышать дату {01/01/1900} и не превышать дату, предшествующую дате последнего дня отчетного периода на 14 лет.

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 начиная с отчетного периода `OT_PER_U >= «1911»`: `300<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 9

№ 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	
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 10**

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	Иностраный паспорт	S	S9
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	S9
22	Документ лица без гражданства	S1	S9
24	Свидетельство о рождении, выданное не в Российской Федерации	S1	S9 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	9999999
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. Поле ENP обязательно для заполнения при DOMC\_TYPE = '03'

16. 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 меньше последнего дня отчетного месяца.

### **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, оказанной в периоды ММYY с '0119' по '0419' включительно (OT\_PER\_U={'0119', '0219', '0319', '0419'}), **обращением амбулаторным** (кроме "стоматологии") является набор выставленных в одном и том же отчетном периоде (месяце) по USL\_OK=3 по одному и тому же пациенту (совокупность полей OT\_PER+ MSK\_OT+ CODE\_LPU+ PERSCODE) из двух и более медицинских услуг с признаком **P\_CEL='3.0'** и MDUMMY.GR\_PLAN='RP', содержащий не более одного первичного приема (MDUMMY.DOP\_M='1') и/или не менее одного повторного приема (MDUMMY.DOP\_M='2'), следующего за первичным приемом по дате оказания услуги (DATE\_IN), при его (первичного) наличии. Группировка услуг у пациента происходит по профилю (PROFIL) и основному заболеванию, входящему в одну и ту же группу МКБ10 [left(МКБ1,3)]. Контроль принадлежности медицинской услуги к поликлиническому обращению производится по совокупности полей: OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ VID\_MP+ USL\_OK+ PROFIL+ left(МКБ1,3)+ P\_CEL с учётом дат оказания медпомощи. Следующий в хронологическом порядке после повторного приема первичный прием, относящийся к той же совокупности полей, считается относящимся к следующему обращению того же пациента.
- Для медицинской помощи, оказанной в периоды ММYY начиная с '0519' (OT\_PER\_U=>'0519'), **обращением амбулаторным** (кроме "стоматологии"), является медицинская услуга LEFT(MDUMMY.GR\_PLAN,2)='OA'.
- **стоматологическое** обращение (LEFT(MDUMMY.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+ MSK\_OT+ CODE\_LPU+ PERSCODE) 2 и более медицинские услуги с left(CODE\_USL,1)='B' с признаком MDUMMY.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(МКБ1,3)], с возможным сопутствующим набором услуг left(CODE\_USL,1)='A' по одному и тому же профилю медицинской помощи, и за исключением услуг из подраздела "2.5 Лечебные по анестезиологии" Приложения №8 (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». Контроль принадлежности медицинской услуги к поликлиническому обращению производится по совокупности полей: OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ VID\_MP+ USL\_OK+ PROFIL+ left(МКБ1,3)+ P\_CEL.

### 7.3.2 Структура объекта

Таблица 11

№ 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.	Плательщик за медицинскую услугу	О	О	MSK_OT	CHR	2
4.	Уникальный учетный код в МО	О	О	PERSCODE	CHR	15
5.	Вид медицинской помощи	О	О	VID_MP	NUM	4
6.	Условия оказания медицинской помощи	О	О	USL_OK	NUM	1
7.	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента	О	О	NHISTORY	CHR	15
8.	Профиль медицинской помощи	О	О	PROFIL	NUM	3
9.	Основной диагноз	О	О	MKB1	CHR	6
10.	Сопутствующий диагноз	У	У	MKB2	CHR	6
11.	Диагноз осложнения	У	У	MKB3	CHR	6
12.	Медицинская услуга	О	О	CODE_USL	CHR	15
13.	Медицинский работник	О	О	CODE_MD	CHR	6
14.	Дата начала оказания медицинской услуги	О	О	DATE_IN	DAT	8
15.	Дата окончания оказания медицинской услуги	О	О	DATE_OUT	DAT	8
16.	Количество оказанных медицинских услуг	О	О	KOL_USL	NUM <sup>3</sup>	6 (0)
17.	Количество фактических койко-(пациенто-) дней	У	У	KOL_FACT	NUM	3(0)
18.	Исход госпитализации	У	У	ISH_MOV	NUM	3
19.	Результат обращения/ госпитализации	У	У	RES_GOSP	NUM	3
20.	Категория сводной справки (отчета)	О	О	VID_SF	CHR	2
21.	Размер базового тарифа на медицинскую услугу	О	О	TARIF_B	NUM	10(2)
22.	Размер согласованного тарифа	О	НЗ	TARIF_S	NUM	10(2)

<sup>3</sup> Для полей типа NUM в первом числе «размера» указана общая длина поля, во втором числе «размера» указано количество десятичных знаков после запятой

	на медицинскую услугу					
23.	Размер единого дополнительного тарифа (для АПП)	О	НЗ	TARIF_D	NUM	10(2)
24.	Стоимость медицинской услуги (руб.)	О	О	SUM_RUB	NUM	10(2)
25.	Вид травм	Н	Н	VID_TR	CHR	2
26.	Признак экстренности госпитализации	У	У	EXTR	NUM	1
27.	Отделение медицинской организации	У	У	CODE_OTD	CHR	12
28.	Признак источника финансирования	У	У	SOUF	NUM	1
29.	Врачебный участок	У	У	MED_AREA	CHR	15
30.	Талон ВМП	У	Н	TAL_HMP	CHR	17
31.	Дата талона ВМП	У	Н	DATE_HMP	DAT	8
32.	Группа инвалидности	У	Н	INV	NUM	1
33.	Медицинская организация, направившая на обследование или госпитализацию	У	Н	MCOD_OUT	CHR	6
34.	Номер направления на обследование или госпитализацию	У	Н	NOM_NPR	CHR	20
35.	Дата выдачи направления	У	Н	DATE_NPR	DAT	8
36.	Форма оказания медицинской помощи	О	О	FOR_POM	NUM	1
37.	Направление на МСЭ	У	Н	MSE	NUM	1
38.	Цель посещения	У	У	P_CEL	CHR	3
39.	Первичный диагноз	Н	Н	MKB0	CHR	6
40.	Диспансерное наблюдение	У	Н	DN	NUM	1
41.	Дата планируемой госпитализации ВМП	У	Н	TAL_P	DAT	8
42.	Признак подозрения на злокачественное образование	О	Н	DS_ONK	NUM	1
43.	Характер основного заболевания	У	Н	C_ZAB	NUM	1
44.	Профиль койки	У	Н	PROFIL_K	NUM	3
45.	Медицинская организация, куда оформлено направление или назначение	У	Н	NAPR_MO	CHR	6
46.	Период оказания медицинской помощи (лечения)	О	О	OT_PER_U	CHR	4
47.	Идентификатор законченного случая	О	О	IDCASE	CHR	11



## 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. Нижеприведенные правила контроля целостности даны в кодировке полей файла DBF, но действуют также для аналогичных полей файлов XML.
3. Значения, записываемые в поля XML файла ZL\_LIST /ZAP/ SLUCH/ USL/COMMENTU и ZL\_LIST /ZAP/ SLUCH/ COMMENTSL должны быть оформлены по образцу: «МКВЗ= значение» или «TARIF\_B= значение; TARIF\_D= значение; ...»
4. Медицинскими услугами, относящимися к СМП, считаются медицинские услуги, у которых значение кода единицы измерения соответствует «04» (случай).
5. В столбце «ОЗ 1» указаны признаки обязательности заполнения полей для файла «Реестр пролеченных пациентов» (передается МО в составе реестра счетов, начиная с Этапа 1).
6. 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 и не должно быть меньше текущего года.

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 MDUMMY.ED\_IZM={'12', '19'}:

**MCOD\_OUT** (медицинская организация, направившая на обследование или госпитализацию) - заполняется значением F003MMYY.MCOD для :

- 1) FOR\_POM=3 и USL\_OK=1;
- 2) USL\_OK=2;
- 3) CODE\_USL={'A06.20.004', 'A06.09.006'};
- 4) услуг с MDUMMY.GR\_PLAN={'КТ', 'МТ'}

Допускается заполнение MCODE\_OUT для USL\_OK=3 при направлении из другой МО.

**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.

FOR\_POM: 1 – экстренная; 2 – неотложная; 3 – плановая.

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), заполняется при USL\_OK=3 и P\_CEL='1.3':

- 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*(МКВ1, 1)='С'

или

*BETWEEN*(*LEFT*(МКВ1, 3), 'D00', 'D09')

или

(*LEFT*(МКВ1, 3)='D70' и (*BETWEEN*(*LEFT*(МКВ2, 3), 'C00', 'C80') или *LEFT*(МКВ2,3)='C97'))

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=.F. ('false', "ложь");

2 – при USL\_OK#4, ОНКО\_ДИАГ=.Т. и ДИСП\_ПРОФ=.F. и ED\_IZM#12';

0 – при одном из условий:

1) при USL\_OK=4;

2) при ED\_IZM='12' или ED\_IZM='19';

3) при ОНКО\_ДИАГ=.Т. и ДИСП\_ПРОФ=.Т.;

4) при ОНКО\_ДИАГ=.Т. и (DRGMMY.KPG='st37' или DRGMMY.KPG='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 ED\_IZM#12';

2) обязательно к заполнению и может принимать значения {1, 2, 3} при USL\_OK = 3 и основной диагноз (МКВ1) не входит в рубрику "Z" (*left*(МКВ1,1)='Z') и ДИСП\_ПРОФ=.F.;

3) обязательно к заполнению и должен принимать значение 0 при ED\_IZM='12';

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 F003MMY.MCOD при направлении в другую МО для случаев:

- если UCCMMY.DS\_ONK=1 и NCCMMY.NAZ\_R={2, 3};

- если UCCMMY.DS\_ONK#0 и SCCMMY.NAPR\_V#0.

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

Таблица 12

№ 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.	VID_MP	V008MMYY.XML	IDVMP	
5.	USL_OK	V006MMYY.XML	IDUMP	
6.	PROFIL	PMPMMYY.DBF	PROFIL	
7.	MKB1	MKBMMYY.DBF	MKB	
8.	MKB2	MKBMMYY.DBF	MKB	
9.	MKB3	MKBMMYY.DBF	MKB	
10.	CODE_USL	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL	
11.	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD	DCCMMYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD	
12.	STR(ISH_MOV)+ STR(USL_OK)	V012MMYY.XML	STR(IDIZ)+ STR(DL_USLOV)	
13.	STR(RES_GOSP)+ STR(USL_OK)	V009MMYY.XML	STR(IDRMP)+ STR(DL_USLOV)	
14.	“VID_SF” + VID_SF	SBRMMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + CODE_OBJ	“VID_SF” – регулярное выражение – тип кодированного объекта
15.	“VID_TR” + VID_TR	SBRMMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + CODE_OBJ	“VID_TR” – регулярное выражение – тип кодированного объекта
16.	CODE_LPU+ VID_MP + USL_OK + PROFIL + CODE_USL + STR(TARIF_B,12,2)	TMUMMY.Y.DBF	CODE_LPU + VID_MP + USL_OK + PROFIL + CODE_USL+ STR(TARIF,12,2)	Для медицинских услуг, <b>не относящихся</b> 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)
17.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ <b>cVID_KOEFF</b> ,  где константа <b>cVID_KOEFF='01'</b>	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
18.	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, относящихся к СМП или СВП (ED_IZM = '04'): для VID_MP=32
19.	OT_PER + OT_PER_U+ CODE_LPU + MSK_OT + PERSCODE + VID_MP + USL_OK + NHISTORY + VID_SF Для записей, в которых значение CODE_USL	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ OT_PER_U+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ USL_OK+ NHISTORY+ VID_SF <b>Кроме</b> записей, в которых значение CODE_USL	USL_OK=1

	соответствует мед. услугам заместительной почечной терапии в условиях круглосуточного стационара (MDUMMY.ED_IZM = '10').		соответствует мед. услугам заместительной почечной терапии в условиях круглосуточ. стационара (MDUMMY.ED_IZM = '10').	
20.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ dtos <sup>4</sup> (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'}
21.	OT_PER +CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ cVID_KOEFF, где константа cVID_KOEFF='06'	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
22.	OT_PER +CODE_LPU+ USL_OK + VID_SF+ cVID_KOEFF, где константа cVID_KOEFF='07'	KCCMMYY.DBF	OT_PER + CODE_LPU + USL_OK+ VID_SF+ VID_KOEFF	Для мед. услуг сверхбазовой программы ОМС VID_SF={'16', '17'} и OT_PER = OT_PER_U
23.	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 13.2) при MDUMMY.SP_OPL=3 0
24.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ VID_MP+USL_OK+ NHISTORY+PROFIL+ MKB1+CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+DATE_OUT+ 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+ SUM_RUB	Для услуг с ED_IZM='16' (при VID_MP=31)
25.	MCOD_OUT	F003ММYY.XML	MCOD	В справочнике F003ММYY.XML выбирается элемент со значением атрибута U.MCOD_OUT = F003.medCompany\ mcod и условиями: U. DATE_NPR < F003.medCompany\ medInclude\ d_end или F003.medCompany\ medInclude\ d_end не

<sup>4</sup> Выражение DTOS(<Значение\_типа\_date>) означает применение функции преобразования данных типа дата в символьную строку для совместимости при конкатенации.

