|  |  |
| --- | --- |
| «Утверждаю» | «Утверждаю» |
| Министр здравоохранения | Директор |
| Республики Татарстан | ТФОМС Республики Татарстан |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.М. Миннуллин | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.М. Мифтахова |
| «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025г. | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025г. |

**Порядок информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной в 2025 году по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан**

Казань, 2025

**Принятые сокращения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Временное свидетельство |  | Временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС |
| ДУЛ |  | Документ, удостоверяющий личность |
| ФЕРЗЛ |  | Федеральный единый регистр застрахованных лиц по ОМС в РФ, организацию и поддержку которого осуществляет ФОМС |
| АИС ТФОМС |  | Автоматизированная информационная система ТФОМС Республики Татарстан |
| МО |  | Медицинская организация |
| МЭК |  | Медико-экономический контроль |
| МЭЭ |  | Медико-экономическая экспертиза |
| ЭКМП |  | Экспертиза качества медицинской помощи |
| НСИ |  | Нормативно-справочная информация |
| ОМС |  | Обязательное медицинское страхование |
| ПО |  | Программное обеспечение |
| ПГГ РТ |  | Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан, ежегодно утверждаемая Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан |
| ПГГ РФ |  | Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемая Постановлением Правительства Российской Федерации |
| ТП ОМС |  | Территориальная программа обязательного медицинского страхования Республики Татарстан |
| РС ЕРЗЛ |  | Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц на территории Республики Татарстан, ведение и поддержку которого осуществляет ТФОМС Республики Татарстан |
| СП |  | Страховая принадлежность |
| СМО |  | Страховая медицинская организация |
| Тарифное соглашение по ОМС |  | Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2025 год |
| Тарифное соглашение в рамках одноканального финансирования |  | Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования на осуществление преимущественно одноканального финансирования на 2025 год |
| ТК |  | Технический контроль |
| Установленный диагноз ЗНО или нейтропении |  | В рамках данного документа случаи с установленным диагнозом: злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47); |
| ФОМС |  | Федеральный фонд обязательного медицинского страхования |
| Фонд |  | ТФОМС Республики Татарстан |
| ФЛК |  | Форматно-логический контроль |
| Федеральный закон №326-ФЗ |  | Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» |
| WEB-браузер |  | Программное обеспечение для поиска, просмотра веб-страниц (преимущественно из сети Интернет), для их обработки, вывода и перехода от одной страницы к другой |
| ТМК |  | Телемедицинская консультация |
| НМИЦ |  | Национальный медицинский исследовательский центр |

# **Законодательные и нормативные документы**

1. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 15.11.1997 №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния».
3. Постановление Правительства РФ от 28.12.2023 N 2353 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов".
4. Постановление Правительства Российской Федерации №1998 от 05.11.2022 «Об утверждении правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
6. Приказ Минздрава России от 26.03.2024 N 142н «Об утверждении порядка и условий осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения».
7. Приказ Минздрава России от 19.03.2021 №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».
8. Приказ ФОМС от 31.03.2021 №34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».
9. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (утверждены 19.02.2024 Министерством здравоохранения Российской Федерации № 31-2/200 и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/2778).
10. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 30.12.2023 №1757 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 года».
11. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 02.04.2015 № 214 «О предоставлении отдельным категориям граждан в Республике Татарстан услуг по зубопротезированию и слухопротезированию».
12. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 07.11.2011 № 922 «Об организации диспансеризации государственных гражданских служащих Республики Татарстан».
13. Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2025 год.
14. Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования на осуществление преимущественно одноканального финансирования на 2025 год.

# **Общие положения**

Настоящий документ определяет порядок информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной в рамках реализации ПГГ РТ в части: форм представления, передачи и приёма сведений персонифицированного учета медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в медицинских организациях Республики Татарстан; информационного обмена при проведении контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, правил оформления и форм счетов и реестров счетов.

К участникам информационного обмена в контексте данного документа относятся:

- Министерство здравоохранения Республики Татарстан;

- Фонд;

- страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС на территории Республики Татарстан;

- медицинские организации, участвующие в реализации ПГГ РТ.

В документе приведены порядок, правила и форматы информационного взаимодействия:

между Фондом и медицинскими организациями при обмене данными: об оказанной медицинской помощи (медицинской услуге) гражданам; о результатах проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; при определении факта страхования пролеченного лица;

между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями при предоставлении последними сформированных с использованием АИС ТФОМС персонифицированных счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам;

между Фондом, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями нормативно-справочной информацией, необходимой для ведения персонифицированного учёта в сфере ОМС;

между Министерством здравоохранения Республики Татарстан и Фондом при обмене данными по нормативам длительности лечения по МЭС (приложение №2 к Порядку).