				заполнено
26.	P_CEL	V025ММYY.XML	IDPC	Справочник целей посещения ФОМС
27.	MKB0	MKBММYY.DBF	MKB	Для USL_OK=4 допускается Len(MKB0)=3
28.	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_IЗM='11'
29.	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 ED_IЗM#{'12', '19'}
30.	C_ZAB	V027ММYY.XML	IDCZ	Классификатор характера заболевания
31.	PROFIL_K	V020ММYY.XML	IDK_PR	Справочник профилей койки ФОМС
32.	NAPR_MO	F003ММYY.XML	MCOD	Справочник «Медицинские организации РФ»

### Примечания

1. Коды медицинских услуг приводятся согласно приложениям к Тарифному соглашению по реализации Московской областной программы ОМС от 27.12.2018 (далее - Тарифное соглашение на 2019 год, или Тарифное соглашение, или ТС-2019).

**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) MKB1 рубрики «F» ( $SUBSTR(MKB1,1,1)='F'$ ) допускаются для  $USL\_OK=4$  и  $VID\_SF\#12'$ , а также для  $VID\_SF=\{15', 16', 17'\}$  при значениях  $PROFIL=\{72, 73, 74\}$ .
- 3)  $TARIF\_B=TMUMMYY.TARIF$  для всех услуг, не относящихся к стандартам медицинской помощи, схемам ведения пациентов или КСГ ( $MDUMMYY.ED\_IZM\#\{04', 16'\}$ ) или к законченным случаям 1-го этапа диспансеризации взрослого населения (см. Таблицу 15).
- 4)  $TARIF\_B=ROUND(TMUMMYY.TARIF * Knc, 0)$  для всех услуг с  $MDUMMYY.ED\_IZM='04'$ , относящихся к случаям оказания высокотехнологичной медицинской помощи в круглосуточном стационаре ( $USL\_OK=1$  и  $VID\_MP=32$ ), или к законченным случаям 1 этапа диспансеризации взрослого населения (см. Таблицу 15):

- $Knc = 1$  при  $USL\_OK=1$  и  $VID\_MP=32$  для:

- VID\_SF={'09', '12', '14'};
- VID\_SF='15' и PROFIL#{16, 72, 73, 110};

- **Кпс** = 1, если по мероприятиям случая 1-го этапа диспансеризации взрослых, учтенных в файле МССММYY.(OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY)  $SUM(DVNMMYY.KOEFF_DVN) \leq 0.15$  при МССММYY.ISP\_DVN='02', то есть случай 1-го этапа диспансеризации взрослых считается законченным.
- **Кпс** =  $SUM(DVNMMYY.KOEFF_DVN)$  для МССММYY.ISP\_DVN='01', если по мероприятиям случая 1 этапа диспансеризации взрослых МССММYY.(OT\_PER+CODE\_LPU+MSK\_OT+PERSCODE+NHISTORY)  $SUM(DVNMMYY.KOEFF_DVN) > 0.15$  при МССММYY.ISP\_DVN='02'. То есть случай 1-го этапа диспансеризации взрослых считается завершенным, но не законченным.
- **Кпс** = 1 при условии USL\_OK={1, 2} для VID\_SF={'16', '17'} при PROFIL=73 для услуг из Таблицы 13 при сочетании этих услуг с кодами ОСНОВНЫХ диагнозов из Таблицы 13.

Таблица 13

Код услуги	Диагноз основного заболевания по МКБ-10
------------	-----------------------------------------

279461.0	F10.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя
179461.0	F11.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов
279952.0	F12.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиоидов
179952.0	F13.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных веществ
279953.0	F14.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина
179953.0	F15.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов, включая кофеин
	F16.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов
	F18.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей
	F19.0 Острая интоксикация, вызванная одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ
	F10.1 Пагубное употребление алкоголя
	F11.1 Пагубное употребление опиоидов
	F12.1 Пагубное употребление каннабиоидов
	F13.1 Пагубное употребление седативных или снотворных веществ
	F14.1 Пагубное употребление кокаина
	F15.1 Пагубное употребление других стимуляторов, включая кофеин
	F16.1 Пагубное употребление галлюциногенов
	F18.1 Пагубное употребление летучих растворителей
	F19.1 Пагубное одновременное употребление нескольких наркотических средств и других психоактивных веществ
	F10.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением алкоголя
	F11.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением опиоидов
	F12.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением каннабиоидов
	F13.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ
	F14.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением кокаина
	F15.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением других стимуляторов, включая кофеин
	F16.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением галлюциногенов
	F18.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением летучих растворителей
	F19.3 Абстинентное состояние, вызванное одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ

- Примечание. Применение Кпс для услуг, относящихся к КСГ или КППГ, описано в п/п 1) п.7.11.3.

5) **TARIF\_B=ROUND(CC\*Кпс, 0)** для всех услуг, относящихся к КСГ (**MDUMMY.ED\_IЗM='16'**), при условии, что:

- **Кпс=KDGMMY.VALUE** для **KDGMMY.CODE='05'** при **KOL\_FACT<=3** для случаев КСГ, у которых НЕ указана хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, то есть НЕ указана услуга по НРУЗ, для которой выполняются условия **MDUMSS.ED\_IЗM='12'** и **LEFT(GDGMSS.CODE\_OPER,3)='A16'** (где 'A' – латинская буква);
- **Кпс=KDGMMY.VALUE** для **KDGMMY.CODE='09'** при **KOL\_FACT<=3** для случаев КСГ, у которых **указана** услуга типа «хирургическая операция»,



являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, то есть указана услуга по НРУЗ, для которой **выполняются** условия MDUMMСС.ED\_IЗM='12' и LEFT(GCCMMYY.CODE\_NOMi, 3)='A16' (где 'A' – латинская буква, целое число i={1, 2, 3});

- **Кпс**=KDGMMYY.VALUE для KDGMMYY.CODE='16' для случаев КСГ, соответствующих SP\_CASE=7 (см. в п. 7.11.3);
  - **Кпс**=1 для случаев КСГ, у которых выполняется одно из условий:
    - согласно справочнику DRGMMYY.Ultrashort=.Т.
  - **СС**=ROUND(БС \* КЗ \* КУО \* КУС \* КСЛП, 0) – стоимость случая по КСГ, правила расчета СС описаны в п. 7.11.3.
- 6) Должно быть KOL\_USL=KOL\_FACT для MDUMMYY.ED\_IЗM={'01', '02'}.
- 7) TARIF\_D = 0.
- 8) Значение полей OT\_PER и MSK\_OT должно быть одинаковым для всех записей файла.
- 9) 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 (PCCMMYY.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 (см. правило 7.3.1.1) при условии, что DATE\_IN не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
  - обращений по заболеванию MDUMMYY.ED\_IЗM='09' при условии, что DATE\_IN не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
  - разовых посещений по заболеванию (MDUMMYY.ED\_IЗM='03', MDUMMYY.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.
- 10) 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 (MDUMMYY.ED\_IЗM='10');
  - учет оперативных вмешательств и процедур (MDUMMYY.ED\_IЗM='12');
  - услуг, входящих в обращение по заболеванию амбулаторное (см. правило 7.3.1.1) при условии, что DATE\_OUT не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
  - обращений по заболеванию MDUMMYY.ED\_IЗM='09' при условии, что DATE\_OUT не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
  - разовых посещений по заболеванию (MDUMMYY.ED\_IЗM='03', MDUMMYY.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.

- 11) 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.
- 12) KOL\_FACT<=(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').
- 13) KOL\_FACT<=(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.
- 14) Поле KOL\_FACT=0 при:
- USL\_OK={3, 4}, кроме обращений по заболеванию (MDUMMY.ED\_IZM='09');
  - услугах заместительной почечной терапии (MDUMMY.ED\_IZM='10').
- 15) При учете услуг заместительной почечной терапии (MDUMMY.ED\_IZM='10') должны быть соблюдены следующие условия (VID\_SF#'14' и Таблица 14):

**Таблица 14**

<b>Значение поля CODE_USL</b>	<b>Имя поля</b>	<b>Допустимые значения</b>
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	USL_OK	2 - дневной стационар
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 <i>A18.05.004</i> <i>A18.05.002.003</i> <i>A18.05.003</i> <i>A18.05.004.001</i> <i>A18.05.011.001</i> <i>A18.05.002.005</i> <i>A18.05.011.002</i> <i>A18.30.001.001</i>	USL_OK	1 - круглосуточный стационар

- 16) Заполнение VID\_SF в файлах UCСММYY.dbf:  
если СС#'50' (не межтерриториальная помощь), то должно быть VID\_SF#'12' и VID\_SF#'17';  
если СС='50' (межтерриториальная помощь), то должно быть VID\_SF={'12', '17', '00'}.

- 17) Контроль взаимного соответствия полей RES\_GOSP и ISH\_MOV проводится в соответствии со справочником взаимного соответствия исходов заболевания и результатов обращения за медицинской помощью – FLK1MMYY.DBF.
- 18) Если оказана медицинская помощь по профилю медицинской помощи UCCMMYY.PROFIL, медицинским работником, код специальности которого указан в поле DCCMMYY.PRVS в записи со значением поля DCCMMYY.CODE\_MD = UCCMMYY.CODE\_MD, то должна найтись запись в файле PSPMMYY, для которой справедливо условие:  
PSPMMYY.PROFIL=UCCMMYY.PROFIL AND PSPMMYY.IDSPEC=DCCMMYY.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 UCCMMYY.OT\_PER + UCCMMYY.CODE\_LPU + UCCMMYY.MSK\_OT + UCCMMYY.PERSCODE = PCCMMYY.OT\_PER + PCCMMYY.CODE\_LPU + PCCMMYY.MSK\_OT + PCCMMYY.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 21.12.2012 №1346н)  $VZR = YEAR(UCCMMYY.DATE\_IN) - YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)$ , VZR должен соответствовать возрасту пациента в год прохождения им 1 этапа ДВН или профилактического осмотра. Для диспансеризации детей VZR – возраст на момент оказания услуги.

**Таблица 15**

Значение поля UCCMMYY.CODE_USL	Значение поля PCCMMYY.SEX	Значение параметра VZR
Первый этап ДВН (в соответствии с приказом МЗРФ от 13.03.2019 №124н) $VZR = YEAR(UCCMMYY.DATE\_IN) - YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)$		
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)		
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

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 16 (символ X – одно целое число в диапазоне 0-9):

Таблица 16

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, 2106554, 2106564, 2106574	97; 57	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
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			
2259501, 2259502	53			
1096080	68; 57	321-325, 365-368	306	DATE_IN – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U и значение поля DATE_OUT;
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	343, 344, 345, 373, 374	306	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	

- 21) Для законченного или завершеного случая 1 этапа диспансеризации взрослых (Таблица 13) в файле МССММУУ.DBF должны быть записи по мероприятиям, осуществленным в ходе 1 этапа диспансеризации взрослых.
- 22) Для USL\_OK=3 должно выполняться условие VID\_SF='14' (подлежит оплате «подушевым» способом) для медицинских услуг из Таблицы 17 при условиях: MSK\_OT#50', PROFIL={97, 68, 53, 20, 112, 57, 42}, CODE\_UR=QPFММУУ.CODE\_UR при QPFММУУ.USL\_OK=3 и QPFММУУ.SKDI\_PDF#1.000.

**Таблица 17**

<b>Код услуги</b>	<b>Краткое наименование услуги</b>
В01.010.001	Прием (осмотр, консультация) врача - детского хирурга первичный
В01.010.002	Прием (осмотр, консультация) врача - детского хирурга повторный
В04.010.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - детского хирурга
В04.010.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача - детского хирурга
В01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный
В01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный
В04.023.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-невролога
В04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога
В01.026.001	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный
В01.026.002	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный
В04.026.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача)
В04.026.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача)
В01.031.001	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный
В01.031.002	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный
В04.031.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра
В04.031.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра

V01.031.003	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового первичный
V01.031.004	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового повторный
V04.031.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового
V04.031.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового
V01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
V01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный
V04.047.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
V04.047.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
V01.047.003	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта подросткового первичный
V01.047.004	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта подросткового повторный
V04.047.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-терапевта подросткового
V04.047.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта подросткового
V01.047.005	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового первичный
V01.047.006	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового повторный
V04.047.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового
V04.047.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового
V01.057.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный
V01.057.002	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга повторный
V04.057.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-хирурга
V04.057.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга
2719600	Посещение ФАП
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

23) Для медицинских услуг «обращение по поводу заболевания» (MDUMMYU.ED\_IZM='09') должны выполняться следующие условия: USL\_OK=3, KOL\_USL=1.

24) Допускается LEFT(MKB1,3)={'R95', 'R96', 'R98', 'R99'} только для USL\_OK=4.

25) VID\_SF='14' допустим только в следующих случаях а) по USL\_OK=3 для услуг и профилей, описанных в п/п 22; б) по USL\_OK=4 для PROFIL=84 для перечня медицинских организаций, определенных Приложением №4 к ТС-2019 (CODE\_UR={'201001', '610101', '560101', '410601', '300301', '880705'}).

26) Для услуг, относящихся к стандартам медицинской помощи или схемам ведения пациента (MDUMMYU.ED\_IZM='04'), заполнение поля KOL\_FACT при USL\_OK={3, 4}



не контролируется.

- 27) 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'}.
- 28) Для всех медицинских услуг по профилям PROFIL={72, 73, 74, 110} и для CODE\_USL='3840080' (вызов врачебной психиатрической специализированной бригады скорой помощи) должно выполняться условие VID\_SF={'15', '16', '17'}.
- 29) Для всех медицинских услуг по профилю PROFIL=16 при USL\_OK={1, 2} и ED\_IЗM={'01', '02'}, или при USL\_OK=3 и CODE\_USL={'18596xx', '28596xx'} должно выполняться условие VID\_SF={'15', '16', '17'}.
- 30) 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'} и *not*(MDUMMY.GR\_PLAN='GD' и UCCMMYY.USL\_OK=1) \*, должна иметь место хотя бы одна запись справочника «Квартальное (и месячное) распределение объемов медицинской помощи» (QVMVMYY.DBF), соответствующая следующему условию:

$$fCODE\_UR(UCCMMYY.CODE\_LPU) + UCCMMYY.OT\_PER + UCCMMYY.USL\_OK + MDUMMY.GR\_PLAN = QVMVMYY.CODE\_UR + QVMVMYY.OT\_PER + QVMVMYY.USL\_OK + QVMVMYY.GR\_PLAN, \text{ где:}$$

$fCODE\_UR(UCCMMYY.CODE\_LPU)$  – принимает значение LPUMMY.CODE\_UR для UCCMMYY.CODE\_LPU=LPUMMY.CODE\_LPU;

MDUMMY.GR\_PLAN – соответствует записи, в которой выполняется условие MDUMMY.CODE\_USL = UCCMMYY.CODE\_USL

\*не должны контролироваться услуги с MDUMMY.GR\_PLAN={'RPM', 'RSC'} и услуги с MDUMMY.GR\_PLAN={'GD', 'PD'} в сочетании с UCCMMYY.USL\_OK=1

- 31) Представленные к оплате объемы медицинской помощи, для которых UCCMMYY.VID\_SF={'09', '14'}, при QVMVMYY.FATAL=.T. не должны превышать предельно установленных объемов, сведения о которых содержатся в справочнике «Квартальное (и месячное) распределение объемов медицинской помощи» (QVMVMYY.DBF), а именно:

- Суммарное значение количества оказанных медицинских услуг UCCMMYY.KOL\_USL в разрезе планируемых показателей не должно превышать соответствующего значения QVMVMYY.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  $ROUND(UCCMMYY.KOL\_USL * MDUMMY.KOL\_UET, 2)$ .
- Целочисленная часть суммарного количества УЕТ по оказанным медицинским услугам, относящимся к планируемому показателю GR\_PLAN='UE', не должна превышать соответствующего непустого значения QVMVMYY.VALUE\_V.

Если QVMVMYY.USL\_OK=1, то UCCMMYY.USL\_OK=1 – специализированная медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного стационара, включая ВМП.

Если QMVMMYY.USL\_OK=3, то UCCMMYY.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 UCCMMYY.USL\_OK=2 – медицинская помощь в условиях дневных стационаров всех типов, включая ВМП, услуги заместительной почечной терапии, услуги экстракорпорального оплодотворения.

Если QMVMMYY.USL\_OK=4, то UCCMMYY.USL\_OK=4 – скорая медицинская помощь, включая услуги тромболитической терапии.

- 32) 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);
- 33) Поле EXTR обязательно к заполнению значением =2 при:  
1) USL\_OK=4; 2) USL\_OK=1 и VID\_SF='15'.
- 34) Для записей реестра медицинских услуг, относящихся к медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица (VID\_SF='15'): USL\_OK#2.
- 35) Для всех записей реестра медицинских услуг, оказанных в дневных стационарах при поликлинике или при стационаре по КСГ, должно выполняться условие: если UCCMMYY.USL\_OK=2 при MDUMMYY.ED\_IZM='16', то должно быть UCCMMYY.USL\_OK=DRGMMYY.USL\_OK.
- 36) Для всех записей реестра медицинских услуг, оказанных в дневных стационарах всех типов и учтенных по клинико-профильным группам, должно выполняться условие: если UCCMMYY.USL\_OK=2 и MDUMMYY.ED\_IZM='04', то должно быть UCCMMYY.PROFIL=DRGMMYY.PROFIL при UCCMMYY.CODE\_USL=DRGMMYY.CODE\_USL.
- 37) Среди записей реестра медицинских услуг с VID\_SF={'16', '17'} не должно быть услуг, относящихся к клинико-статистическим группам MDUMMYY.ED\_IZM='16'.
- 38) Каждый случай оказания стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (USL\_OK=3), определяемый как выборка услуг по записям с одним из PROFIL={63, 85, 86, 87, 89, 90, 171} по совокупности полей OT\_PER+CODE\_LPU+MSK\_OT+PERSCODE+PROFIL+left(MKB1,3) должен содержать хотя бы одну запись с услугой, соответствующей условию: MDUMMYY.ED\_IZM# '05' и LEFT(MDUMMYY.GR\_PLAN,2)='UE'.
- 39) Не должно быть более одной услуги на пациента (определяемого как уникальное сочетание OT\_PER+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'}.
- 40) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF, соответствующей условию MDUMMYY.GR\_PLAN='UE' и MDUMMYY.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.

- 41) 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.
- 42) 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.
- 43) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF, соответствующей условию CODE\_USL={'A06.20.004', 'A06.09.006'}, поля MCODE\_OUT, NOM\_NPR и DATE\_NPR должны быть обязательно заполнены, и должно соблюдаться условие MCODE\_OUT#(fCODE\_UR(LPUMMY.CODE\_LPU))->LPUMMY.IDMO, так как эти услуги по Приложению №7б к Тарифному соглашению на 2019 год применяются только для межучрежденческих расчетов.
- 44) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF, соответствующей условию MDUMMY.ED\_IZM='19', должны выполняться следующие условия: VID\_SF='00'.
- 45) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF DBF с CODE\_USL, не относящемуся к MDUMMY.ED\_IZM={'12', '19'}, поле DATE\_NPR должно быть обязательно заполнено при заполненном поле MCODE\_OUT.
- 46) P\_CEL должно быть обязательно заполнено для всех записей UCCMMYY.DBF с USL\_OK=3, заполняется в соответствии со справочником V025MMYY.XML.
- 47) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF при условии, что USL\_OK=3 и P\_CEL='1.3', должно выполняться условие DN={1, 2, 4, 6}.
- 48) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF с CODE\_USL, не относящемуся к MDUMMY.ED\_IZM={'12', '19'}, заполнение ISH\_MOV и RES\_GOSP обязательно.
- 49) При MSK\_OT='50' и при UCCMMYY.MCODE\_OUT=F003MMYY.MCODE, значение DATE\_NPR должно находиться внутри диапазона дат включения в федеральный реестр медицинских организаций соответствующей записи в справочнике «Медицинские организации РФ» (F003MMYY.XML) и исключения из него. Т.е. F003MMYY.D\_BEGIN<=DATE\_NPR<=F003MMYY.D\_END при заполненных значениях F003MMYY.D\_BEGIN и F003MMYY.D\_END, F003MMYY.D\_BEGIN<=DATE\_NPR при заполненном значении F003MMYY.D\_BEGIN и незаполненном F003MMYY.D\_END.

- 50) Правила заполнения и контроля IDCASE:
1. 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.
  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(МКВ1,3)+ P\_CEL. При этом данная совокупность (в сочетании с IDCASE) может содержать единственную услугу с MDUMMYY.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'.
- 51) Правила заполнения и контроля OT\_PER\_U: OT\_PER\_U=OT\_PER для VID\_SF = '12'
- 52) 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.
- 53) МКВ2 не должен быть равен МКВ1.
- 54) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF, соответствующей условию MDUMMYY.GR\_PLAN='0A', значение P\_CEL должно быть равно '3.0'.

## 7.4 Объект «Медицинский работник».

### 7.4.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «**Медицинский работник**» соответствует описанию объекта «Медицинский работник» Технических условий (см. ТУ п.3.2.5) и 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».

### 7.4.2 Структура объекта

Таблица 18

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля	Тип	Размер
1.	Отчетный период	О	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация	О	CODE_LPU	CHR	6
3.	Уникальный идентификатор	О	CODE_MD	CHR	6
4.	ФИО	О	FIO_MD	CHR	50
5.	Категория медицинского персонала	О	KATEG_MD	CHR	2
6.	Медицинская специальность	Н	SPEC_MD	CHR	10
7.	Медицинская должность	НЗ	POST_MD	CHR	10
8.	СНИЛС медицинского работника	У	MD_SS	CHR	14

9.	Специальность лечащего врача (или врача, закрывшего талон либо историю болезни) по справочнику V021ММYY	O	PRVS	NUM	4
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	------	-----	---

### Примечание

1. **Атрибут 8** (СНИЛС медицинского работника) заполняется для медицинских работников, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь (USL\_OK=3) по следующим медицинским специальностям: терапевты и педиатры (в том числе участковые), врачи ОБП, фельдшеры.

2. НЗ – поле не заполняется, Н - не обязательно.

### 7.4.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER + CODE\_LPU + 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 19

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

## 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:

**К<sub>С</sub>** – коэффициент соответствия плановым объемам.

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

### 7.5.2 Структура объекта

Таблица 20

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

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

02 – февраль

.....

12 – декабрь

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

VID\_KOEFF = {'01', '06', '07'}

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

Таблица 21

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	CODE_LPU	LPUMMY.Y.DBF	CODE_LPU	
2.	“46000000”+ MSK_OT	SMOMMY.Y.DBF	REGION+ CODE_SMO	“46000000” - регулярное выражение – код МО
3.	USL_OK	V006MYY.Y.XML	IDUMP	
4.	“VID_SF”+ VID_SF	SBRMYY.Y.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ)+ ALLTRIM(CODE_OBJ)	“VID_SF” – регулярное выражение – тип кодированного объекта
5.	“VID_KOEFF” + VID_KOEFF	SBRMYY.Y.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 группе условий оказания USL\_TMP, указанной для медицинской организации (юр. лица) в справочнике «Плановая стоимость медицинской помощи при подушевом финансировании» QPFMYY.Y.DBF (USL\_OK={3, 4}).

4) Если значение поля VID\_SF={'16', '17'}, то должно быть VID\_KOEFF='07'.

5) Значение VAL\_KOEFF при VID\_KOEFF='06' (подушевое финансирование) 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 при наличии медицинских услуг лицам, застрахованным данной СМО (подлежащих оплате подушевым способом), как соотношение плановой суммы подушевого финансирования медицинской организации QPFMYY.Y.VAL\_PDF по этой СМО (MSK\_OT) к суммарной стоимости оказанных медицинских услуг по базовому тарифу, с округлением результата до 8 знаков после запятой по каждому условию оказания (USL\_OK={3, 4}) для каждого месяца (отчетного периода)).

6) если СС='50' (MSK\_OT#'50', не межтерриториальная помощь), то должны соблюдаться условие VID\_SF#'12' и VID\_SF#'17'.

7) если СС='50' (MSK\_OT='50', межтерриториальная помощь), то должно соблюдаться условие VID\_SF={'12', '17'}, VAL\_KOEFF=1.

8) Значение VAL\_KOEFF при VID\_KOEFF='07' и VID\_SF='16' должно быть одинаковым по всем (разным) входящим в юридическое лицо медицинским организациям (поле CODE\_LPU) для всех соответствующих кодов СМО-плательщика и всех соответствующих условий оказания медицинской помощи.

9) Значение VAL\_KOEFF при VID\_KOEFF='07' и VID\_SF='16' (сверхбазовая ОМС для медицинской помощи, оказанной застрахованным Московской области) при OT\_PER<'1219' должно быть одинаковым при всех видах медицинской помощи (VID\_MP) для одинаковых сочетаний полей CODE\_LPU+USL\_OK и рассчитывается медицинской организацией по каждому условию оказания USL\_OK (при наличии медицинских услуг по нему) единым для всех плательщиков MSK\_OT, как соотношение 1/3 плановой суммы финансирования медицинской организации QVFMYY.VAL\_QUART, уменьшенной на сумму фактической стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным за пределами Московской области в текущем месяце квартала (VID\_SF='17'), к суммарной фактической стоимости оказанных медицинских услуг по базовому тарифу, с округлением результата до 8 знаков после запятой.

10) Значение VAL\_KOEFF при VID\_KOEFF='07' и VID\_SF='16' (сверхбазовая ОМС для медицинской помощи, оказанной застрахованным Московской области) при OT\_PER='1219' должно быть одинаковым для всех условий оказания (USL\_OK) и видов медицинской помощи (VID\_MP) для одинаковых сочетаний полей CODE\_LPU+MSK\_OT и рассчитывается медицинской организацией отдельно по каждому плательщику MSK\_OT (при наличии медицинских услуг по нему), как соотношение плановой месячной суммы финансирования медицинской организации QVFMYY.VAL\_QUART, к суммарной фактической стоимости оказанных медицинских услуг по базовому тарифу, с округлением результата до 8 знаков после запятой.

## 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».

Для отчетного периода «декабрь 2019» (OT\_PER='1219') не заполняется, проверки ссылочной и семантической целостности с участием данного объекта не проводятся.

### 7.6.2 Структура объекта

Таблица 22

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

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

02 – февраль

.....

12 – декабрь

YY – 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 23

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	CODE_UR	LPUMMY.Y.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 LPUMMY.Y.CODE\_UR для LPUMMY.Y.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 = round(QVFMMYY.VAL\_QUART/3, 0) – SUM\_MTR,

где:

QVFMYY.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» и является дополнением к объекту «Медицинская услуга».

### 7.9.2 Структура объекта

Таблица 24

№ 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	15
6.	Медицинская услуга	О	CODE_USL	CHARACTER	15
7.	Дата начала вызова	О	DATE_IN	DATE	8
8.	Дата окончания вызова	О	DATE_OUT	DATE	8
9.	Время фиксации вызова	О	TIME_FIX	CHARACTER	4
10.	Время начала вызова	О	TIME_IN	CHARACTER	4
11.	Время окончания вызова	О	TIME_OUT	CHARACTER	4
12.	Дата фиксации вызова	О	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 25

№ 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.	CODE_USL	MDUMMYU.DBF	CODE_USL	
4.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ DATE_IN+ DATE_OUT	UCCMMYU.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ DATE_IN+ DATE_OUT	
5.	CODE_USL + “15”	MDUMMYU.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» и является дополнением к объекту «Медицинская услуга».

## 7.10.2 Структура объекта

Таблица 26

№ 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	15
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 КИМУ (КИМУ - комплексные услуги из Приложения №7в к ТС-2019).

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

Таблица 27

№ 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	LPUMMY.Y.DBF	CODE_LPU	
3.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY	
4.	CODE_USL + '13'	MDUMMY.Y.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 {UCCMMYY.DATE\_IN, UCCMMYY.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  $SUM(DVNMMYY.DBF.KOEFF\_DVN) \geq 0.85$  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:  $MCCMMYY.CODE\_USL + PCCMMYY.SEX + sVZR = DVNMMYY.CODE\_USL + DVNMMYY.SEX + DVNMMYY.VOZR\_DISP$ , 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:

a)  $MCCMMYY.CODE\_USL + PCCMMYY.SEX + sVZR = DVNMMYY.CODE\_USL + DVNMMYY.SEX + DVNMMYY.VOZR\_DISP$ ;

б)  $MCCMMYY.CODE\_USL + PCCMMYY.SEX + STR(VZR-1) = DVNMMYY.CODE\_USL + DVNMMYY.SEX + DVNMMYY.VOZR\_DISP$ ;

в)  $MCCMMYY.CODE\_USL + PCCMMYY.SEX + STR(VZR+1) = DVNMMYY.CODE\_USL +$

DVNММYY.SEX+DVNММYY.VOZR\_DISP.

## 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)».

### 7.11.2 Структура объекта

Таблица 28

№ 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	15
9.	Профиль медицинской помощи	О	PROFIL	NUM	3
10.	Основной диагноз	О	MKB1	CHR	6
11.	Сопутствующий диагноз	У	MKB2	CHR	6
12.	Диагноз осложнения	У	MKB3	CHR	6
13.	Код КСГ как медицинской услуги	О	CODE_USL	CHR	15
14.	Код Отделения	О	CODE_OTD	CHR	12
15.	Медицинский работник	О	CODE_MD	CHR	6
16.	Дата начала оказания медицинской услуги	О	DATE_IN	DAT	8
17.	Дата окончания оказания медицинской услуги	О	DATE_OUT	DAT	8
18.	Количество фактических койко-(пациенто-) дней	У	KOL_FACT	NUM	3
19.	Исход госпитализации	О	ISH_MOV	NUM	3
20.	Результат обращения/ госпитализации	О	RES_GOSP	NUM	3
21.	Стоимость медицинской услуги (руб.)	О	SUM_RUB	NUM	10   2
22.	Код 1 хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии	У	CODE_NOM1	CHR	15
23.	Код 2 хирургической операции или другой применяемой медицинской	У	CODE_NOM2	CHR	15

	технологии					
24.	Код 3 хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии	У	CODE_NOM3	CHR	15	
25.	Признак экстренности госпитализации	У	EXTR	NUM	1	
26.	Вид травм	Н	VID_TR	CHR	2	
27.	Особый случай	У	SP_CASE	NUM	1	
28.	Коэффициент затратоемкости	О	KZ	NUM	6	3
29.	Коэффициент уровня и подуровня стационара	О	KUS	NUM	6	2
30.	Управленческий коэффициент	О	KU	NUM	6	4
31.	Итоговый Коэффициент сложности лечения пациента (IT_SL)	О	KSLP	NUM	7	5
32.	Коэффициент прерванного случая	О	KPS	NUM	4	2
33.	Признак внутрибольничного перевода	У	VB_P	NUM	1	0
34.	Профиль койки	О	PROFIL_K	NUM	3	0
35.	Признак поступления/перевода	О	P_PER	NUM	1	0
36.	Дополнительный классификационный критерий №1	У	DKK1	CHR	10	
37.	Дополнительный классификационный критерий №2	У	DKK2	CHR	10	
38.	Коэффициент сложности лечения пациента №1	О	Z_SL1	NUM	7	5
39.	Коэффициент сложности лечения пациента №2	У	Z_SL2	NUM	7	5
40.	Коэффициент сложности лечения пациента №3	У	Z_SL3	NUM	7	5

### 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 «Техническими условиями» для полей:

OT\_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода.

USL\_OK = {1, 2} для ED\_IKM='16' (для КСГ, VID\_MP=31)

VID\_MP = {31}

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=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=2 – учтены все 5 критериев, согласно которым применяется КСЛП=1,7 при оказании медицинской помощи по VID\_MP=31 пациентам с заболеванием центральной нервной системы (5 баллов по ШРМ) при учете случая лечения по КСГ №№ st37.003, st37.007, st37.010, st37.013 с использованием роботизированных комплексов, а именно:

- 1) перечень диагнозов МКБ-10:
  - I69.3 Последствия инфаркта мозга;
  - I69.8 Последствия других и неуточненных цереброваскулярных болезней;
  - T90.5 Последствие внутричерепной травмы;
  - T90.8 Последствие др. уточненные травм головы;
  - T91.3 Последствие травмы спинного мозга;
  - T91.1 Последствие перелома позвоночника;
  - I69.0 Последствия субарахноидального кровоизлияния;
  - I69.1 Последствия внутричерепного кровоизлияния;
- 2) этап лечения:  
2-4 недели после оперативного или консервативного лечения до 18 мес. (при условии положительного реабилитационного прогноза);
- 3) степень тяжести: 5 баллов по ШРМ у взрослых, в том числе с осложнениями основного заболевания;
- 4) использование в 100% случаях инновационного стола-вертикализатора с интегрированным роботизированным ортопедическим устройством и/или роботизированного комплекса для локомоторной терапии с физиологически повторяемым паттерном ходьбы и/или роботизированного экзоскелета для верхней конечности, управляемого двигателем из программного обеспечения с активной поддержкой расширенного 3D пространства;
- 5) учет в реестре счетов услуги A19.23.002.017 «Роботизированная механотерапия при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга».

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=7 – случаи лечения по VID\_MP=31 на койках патологии беременности (профиль «Акушерство и гинекология») в дневном стационаре длительностью 5 дней и менее с последующим переводом на койки для беременных и рожениц (профиль «Акушерство и гинекология») в круглосуточный стационар предъявляются к оплате и оплачиваются как прерванный случай в размере 45% от стоимости КСГ (Кпс=0,45).

SP\_CASE=8 – Кпс=1 при прерванном случае (KOL\_FACT<=3) для КСГ, предусматривающих применение схемы лекарственной терапии (CODE\_USL=GDGMMYY.CODE\_USL при LEFT(GDGMMYY.CODE\_OPER2, 2)='sh'), если фактическое количество дней введения соответствует нормативному количеству дней введения MDUMMYU.D\_NOR, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии.

VB\_P: указывается цифра 1 только при оплате случая по КСГ (VID\_MP=31) с внутрибольничным переводом, в остальных случаях должна указываться цифра 0.

*Заполняется значение 1 для VID\_SF='12' с апреля, для остальных значение 1 с*



отчетного периода "май 2018".

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.

Указывается с отчетного периода "май 2018".

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

**Таблица 29**

№ 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	LPUIMYY.DBF	CODE_LPU	
4.	«VID_MP» + VID_MP	SBRIMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	«VID_MP» – регулярное выражение – тип кодированного объекта
5.	USL_OK	V006IMYY.XML	IDUMP	
6.	PROFIL	PMPIMYY.DBF	PROFIL	
7.	MKB1	MKBIMYY.DBF	MKB	
8.	MKB2	MKBIMYY.DBF	MKB	
9.	MKB3	MKBIMYY.DBF	MKB	
10.	CODE_USL	MDUMYY.DBF	CODE_USL	
11.	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD	DCCIMYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD	
12.	ISH_MOV	V012IMYY.XML	IDIZ	
13.	RES_GOSP	V009IMYY.XML	IDRMP	
14.	«VID_SF» + VID_SF	SBRIMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	«VID_SF» – регулярное выражение – тип кодированного объекта
15.	«VID_TR» + VID_TR	SBRIMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	«VID_TR» – регулярное выражение – тип кодированного объекта
16.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ cVID_KOEFF,  где константа cVID_KOEFF='01'	KCCIMYY.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.	CODE_LPU+CODE_OTD	<b>OTD</b> ММYY.DBF	CODE_LPU+CODE_OTD	
18.	USL_OK+ CODE_USL	<b>DRG</b> ММYY.DBF	USL_OK+ CODE_USL	Для услуг при VID_MP=31
19.	USL_OK + CODE_NOM1	<b>GDG</b> ММYY.DBF	USL_OK+CODE_OPER или USL_OK+CODE_OPER2	
20.	USL_OK + CODE_NOM2	<b>GDG</b> ММYY.DBF	USL_OK+CODE_OPER или USL_OK+CODE_OPER2	
21.	USL_OK + CODE_NOM3	<b>GDG</b> ММYY.DBF	USL_OK+CODE_OPER или USL_OK+CODE_OPER2	
22.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ VID_MP+USL_OK+ NHISTORY+PROFIL+ <b>MKB1</b> +CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+ DATE_OUT+ SUM_RUB	<b>UCC</b> ММYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ VID_MP+USL_OK+ NHISTORY+PROFIL+ <b>MKB1</b> +CODE_USL+ CODE_MD+DATE_IN+ DATE_OUT+ SUM_RUB	Для услуг с ED_IZM='16' и VID_MP=31
23.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ <b>cVID_KOEFF</b> ,  где константа <b>cVID_KOEFF='06'</b>	<b>KCC</b> ММYY.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'
24.	PROFIL_K	<b>V020</b> ММYY.xml	IDK_PR	Справочник профилей койки ФОМС
25.	DKK1	<b>V024</b> ММYY.xml	IDDKK	Справочник классификационных критериев ФОМС. Кроме случаев заполнения значением 'нет' согласно п. 17 контроля семантической целостности объекта.
26.	DKK2	<b>V024</b> ММYY.xml	IDDKK	Справочник классификационных критериев ФОМС
27.	CODE_USL+ CODE_NOM1	<b>GDG</b> ММYY.DBF	CODE_USL+ CODE_OPER	Для услуг с VID_MP=31 и CODE_USL # 'st29.007'

**Контроль семантической целостности объекта** производится по следующим правилам:

1)  $SUM\_RUB = ROUND(CC * K_{пс}, 0)$  для услуг с MDUMMYY.ED\_IZM='16' (КСГ) при VID\_MP=31, где:

- **Кпс=KDGMMYY.VALUE** для **KDGMMYY.CODE='05'** при **KOL\_FACT<=3** для случаев КСГ, у которых **не** указана услуга типа «хирургическая операция» или "тромболитическая терапия", являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, то есть **не** указана услуга по НРУЗ, для которой **выполняются** условия **MDUMMСС.ED\_IЗM='12'** и **LEFT(GCCMMYY.CODE\_NOMi, 3)='A16'** (где 'A' – латинская буква, целое число **i={1, 2, 3}**);
- **Кпс=KDGMMYY.VALUE** для **KDGMMYY.CODE='09'** при **KOL\_FACT<=3** для случаев КСГ, у которых **указана** услуга типа «хирургическая операция» или "тромболитическая терапия", являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, то есть указана услуга по НРУЗ, для которой **выполняются** условия **MDUMMСС.ED\_IЗM='12'** и **LEFT(GCCMMYY.CODE\_NOMi, 3)='A16'** (где 'A' – латинская буква, целое число **i={1, 2, 3}**);
- **Кпс=KDGMMYY.VALUE** для **KDGMMYY.CODE='16'** для случаев КСГ, соответствующих **SP\_CASE=7**;
- **Кпс=1** для случаев КСГ, для которых выполняется условие:
  - согласно справочнику КСГ параметр **DRGMMYY.Ultrashort=.Т.;**
  - для случаев КСГ, соответствующих **SP\_CASE=8**
- **Кпс=KDGMMYY.VALUE** для **KDGMMYY.CODE='20'** при **KOL\_FACT>3** для случаев КСГ, у которых **GCCMMYY.RES\_GOSP={105, 107, 108, 110, 205, 207, 208}**, **не** указана услуга типа «хирургическая операция», являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, то есть **не** указана услуга по НРУЗ, для которой выполняются условия **MDUMMСС.ED\_IЗM='12'** и **LEFT(GCCMMYY.CODE\_NOMi, 3)='A16'** (где 'A' – латинская буква, целое число **i={1, 2, 3}**);
- **Кпс=KDGMMYY.VALUE** для **KDGMMYY.CODE='19'** при **KOL\_FACT>3** для случаев КСГ, у которых **GCCMMYY.RES\_GOSP={105, 107, 108, 110, 205, 207, 208}**, **указана** услуга типа «хирургическая операция», являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, то есть указана услуга по НРУЗ, для которой **выполняются** условия **MDUMMСС.ED\_IЗM='12'** и **LEFT(GCCMMYY.CODE\_NOMi, 3)='A16'** (где 'A' – латинская буква, целое число **i={1, 2, 3}**);
- **СС** – «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).

**Таблица 30** Логическая схема применения Кпс

Наличие признака прерванного случая по результату госпитализации <b>RES_GOSP={105,107,108,110, 205, 207, 208}</b>	Длительность госпитализации <b>KOL_FACT</b> , дни	Определяющий классификационный критерий выбора КСГ		KDGMMYY.CODE или значение Кпс
		Операция <b>CODE_NOMi='A16'</b>	Заболевание (МКВ, МКВ2)	
Не важно	<b>&lt;= 3</b>	Нет	Да	'05'
Не важно	<b>&lt;= 3</b>	Да	Нет	'09'
Исключение по Приложению 10г к	Любая	-	-	Кпс=1

ТС на 2019 год				
Да	> 3	Да	Нет	'19'
Да	> 3	Нет	Да	'20'
Нет	> 3	-	-	Кпс=1
SP_CASE=8	<= 3	-	-	Кпс=1

2) для услуг с MDUMMY.ED\_IЗM='16' (КСГ) и VID\_MP=31

CC=ROUND(BC\*K3\*КУО\*КУС\*КУ\*КСЛП,0), где:

**Базовая ставка:** BC=KDGMMYY.VALUE для KDGMMYY.CODE='01' и KDGMMYY.USL\_OK = GCCMMYY.USL\_OK;

**Коэффициент затратоемкости:** K3 = DRGMMYY.KZ\_VALUE

**Коэффициент управления:** КУ= DRGMMYY.KU\_VALUE

**Коэффициент уровня отделения (КУО):**

КУО=1.00.

**Коэффициент уровня и подуровня круглосуточного и дневного стационара (КУС)** определяется следующим образом: основной КУС медицинской организации согласно уровню и подуровню стационарной помощи по Приложению №2а к Тарифному соглашению на 2019, указанному в LPUMMY.SUBLEVEL\_S (для круглосуточного стационара) или в LPUMMY.SUBLEVEL\_D (для дневного стационара), применяется для всех КСГ, профили медицинской помощи которых **не** приведены для этих медицинских организаций в справочнике «Коэффициенты подуровней стационарной медицинской помощи» SDGMMYY.DBF (с учетом исключений для КСГ с признаком DRGMMYY.KUS1='1').

Для всех медицинских организаций, для которых имеется запись в справочнике SDGMMYY.DBF, по КСГ, для которых профили медицинской помощи приведены в SDGMMYY.KPG, применяется КУС согласно уровню и подуровню круглосуточного или дневного стационара, указанного в SDGMMYY.SUBLEVEL. Значения КУС указаны в KDGMMYY.VALUE.

Для GCCMMYY.USL\_OK={1, 2} и GCCMMYY.CODE\_USL=DRGMMYY.CODE\_USL при DRGMMYY.KUS1='0':

1. КУС=KDGMMYY.VALUE для KDGMMYY.CODE=LPUMMY.SUBLEVEL\_S (круглосуточный стационар) или KDGMMYY.CODE=LPUMMY.SUBLEVEL\_D (дневной стационар) при условиях:

1) LPUMMY.CODE\_UR#SDGMMYY.CODE\_UR;

2) LPUMMY.CODE\_UR=SDGMMYY.CODE\_UR и GCCMMYY.PROFIL#SDGMMYY.PROFIL.

2. КУС=KDGMMYY.VALUE для KDGMMYY.CODE=SDGMMYY.SUBLEVEL при условиях:

1) LPUMMY.CODE\_UR=SDGMMYY.CODE\_UR и DRGMMYY.KPG=SDGMMYY.KPG;

2) LPUMMY.CODE\_UR=SDGMMYY.CODE\_UR и GCCMMYY.PROFIL=SDGMMYY.PROFIL.

3. КУС=0 и соответственно CC=0 для LPUMMY.SUBLEVEL\_S#KDGMMYY.CODE и SDGMMYY.SUBLEVEL#KDGMMYY.CODE. При наличии в GCCMMYY.DBF записей с SUM\_RUB=0 реестр приемке не подлежит.

КУС=1 для КСГ, указанных в Приложении 10г к Тарифному соглашению на 2019 год:  
для GССММYY.USL\_OK=1, GССММYY.CODE\_USL=DRGММYY.CODE\_USL и  
DRGММYY.KUS1='1'.

**GССММYY.KUS = КУС.**

### **Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) для КСГ.**

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 согласно Приложению №10б к ТС-2019:

- Критерий 1 (USL\_OK=1): для KDGММYY.CODE='10' и KDGММYY.USL\_OK = GССММYY.USL\_OK, если возраст пациента на дату DATE\_IN до 1 года, кроме КСГ, относящихся к профилю медицинской помощи "Неонатология" (GССММYY.PROFIL=55): КСЛП = KDGММYY.VALUE.
- Критерий 2 (USL\_OK=1): для KDGММYY.CODE='06' и KDGММYY.USL\_OK = GССММYY.USL\_OK, если возраст пациента на дату DATE\_IN достиг 1 года и не превышает 3 полных лет (до 4 полных лет): КСЛП = KDGММYY.VALUE.
- Критерий 10 (USL\_OK=1): для KDGММYY.CODE='08' и KDGММYY.USL\_OK = GССММYY.USL\_OK, если возраст пациента на дату DATE\_IN составляет от 4 до 17 полных лет и поле GССММYY.SP\_CASE={1, 4, 6}: КСЛП = KDGММYY.VALUE.
- Критерий 3 (USL\_OK=1): для KDGММYY.CODE='18' и KDGММYY.USL\_OK = GССММYY.USL\_OK, если возраст пациента на дату DATE\_IN до 4 полных лет и поле GССММYY.SP\_CASE={1, 4, 6}: КСЛП = KDGММYY.VALUE.
- Критерий 4 (USL\_OK=1): для KDGММYY.CODE='07' и KDGММYY.USL\_OK = GССММYY.USL\_OK, если возраст пациента на дату DATE\_IN не менее 75 полных лет, кроме КСГ, относящихся к профилю медицинской помощи "Герiatrics" (GССММYY.PROFIL=14): КСЛП = KDGММYY.VALUE.
- Критерий 9 (USL\_OK=1, особый случай): для ODGММYY.TYPE\_EXC='07' и GССММYY.USL\_OK+GССММYY.CODE\_USL=ODGММYY.USL\_OK+ODGММYY.CODE\_USL1, если возраст пациента на дату DATE\_IN от 4 до 17 полных лет включительно, КСЛП=ODGММYY.KSKPVAL для КСГ, кодов заболеваний по МКБ-10, номенклатурных услуг и исключений по МКБ-10 согласно п/п 8 Приложения №10б к ТС-2019:
  - 1) GССММYY.CODE\_USL='st20.003', GССММYY.MKB1='H90.3';
  - 2) GССММYY.CODE\_USL={'st37.011', 'st37.012', 'st37.013', 'st37.015'}, GССММYY.MKB1#{'H90.0', 'H90.3', 'H90.4', 'H90.6', 'H90.7'}, GССММYY.CODE\_NOM1='B05.028.001';

- 3) GCCMMYY.CODE\_USL='st37.015', GCCMMYY.MKB1='H90.3',  
GCCMMYY.CODE\_NOM1= 'B05.046.001';  
4) GCCMMYY.CODE\_USL='st37.017', GCCMMYY.CODE\_NOM1 = 'B05.023.002.001'.

- Критерий 11V (USL\_OK=1, особый случай): для ODGMMYY.TYPE\_EXC='05' и GCCMMYY.USL\_OK+GCCMMYY.CODE\_USL=ODGMMYY.USL\_OK+ODGMMYY.CODE\_USL1, если возраст пациента на дату DATE\_IN от 18 полных лет включительно, КСЛП=ODGMMYY.KSKPVAL по КСГ, кодам заболеваний по МКБ-10, номенклатурным услугам согласно п/п 9 Приложения №106 к ТС-2019: GCCMMYY.CODE\_USL='st20.010', GCCMMYY.MKB1='H90.3', GCCMMYY.CODE\_NOM1= 'B05.057.008'.

- Критерий 11 (USL\_OK=1, особый случай): для ODGMMYY.TYPE\_EXC='07' и GCCMMYY.USL\_OK+GCCMMYY.CODE\_USL=ODGMMYY.USL\_OK+ODGMMYY.CODE\_USL1, если возраст пациента на дату DATE\_IN от 0 до 17 полных лет включительно, КСЛП=ODGMMYY.KSKPVAL по КСГ, кодам заболеваний по МКБ-10, номенклатурным услугам согласно п/п 9 Приложения №106 к ТС-2019:

1) GCCMMYY.CODE\_USL = {'st37.011', 'st37.012', 'st37.013', 'st37.015'},  
GCCMMYY.MKB1 = {'H90.0', 'H90.3', 'H90.4', 'H90.6', 'H90.7'}, GCCMMYY.CODE\_NOM1 = 'B05.028.001';

2) GCCMMYY.CODE\_USL='st37.015', GCCMMYY.MKB1='H90.3',  
GCCMMYY.CODE\_NOM1='B05.046.001';

3) GCCMMYY.CODE\_USL='st20.010', GCCMMYY.MKB1='H90.3',  
GCCMMYY.CODE\_NOM1 = 'B05.057.008'.

- Критерий 6 (USL\_OK=1, особый случай): согласно п/п 5 Приложения №106 к ТС-2019 КСЛП=ODGMMYY.KSKPVAL при ODGMMYY.TYPE\_EXC='05' для GCCMMYY.USL\_OK+GCCMMYY.CODE\_USL=ODGMMYY.USL\_OK+ODGMMYY.CODE\_USL1 при GCCMMYY.CODE\_USL='st29.007'.

- Критерий 7 (USL\_OK=1, особый случай): согласно п/п 6 Приложения №106 к ТС-2019 КСЛП=ODGMMYY.KSKPVAL при ODGMMYY.TYPE\_EXC='05' для GCCMMYY.USL\_OK+GCCMMYY.CODE\_USL+GCCMMYY.MKB1=ODGMMYY.USL\_OK+ODGMMYY.CODE\_USL1+ODGMMYY.MKB при GCCMMYY.CODE\_USL='st37.003', GCCMMYY.MKB1={'I69.3', 'I69.8', 'T90.5', 'T90.8', 'T91.3', 'T91.1', 'I69.0', 'I69.1'}, SP\_CASE=2, GCCMMYY.CODE\_NOMi='A19.23.002.017'.

- Критерий 8 (USL\_OK=1, особый случай): согласно п/п 7 Приложения №106 к ТС-2019 КСЛП=ODGMMYY.KSKPVAL при ODGMMYY.TYPE\_EXC='05' для GCCMMYY.USL\_OK+GCCMMYY.CODE\_USL+GCCMMYY.MKB1=ODGMMYY.USL\_OK+ODGMMYY.CODE\_USL1+ODGMMYY.MKB при выполнении следующего условия:

Сочетание GCCMMYY.CODE\_USL и GCCMMYY.MKB1 соответствует одной из комбинаций кодов диагнозов по МКБ-10 и КСГ круглосуточного стационара, приведенных в Таблице 31.

**Таблица 31**

№ п/п	GCCMMYY.CODE_USL	GCCMMYY.MKB1
-------	------------------	--------------

1.	st16.008	I60, I61, I67.1, I67.8, I78.0, Q28.2, Q28.3, Q28.8
2.	st25.010	I60, I61, I67.1, I67.8, I78.0, Q28.2, Q28.3, Q28.8
<del>3.</del>	<del>st25.012</del>	<del>I60, I61, I67.1, I67.8, I78.0, Q28.2, Q28.3, Q28.8</del>
4.	st25.012.2	I60, I61, I67.1, I67.8, I78.0, Q28.2, Q28.3, Q28.8, I63
5.	st25.012.4	I60, I61, I67.1, I67.8, I78.0, Q28.2, Q28.3, Q28.8, I63
6.	st25.012.5	I60, I61, I67.1, I67.8, I78.0, Q28.2, Q28.3, Q28.8, I63
7.	st15.016	I63

- Критерий 12 (USL\_OK=1, особый случай): согласно п/п 10 Приложения №106 к ТС-2019 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', 'st02.004'} 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}.
- Критерий 13 (USL\_OK=1, особый случай): согласно п/п 11 Приложения №106 к ТС-2019 КСЛП=ODGMMYY.KSKPVAL при ODGMMYY.TYPE\_EXC='14' для **GCCMMYY=ODGMMYY** по совокупностям полей, представленным в Таблице 31.1.

Таблица 31.1

GCCMMYY	ODGMMYY
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 (USL\_OK=1, особый случай): согласно п/п 12 Приложения №106 к ТС-2019 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	

**Условия связи объекта GCCMMYY.DBF со справочником особых случаев применения КСЛП при случае лечения по КСГ.**

Для особых случаев применения КСЛП, описанных в справочнике ODGMMYY.DBF (с учетом наличия и отсутствия данных в полях ODGMMYY.CODE\_UR, ODGMMYY.MKB, ODGMMYY.CODE\_USL2), для которых с учетом ODGMMYY.TYPE\_EXC выполняется одно из следующих условий:

- Для непустого значения поля ODGMMYY.CODE\_UR:

- $GCCMMYY.USL\_OK + GCCMMYY.CODE\_USL + GCCMMYY.CODE\_NOM1 + GCCMMYY.MKB1 + FCODE\_UR(GCCMMYY.CODE\_LPU) = ODGMMYY.USL\_OK + ODGMMYY.CODE\_USL1 + ODGMMYY.CODE\_USL2 + ODGMMYY.MKB + ODGMMYY.CODE\_UR;$
- $GCCMMYY.USL\_OK + GCCMMYY.CODE\_USL + GCCMMYY.CODE\_NOM1 + GCCMMYY.MKB1 + FCODE\_UR(GCCMMYY.CODE\_LPU) = ODGCCMMYY.USL\_OK + ODGMMYY.CODE\_USL2 + ODGMMYY.CODE\_USL1 + ODGCCMMYY.MKB + ODGMMYY.CODE\_UR.$
- $GCCMMYY.USL\_OK + GCCMMYY.CODE\_USL + GCCMMYY.CODE\_NOM2 + GCCMMYY.MKB1 + FCODE\_UR(GCCMMYY.CODE\_LPU) = ODGMMYY.USL\_OK + ODGMMYY.CODE\_USL1 + ODGMMYY.CODE\_USL2 + ODGMMYY.MKB + ODGMMYY.CODE\_UR;$
- $GCCMMYY.USL\_OK + GCCMMYY.CODE\_USL + GCCMMYY.CODE\_NOM2 + GCCMMYY.MKB1 + FCODE\_UR(GCCMMYY.CODE\_LPU) = ODGCCMMYY.USL\_OK + ODGMMYY.CODE\_USL2 + ODGMMYY.CODE\_USL1 + ODGCCMMYY.MKB + ODGMMYY.CODE\_UR.$
- $GCCMMYY.USL\_OK + GCCMMYY.CODE\_USL + GCCMMYY.CODE\_NOM3 + GCCMMYY.MKB1 + FCODE\_UR(GCCMMYY.CODE\_LPU) = ODGMMYY.USL\_OK + ODGMMYY.CODE\_USL1 + ODGMMYY.CODE\_USL2 + ODGMMYY.MKB + ODGMMYY.CODE\_UR;$
- $GCCMMYY.USL\_OK + GCCMMYY.CODE\_USL + GCCMMYY.CODE\_NOM3 + GCCMMYY.MKB1 + FCODE\_UR(GCCMMYY.CODE\_LPU) = ODGCCMMYY.USL\_OK + ODGMMYY.CODE\_USL2 + ODGMMYY.CODE\_USL1 + ODGCCMMYY.MKB + ODGMMYY.CODE\_UR.$

Где:

$FCODE\_UR(cCODE\_LPU) = \{SELECT\ LPUmmy.CODE\_UR\ FROM\ LPUmmy.DBF\ WHERE\ LPUmmy.CODE\_LPU = cCODE\_LPU\}$

- Для пустого значения поля ODGMMYY.CODE\_UR:
  - $GCCMMYY.USL\_OK + GCCMMYY.CODE\_USL + GCCMMYY.CODE\_NOM1 + GCCMMYY.MKB1 = ODGCCMMYY.USL\_OK + ODGMMYY.CODE\_USL1 + ODGMMYY.CODE\_USL2 + ODGCCMMYY.MKB;$
  - $GCCMMYY.USL\_OK + GCCMMYY.CODE\_USL + GCCMMYY.CODE\_NOM1 + GCCMMYY.MKB1 = ODGCCMMYY.USL\_OK + ODGMMYY.CODE\_USL2 + ODGMMYY.CODE\_USL1 + ODGCCMMYY.MKB.$
  - $GCCMMYY.USL\_OK + GCCMMYY.CODE\_USL + GCCMMYY.CODE\_NOM2 + GCCMMYY.MKB1 = ODGCCMMYY.USL\_OK + ODGMMYY.CODE\_USL1 + ODGMMYY.CODE\_USL2 + ODGCCMMYY.MKB;$
  - $GCCMMYY.USL\_OK + GCCMMYY.CODE\_USL + GCCMMYY.CODE\_NOM2 + GCCMMYY.MKB1 = ODGCCMMYY.USL\_OK + ODGMMYY.CODE\_USL2 + ODGMMYY.CODE\_USL1 + ODGCCMMYY.MKB.$



- Gccmmyy.USL\_OK+ Gccmmyy.CODE\_USL+Gccmmyy. CODE\_NOM3+ Gccmmyy.MKB1 = ODGccmmyy.USL\_OK+ ODGmmyy.CODE\_USL1+ ODGmmyy.CODE\_USL2+ ODGccmmyy.MKB;
- Gccmmyy.USL\_OK+ Gccmmyy.CODE\_USL+Gccmmyy. CODE\_NOM3+ ccmmyy.MKB1 = ODGccmmyy.USL\_OK+ ODGmmyy.CODE\_USL2+ ODGmmyy.CODE\_USL1+ ODGccmmyy.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.

Для критериев применения КСЛП согласно Приложению №12в к Тарифному соглашению на 2019 год:

- Критерий 1 (USL\_OK=2): для KDGmmyy.CODE='10' и KDGmmyy.USL\_OK = Gccmmyy.USL\_OK, если возраст пациента на дату DATE\_IN до 1 года, кроме КСГ, относящихся в реестре счетов к профилю медицинской помощи "Неонатология" (Gccmmyy.PROFIL=55):  
КСЛП = KDGmmyy.VALUE.
- Критерий 2 (USL\_OK=2): для KDGmmyy.CODE='06' и KDGmmyy.USL\_OK = Gccmmyy.USL\_OK, если возраст пациента на дату DATE\_IN достиг 1 года и не превышает 3 полных лет (до 4 полных лет):  
КСЛП = KDGmmyy.VALUE.

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 №10б (КСГ в круглосуточных стационарах) или Приложению №12в (КСГ в дневных стационарах) 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 32**

№ критерия в справочнике, KSLMmyy.IDSL	Код критерия	Условие оказания USL_OK	Значение KDGmmyy.CODE	Особые случаи, значение ODGmmyy.TYPE_EXC
1	01К	1	10	
2	02К	1	06	
3	03К	1	18	
4	04К	1	07	
6	06К	1		05
7	07К	1		05
8	08К	1		05

9	09K	1		07
10	10K	1	08	
11	11K	1		07
12	11V	1		05
13	01D	2	10	
14	02D	2	06	
17	12K	1		10
18	13K	1		14
19	14K	1		15

**Таблица 33 Сочетания критериев КСЛП в круглосуточном стационаре.**

Код критерия	01K	02K	03K	04K	06K	07K	08K	09K	10K	11K	11V	12K	13K	14K
01K	+		+		+	+	+						+	+
02K		+	+		+	+	+						+	+
03K	+	+	+		+	+	+			+			+	+
04K				+	+	+	+				+		+	+
06K	+	+	+	+	+				+					
07K	+	+	+	+		+			+					
08K	+	+	+	+			+		+					
09K								+	+					
10K					+	+	+	+	+	+			+	+
11K			+						+	+				
11V				+							+			
12K												+	+	+
13K	+	+	+	+					+			+	+	
14K	+	+	+	+					+			+		+

**Таблица 34 Сочетания критериев КСЛП в дневных стационарах**

Код критерия	01D	02D
01D	+	
02D		+

Итоговое значение КСЛП GCSMMYY.KSLP при наличии нескольких критериев не может превышать 1.8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации, а именно:

Если  $КСЛП > 1.8$  и  $NOT(DRGMMYY.Ultralong=.T.$  и  $KOL\_FACT >= DRGMMYY.Uldayslim)$ , 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 ( $MDUMMY.ED\_IZM='10'$ ) и медицинских услуг, относящихся к хирургическим операциям или иным медицинским технологиям ( $MDUMMY.ED\_IZM='12'$ ).
- 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 – FLK1MMYY.DBF.
- 10) Если оказана медицинская помощь по профилю медицинской помощи GССММYY.PROFIL, медицинским работником, код специальности которого указан в поле DССММYY.PRVS в записи со значением поля DССММYY.CODE\_MD = GССММYY.CODE\_MD, то должна найтись запись в файле PSPММYY, для которой справедливо условие:  
**PSPММYY.PROFIL=GССММYY.PROFIL AND PSPММYY.IDSPEC=DССММYY.PRVS.**
- 11) Для записей реестра медицинских услуг, относящихся к медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица ( $MSK\_OT='99'$ ):  $VID\_SF='15'$ .
- 12) Если для КСГ ( $VID\_MP=31$ ) указан признак особого случая  $SP\_CASE=2$ , то должны соблюдаться условия:  
 $MKB1=\{'I69.3', 'I69.8', 'T90.5', 'T90.8', 'T91.3', 'T91.1', 'I69.0', 'I69.1'\}$ ;  
 $CODE\_USL = 'st37.003'$ ;  $CODE\_NOMi='A19.23.002.017'$ .
- 13) 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  $GССММYY.USL\_OK=2$  и  $MDUMMY.ED\_IZM='04'$ , то должно выполняться условие:  $GССММYY.PROFIL=DRGММYY.PROFIL$  при  $GССММYY.CODE\_USL=DRGММYY.CODE\_USL$ .
- 14) Для всех записей реестра случаев лечения по КСГ или КПГ ( $VID\_MP=31$ ) должны выполняться условия:  $GССММYY.KZ = DRGММYY.KZ\_VALUE$  и  $GССММYY.KU = DRGММYY.KU\_VALUE$ .
- 15) Для всех записей реестра случаев лечения должны выполняться условия:  $VB\_P=1$  при  $RES\_GOSP=\{104, 204\}$ .
- 16) Признак P\_PER должен быть обязательно заполнен для всех записей с  $USL\_OK=\{1,2\}$ .
- 17) Дополнительный классификационный критерий DKK1 заполняется:
- Значением V024ММYY.IDDKK в случае наличия значения GDGММYY.CODE\_OPER2 в справочнике V024ММYY (GDGММYY.CODE\_OPER2=

V024ММYY.IDDKK) при условии  $GCCMMYY.DATE\_OUT > V024ММYY.DATEBEG$  and  $GCCMMYY.DATE\_OUT < V024ММYY.DATEEND$ ;

- Значением 'нет' при лечении злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей:  $GCCMMYY.CODE\_USL = \{ 'st05.006', 'st05.007', 'st05.009', 'st05.010', 'st05.011', 'ds05.003', 'ds05.004', 'ds05.006', 'ds05.007', 'ds05.008' \}$  и  $СССММYY.USL\_TIP = \{ 2, 4 \}$ ;
- 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  $СССММYY.USL\_TIP = \{ 2, 4 \}$  и  $VOZR < 18$ , где  $VOZR = YEAR(UCCMMYY.DATE\_IN) - YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)$ .

В остальных случаях DKK1 не заполняется.

- 18) Дополнительный классификационный критерий DKK2 должен быть заполнен для случаев лечения по КСГ (VID\_MP=31) в случае применения двух лекарственных схем одновременно: должны выполняться условия  $GCCMMYY.CODE\_USL = GDGMMYY.CODE\_USL$  и  $GCCMMYY.DKK2 = left(GDGMMYY.CODE\_OPER2, 10) = V024ММYY.IDDKK$  при  $left(GCCMMYY.DKK2, 2) = 'sh'$  и при условии  $GCCMMYY.DATE\_OUT > V024ММYY.DATEBEG$  and  $GCCMMYY.DATE\_OUT < V024ММYY.DATEEND$ .
- 19) Дополнительный классификационный критерий DKK2 должен быть заполнен для случаев лечения по КСГ (VID\_MP=31) в случае лучевой (или смешанной) терапии злокачественных новообразований, должны выполняться условия:  $GCCMMYY.CODE\_USL = GDGMMYY.CODE\_USL$  и  $GCCMMYY.DKK2 = GDGMMYY.FRAC = V024ММYY.IDDKK$  при  $LEFT(GCCMMYY.DKK2, 2) = 'fr'$  и при условии  $GCCMMYY.DATE\_OUT > V024ММYY.DATEBEG$  and  $GCCMMYY.DATE\_OUT < V024ММYY.DATEEND$ .
- 20) Значения КСЛП при VID\_MP=31 по каждому критерию должны удовлетворять условиям:  $1 \leq Z\_SL1 \leq 1.8$ ,  $1 \leq Z\_SL2 \leq 1.8$ ,  $1 \leq Z\_SL3 \leq 1.8$ .

## 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 35

№ 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	15

6.	Медицинская услуга	O	CODE_USL	CHARACTER	15
7.	Дата оказания услуги	O	DATE_OUT	DATE	8
8.	Формула зуба	O	TEETH_CODE	CHARACTER	3
9.	Прикус.	O	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 36**

№ 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 находиться 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 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.	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	15
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 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 V017ММYY.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:

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 V021ММYY.IDSPEC; 0 – при других NAZ\_R.

NAZ\_V, вид обследования:

1) заполняется согласно справочнику V029ММYY.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 PMPММYY.IDPR; 0 – при других NAZ\_R.

NAZ\_PK, профиль койки: заполняется при NAZ\_R=6 значениями V020ММYY.IDK\_PR; 0 – при NAZ\_R#6.

**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	SMOMМYY.DBF	REGION+CODE_SMO	«46000000» - регулярное выражение – код Московской области
2.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE	PCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT + PERSCODE	
3.	CODE_LPU	LPUMМYY.DBF	CODE_LPU	
4.	PROFIL	PMPММYY.DBF	PROFIL	
5.	CODE_USL	MDUMМYY.DBF	CODE_USL	
6.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	UCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	
7.	DISP	V016ММYY.xml	IDDT	Классификатор типов диспансеризации
8.	RSLT_D	V017ММYY.xml	IDDR	Классификатор результатов диспансеризации
9.	DISP+str(RSLT_D)	V016ММYY.xml	IDDT+str(RULE)	
10.	NAZ_SP	V021ММYY.xml	IDSPEC	Классификатор медицинских специальностей
11.	NAZ_PMP	PMPММYY.DBF	IDPR	Справочник профилей медицинской помощи
12.	NAZ_PK	V020ММYY.xml	IDK_PR	Классификатор профилей коек
13.	NAZ_V	V029ММYY.xml	IDMET	Классификатор методов диагностического исследования
14.	CODE_USL+DISP	FLK2mmyy.dbf	CODE_USL+DISP	Справочник соответствия типа диспансеризации и медицинской услуги



## 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 39

№ 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	15
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.	Повод обращения (по N018 при УССММУУ.DS_ONK=2)	У	Н	DS1_T	NUM	1
11.	Стадия заболевания (по N002)	У	Н	STAD	NUM	3
12.	Значение Tumor (по N003)	У	Н	ONK_T	NUM	3
13.	Значение Nodus (по N004)	У	Н	ONK_N	NUM	3
14.	Значение Metastasis (по N005)	У	Н	ONK_M	NUM	3
15.	Признак выявления отдаленных метастазов (при DS1_T=1 или 2)	У	Н	MTSTZ	NUM	1

16.	Тип диагностического показателя	У	Н	DIAG_TIP	NUM	1	
17.	Код диагностического показателя (по N007 или N010)	У	Н	DIAG_CODE	NUM	3	
18.	Код результата диагностики (по N008 или N011)	У	Н	DIAG_RSLT	NUM	3	
19.	Код противопоказания или отказа (по N001)	У	Н	PROT	NUM	1	
20.	Дата регистрации противопоказания или отказа	У	Н	D_PROT	DAT	8	
21.	Дата направления	У	Н	NAPR_DATE	DAT	8	
22.	Вид направления (по V028)	У	Н	NAPR_V	NUM	1	
23.	Метод диагностического исследования (по V029)	У	Н	MET_ISSL	NUM	1	
24.	Медицинская услуга, указанная в направлении (по V001)	У	Н	NAPR_USL	CHR	15	
25.	Сведения о проведении консилиума	У	Н	PR_CONS	NUM	1	
26.	Тип услуги (по N013)	У	Н	USL_TIP	NUM	1	
27.	Тип хирургического лечения (по N014)	У	Н	HIR_TIP	NUM	1	
28.	Линия лекарственной терапии (по N015)	У	Н	LEK_TIP_L	NUM	1	
29.	Цикл лекарственной терапии (по N016)	У	Н	LEK_TIP_V	NUM	1	
30.	Тип лучевой терапии (по N017)	У	Н	LUCH_TIP	NUM	1	
31.	Суммарная очаговая доза	У	Н	SOD	NUM	6	2
32.	Заболевание выявлено впервые или ранее	У	Н	DS1_F	NUM	1	
33.	Дата взятия материала для проведения диагностики	У	Н	DIAG_DATE	DAT	8	
34.	Признак получения результата диагностики	У	Н	REC_RSLT	NUM	1	
35.	Дата проведения консилиума	У	Н	DT_CONS	DAT	8	
36.	Регистрационный номер лекарственного противоопухолевого препарата (по N020)	У	Н	REGNUM	CHR	6	
37.	Дата введения лекарственного противоопухолевого препарата	У	Н	DATE_INJ	DAT	8	
38.	Признак наличия противопоказания или отказа	У	Н	B_PROT	NUM	1	
39.	Количество фракций проведения лучевой терапии	У	Н	K_FR	NUM	2	
40.	Масса тела (кг)	У	Н	WEI	NUM	5	1
41.	Рост (см)	У	Н	HEI	NUM	3	
42.	Площадь поверхности тела (м <sup>2</sup> )	У	Н	BSA	NUM	4	2
43.	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса	У	Н	PPTR	NUM	1	
44.	Код схемы лекарственной терапии	У	Н	CODE_SH	CHR	10	
45.	Вид медицинского вмешательства	У	Н	VID_VME	CHR	15	

46.	Номер (идентификатор) консилиума	H	H	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+ 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

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.

$VOZR = YEAR(UCCMMYY.DATE\_IN) - YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)$

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 при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1\_T={0, 1, 2, 3, 4});

ONK\_T:

Заполняется по справочнику N003ММYY.XML, обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст VOZR которых на дату начала лечения DATE\_IN 18 лет и старше (VOZR>17);

ONK\_N:

Заполняется по справочнику N004ММYY.XML, обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст VOZR которых на дату начала лечения DATE\_IN 18 лет и старше (VOZR>17);

ONK\_M:

Заполняется по справочнику N005ММYY.XML, обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст VOZR которых на дату начала лечения DATE\_IN 18 лет и старше (VOZR>17);

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 – маркёр (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 N007ММУ.XML;
- если значение left(U.МКВ1, 3) есть в справочнике N009ММУ.XML, то поле C.DIAG\_CODE должно быть заполнено значением N009ММУ.ID\_MRF из одной из записей справочника N009ММУ.XML, соответствующих ключевому выражению: left(N009ММУ.DS\_MRF, 3) = left(U.МКВ1, 3);

2) при DIAG\_TIP=2:

- заполняется по справочнику N010ММУ.XML;
- если значение left(U.МКВ1, 3) есть в справочнике N012ММУ.XML, то поле C.DIAG\_CODE должно быть заполнено значением N012ММУ.ID\_IGH из одной из записей справочника N012ММУ.XML, соответствующих ключевому выражению: left(N012ММУ.DS\_IGH, 3) = left(U.МКВ1, 3);

3) 0 – при DIAG\_TIP=0.

DIAG\_RSLT, код результата диагностики:

- 1) при DIAG\_TIP=1 заполняется по справочнику N008ММУ.XML;
- 2) при DIAG\_TIP=2 заполняется по справочнику N011ММУ.XML;
- 3) 0 – при DIAG\_TIP=0 или REC\_RSLT=0.

DIAG\_DATE, дата взятия материала для проведения диагностики **начиная с отчетного периода ОТ\_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 N001ММУ.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 UCCMMYY.DS\_ONK#0, заполняется согласно справочнику V028MMYY.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 UCCMMYY.DS\_ONK=1 и NCCMMYY.NAZ\_R={2, 3}
- 3) должно быть DATE\_IN<= NAPR\_DATE <= DATE\_OUT.

MET\_ISSL, метод диагностического исследования:

- 1) заполняется согласно справочнику V029MMYY.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 V001MMYY.xml.

PR\_CONS, сведения о проведении консилиума:

заполняется согласно справочнику N019MMYY.XML при UCCMMYY.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 N013MMYY.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 N013MMYY.DBF или не заполняется.
- 5) USL\_TIP может принимать значение 2 только при условии LEFT(CODE\_SH,2)='sh' или LEFT(CODE\_SH,3)='нет';
- 6) USL\_TIP может принимать значение 4 только при условии LEFT(CODE\_SH,2)='mt' или LEFT(CODE\_SH,3)='нет'.

HIR\_TIP, тип хирургического лечения:

- 1) при USL\_TIP=1 заполняется по справочнику N014MMYY.XML;
- 2) 0 – при USL\_TIP#1.

LEK\_TIP\_L, линия лекарственной терапии:

- 1) при USL\_TIP=2 заполняется по справочнику N015MMYY.XML;
- 2) 0 – при USL\_TIP#2.

LEK\_TIP\_V, цикл лекарственной терапии:

- 1) при USL\_TIP=2 заполняется по справочнику N016MMYY.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 UCCММYY.DS\_ONK=2 и UCCММYY.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 (м<sup>2</sup>):

**начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0919'**

- 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 V024ММYY.IDDKK в случае наличия значения CODE\_SH в справочнике V024ММYY (CODE\_SH=V024ММYY.IDDKK) при условии СССММYY.DATE\_OUT > V024ММYY.DATEBEG and СССММYY.DATE\_OUT < V024ММYY.DATEEND, за исключением:

- лечения злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей - при СССММYY.CODE\_USL={ 'st05.006', 'st05.007', 'st05.009', 'st05.010', 'st05.011', 'ds05.003', 'ds05.004', 'ds05.006', 'ds05.007', 'ds05.008' } заполняется значением 'нет';
- При установленном диагнозе UCCММYY.MKB1 из диапазона {'C81'-'C96'} заполняется значением 'нет';
- лечения злокачественных новообразований у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет - при UCCММYY.DS\_ONK=2 и USL\_OK={1, 2} и VOZR<18, где VOZR = YEAR(UCCММYY.DATE\_IN) – YEAR(PCCММYY.BIRTHDAY) заполняется значением 'нет'.

2) не заполняется при USL\_TIP#2 и USL\_TIP#4.

VID\_VME, Вид медицинского вмешательства. Обязателен к заполнению **начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0419'** по справочнику V001ММYY.XML при :

- 1) USL\_TIP={1, 3, 4, 6};
- 2) MDUmmyu.SP\_OPL = 28.

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

Таблица 40

№ 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.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE	PCCММYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE	
3.	CODE_LPU	LPUMMYY.DBF	CODE_LPU	
4.	PROFIL	PMPММYY.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)	UCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	
7.	PROT	N001ММYY.XML	ID_PROT	Классификатор противопоказаний и отказов
8.	STAD#0	N002ММYY.XML	ID_ST	<b>Начиная с отчетного периода OT_PER_U&gt;='0919'</b> 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	N003ММYY.XML	ID_T	Начиная с отчетного периода OT_PER_U >= '0919' В справочнике N003mmyy.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 N004mmyy.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 N005mmyy.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)+	N008ММYY.XML	str(ID_MRF)+	Начиная с



	str(DIAG_RSLT) при DIAG_TIP=1		str(ID_R_M)	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)+ str(DIAG_RSLT) при DIAG_TIP=2	N011mmyy.XML	str(ID_IGH)+ str(ID_R_I)	Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N011mmyy.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	N013mmyy.XML	ID_TLECH	Классификатор типов лечения
17.	HIR_TIP#0	N014mmyy.XML	ID_THIR	Классификатор типов хирургического лечения
18.	LEK_TIP_L#0	N015mmyy.XML	ID_TLEK_L	Классификатор линий лекарственной терапии
19.	LEK_TIP_V#0	N016mmyy.XML	ID_TLEK_V	Классификатор циклов лекарственной терапии
20.	LUCH_TIP#0	N017mmyy.XML	ID_TLUCH	Классификатор типов лучевой терапии
21.	DS1_T#9	N018mmyy.XML	ID_REAS	Классификатор поводов обращения
22.	PR_CONS#0	N019mmyy.XML	ID_CONS	Классификатор целей консилиума
23.	NAPR_V при	V028mmyy.XML	IDVN	Классификатор

	UCCMMYY.DS_ONK=1			видов направления
24.	MET_ISSL при NAPR_V=3	V029ММYY.XML	IDMET	Классификатор методов диагностического исследования
25.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE + NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	GCCMMYY.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	N020ММYY.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 C.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 контроля 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»

## 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:

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 \_\_\_\_\_

«   » \_\_\_\_\_ 201\_ 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: «   » \_\_\_\_\_ 201\_ 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 \_\_\_\_\_

«   » \_\_\_\_\_ 201\_ 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: «   » \_\_\_\_\_ 201\_ 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 \_\_\_\_\_

«Утверждаю»  
Руководитель МО

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

«    » \_\_\_\_\_ 201\_ 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;

п – 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.

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:

$TR_iN_iP_rN_p\_YYMMN.XML$ , 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: СС = «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.

### Передача счетов за период

До того момента как все активные МО успешно сдали реестры счетов за отчетный период (пока в СМО не ушло сообщение с заголовком REESTRREADY\_CCMMYY) передача санкционируется автоматически. Для этого МО направляет на Робот сообщение с заголовком:

REESTRRESEND\_НННННССММYY,

где ННННН - код юр. лица,

СС – код плательщика:

двузначный код СМО в кодировке ТФОМС МО – при передаче 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

ММYY - отчетный период.

Сообщение должно содержать подписанный текстовый файл REESTRRESEND\_НННННССММYY.txt

(т.е. REESTRRESEND\_НННННССММYY.txt.sig). В этом файле в первой строке должен быть текст НННННССММYY. Сообщение должно быть отправлено с доверенного электронного почтового адреса.

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).

После того, как все активные МО успешно сдали реестры счетов за отчетный период (когда в СМО ушло сообщение с заголовком REESTRREADY\_CCMMYY), процесс передачи (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:

REESTRRESEND\_НННННССММYY,

где ННННН - код юр. лица,

СС – код плательщика:

двузначный код СМО в кодировке ТФОМС МО – при пересдаче по конкретной СМО;

«50» – при пересдаче реестров счетов по МТР;

«99» – при пересдаче по неидентифицированным и незастрахованным по ОМС лицам;

«00» – при пересдаче по всем плательщикам

ММYY - отчетный период.

Сообщение должно содержать подписанный текстовый файл REESTRRESEND\_НННННССММYY.txt (т.е. REESTRRESEND\_НННННССММYY.txt.sig). В этом файле в первой строке должен быть текст НННННССММYY. Сообщение должно быть отправлено со специально зарегистрированного адреса электронной почты.

Администратор ТФОМС МО получает от Робота подтверждения АСК1 и АСК2. МО может пересдавать счета после получения Администратором ТФОМС МО сообщения АСК2.

Все МО и плательщики, для которых (попарно) технически санкционирована пересдача счетов за отчетный период, получают сообщения с заголовком REESTRRESENDREADY\_НННННССММYY. В случае пересдачи 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 пересдачи данных и требует получения консультации у Администратора ТФОМС МО.

После технического санкционирования Администратором ТФОМС МО пересдачи счетов, предыдущие успешно сданные данные не удаляются, а помещаются в архив.

Если МО отказывается от пересдачи счёта, Администратор ТФОМС МО должен аналогично описанному выше отправить на адрес Робота письмо с заголовком REESTRRESENDCANCEL\_НННННММYY. 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 пересдачи остались без изменений».

При пересдаче медицинской организацией реестров счетов новые Своды по плательщикам, для которых технически санкционирована пересдача, должны пересылаться безусловно, даже если в таблицах реестров счетов нет никаких изменений сумм и количества записей.

После успешной пересдачи 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 пересдачи 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\_CCMMYY, где CC – код СМО, а ММYY - отчётный 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\_MMYY.

### **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\_MMYY, 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, CC – 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 CC 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».



«Утверждаю»  
Руководитель МО

\_\_\_\_\_  
/

«    » \_\_\_\_\_ 201\_ 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 робот 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 робот 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: \_\_\_\_\_

Код и наименование СМО: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Согласовано

Ответственный от МО

Ответственный от СМО

\_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

**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 <sub>не</sub> ) (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>	
<b>ИТОГО</b>							

\*в том числе в рамках межучрежденческих расчетов \_\_\_\_\_ руб.

Руководитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО) (подпись)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО) (подпись)

МП  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение № 10а  
к ОТП-ИВ-7

Представлена в \_\_\_\_\_  
ТФОМС МО (филиал)

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 <sub>пс</sub> ) (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>	
<b>ИТОГО</b>							

Всего к оплате (ИТОГО) \_\_\_\_\_ руб.  
(сумма прописью, целое число)

Руководитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО) (подпись)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО) (подпись)

МП  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Представлена в \_\_\_\_\_  
ТФОМС МО (филиал)

**Сводная справка к Реестру счетов** (дополнительно к базовой программе ОМС)

№ \_\_\_\_\_  
за « \_\_\_\_\_ » 20\_\_ г.  
(месяц)

Код и наименование Медицинской организации \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Категория \_\_\_\_\_ (круглосуточный стационар)

Группа \_\_\_\_\_ Категория \_\_\_\_\_ (поликлиника)  
\_\_\_\_\_ (станция скорой медицинской помощи)

Медицинская услуга							
Профиль	Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Тариф Т (Т <sub>ис</sub> ) (руб.)	Сумма (руб.), целое число	Пациенты (чел.)
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС (Сверх базовой Программы 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>Скорая медицинская помощь</i>							
					X	<i>Итого 4</i>	
<b>ИТОГО по СЗЗ с учетом К<sub>ФП1</sub>, К<sub>ФП2</sub>, К<sub>ФП3</sub>, К<sub>ФП4</sub> в соответствии с условием оказания медицинской помощи:</b>							

**Всего к оплате (ИТОГО)** \_\_\_\_\_ руб.  
(сумма прописью, целое число)

Руководитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО) (подпись)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО) (подпись)

МП  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г



Представлена в \_\_\_\_\_

ТФОМС МО (филиал)

**Сводная справка к Реестру счетов-«иногородние»** (дополнительно к базовой программе ОМС)

№ \_\_\_\_\_  
за « \_\_\_\_\_ » 20\_\_ г.  
(месяц)

Код и наименование Медицинской организации \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Категория \_\_\_\_\_ (круглосуточный стационар)

Группа \_\_\_\_\_ Категория \_\_\_\_\_ (поликлиника)  
\_\_\_\_\_ (станция скорой медицинской помощи)

Медицинская услуга							
Профиль	Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Тариф Т (Т <sub>пс</sub> ) (руб.)	Сумма (руб.), <i>целое число</i>	Пациенты (чел.)
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС ( <i>Сверх базовой Программы ОМС</i> )							
<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>Скорая медицинская помощь</i>							
					X	<i>Итого 4</i>	
<b>ИТОГО</b>							

**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 <sub>пс</sub> ) (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>							
<b>ИТОГО сформировано на сумму по учету медицинских услуг</b>							
<b>Всего Сумма к оплате (Сумма Заявки)</b>							

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 <sub>пс</sub> ) (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>							
<b>ИТОГО сформировано на сумму по учету медицинских услуг</b>							
<b>Всего Сумма к оплате (Сумма Заявки)</b>							

Значение коэффициента списания ( $K_{сп} = \text{Сумма Заявки} / \text{Сумма (гр. 7)}$ ): \_\_\_\_\_ (округляется до 8 знаков после запятой)

Всего к оплате (сумма \_\_\_\_\_ руб. по Заявке)  
*(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 <sub>пс</sub> ) (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
<b>Условия оказания по Московской областной программе ОМС</b>							
<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>	
<b>ИТОГО сумма по учтенным медицинским услугам</b>							
<i>Заявка КС</i>							
<i>Заявка ДС</i>							
<i>Заявка АПП</i>							
<b>Всего Сумма к оплате (по Заявкам условий оказания при Ксп#0)</b>							

Значение коэффициентов списания:

- 1) круглосуточный стационар  $K_{сп\ КС} = \text{Заявка}_{КС} / \text{Итого}_{КС}$  (гр. 7) = \_\_\_\_\_ (округляется до 8 знаков после запятой);
- 2) дневные стационары всех типов  $K_{сп\ ДС} = \text{Заявка}_{ДС} / \text{Итого}_{ДС}$  (гр. 7) = \_\_\_\_\_ (округляется до 8 знаков после запятой);
- 3) амбулаторная помощь  $K_{сп\ АПП} = \text{Заявка}_{АПП} / \text{Итого}_{АПП}$  (гр. 7) = \_\_\_\_\_ (округляется до 8 знаков после запятой).

**1. Итого к оплате** (сумма Заявок по условиям оказания, по которым Ксп # 0)

руб.

*(сумма прописью, целое число)*

Медицинская услуга				Кол-во	Тариф Т (Т <sub>пс</sub> ) (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
<b>Условия оказания по Московской областной программе ОМС</b>							
<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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_