**Требования, изложенные в рамках настоящего документа, являются обязательными для всех участников информационного взаимодействия, осуществляющих обмен сведениями об оказанной медицинской помощи.**

Информационный обмен сведениями об оказанной медицинской помощи осуществляется на основании следующих заключенных договоров:

- между МО и Фондом на оказание и оплату медицинской помощи застрахованным лицам, находящимся за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС (медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным за пределами Республики Татарстан);

- между МО и СМО на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (медицинская помощь, оказанная застрахованным на территории Республики Татарстан);

- между МО и Фондом на оказание и оплату медицинской помощи, оказанной не застрахованным по ОМС лицам;

- между МО и Фондом о финансовом обеспечении Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Татарстан расходов, связанных с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- между МО и Фондом на оказание и оплату медицинской помощи, медицинских услуг, финансируемых через систему обязательного медицинского страхования на осуществление преимущественно одноканального финансирования медицинских организаций;

- между МО и Фондом на оплату предоставленных услуг по зубопротезированию отдельным категориям граждан, имеющим право на адресную социальную защиту;

- между МО и Фондом на оплату предоставленных услуг по слухопротезированию отдельным категориям граждан, имеющим право на адресную социальную защиту.

Также информационный обмен между МО и Фондом осуществляется по результатам проведения медицинскими организациями диспансеризации государственных гражданских служащих Республики Татарстан.

## **Краткое описание АИС**

АИС ТФОМС предназначена для автоматизации процессов формирования, обработки и обмена данными об оказанной медицинской помощи между участниками информационного обмена, обеспечения персонифицированного учета сведений о медицинских услугах, оказанных медицинскими организациями, реализации аналитических функций и формирования различных форм отчетности.

Предоставление информационных ресурсов АИС ТФОМС участникам информационного взаимодействия осуществляется с использованием защищенной сети Фонда, созданной на основе технологии ViPNet (сеть №638). Средства защиты информации ViPNet приобретаются участникам информационного взаимодействия самостоятельно.

### **Требования к ПО участников информационного обмена при осуществлении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным по ОМС лицам при реализации ТП ОМС, в том числе оказанной высокотехнологичной медицинской помощи; медицинской помощи, оказанной не застрахованным по ОМС лицам, а также медицинской помощи, оказанной при преимущественно одноканальном финансировании медицинских организаций через систему ОМС**

Взаимодействие с клиентской частью АИС ТФОМС осуществляется на основе «тонкого клиента» на рабочих местах пользователей (web-браузер) с использованием стандартного web-протокола HTTP.

Рекомендуемыми web-браузерами являются Яндекс Браузер, Mozilla Firefox, Google Chrome.

Доступ к АИС ТФОМС производится через абонентский пункт сети ViPNet – «16(РТТФОМС), АИС ТФОМС РТ».

Прикладные программные системы участников информационного обмена должны обеспечивать:

*- для МО в медицинской информационной системе:*

* передачу в Фонд персонифицированных сведений об оказанной медицинской помощи гражданам;
* прием от Фонда результатов автоматизированного контроля предъявленных МО сведений в виде протоколов форматно-логического и технического контроля; анализ результатов и внесение исправлений по выявленным ошибкам;
* повторную передачу в Фонд исправленных персонифицированных сведений об оказанной медицинской помощи гражданам;
* прием от Фонда НСИ по ОМС, действующей на отчетный период.

*- для СМО:*

* прием через АИС ТФОМС персонифицированных счетов за медицинскую помощь, оказанную МО за отчетный период застрахованным в данной СМО лицам, в т.ч. результатов медико-экономического контроля; проведение по полученным счетам МЭЭ и ЭКМП;
* отражение в подсистеме «Процессинговый центр» АИС ТФОМС результатов МЭЭ и ЭКМП;
* прием от Фонда НСИ по ОМС, действующей на отчетный период.

*- для Фонда:*

* прием от МО персонифицированных сведений об оказанной медицинской помощи гражданам;
* проведение автоматизированного контроля предъявленных МО сведений; формирование протоколов форматно-логического и технического контроля;
* определение факта страхования пролеченного лица на основании сведений РС ЕРЗЛ, а в случае отсутствия страхования на территории Республики Татарстан переформирование и передачу запроса в ФЕРЗЛ для установления страховой принадлежности на территориях иных субъектов РФ;
* формирование реестров счетов МО за медицинскую помощь, оказанную гражданам за отчетный период в разрезе плательщиков (СМО и Фонд); формирование печатной формы счёта;
* расчет стоимости оказанных медицинских услуг (проведенных исследований) в соответствие с Тарифным соглашением по ОМС и Тарифным соглашением в рамках одноканального финансирования;
* проведение МЭК реестров счетов МО за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным на территории Республики Татарстан;
* передачу в СМО персонифицированных реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную МО за отчетный период застрахованным в данной СМО лицам, в т.ч. результатов МЭК;
* отражение СМО результатов проведения МЭЭ и ЭКМП реестров счетов МО;
* проведение МЭК, МЭЭ и ЭКМП реестров счетов МО за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Республики Татарстан;
* проведение МЭК, МЭЭ реестров счетов МО за медицинскую помощь, оказанную не застрахованным по ОМС лицам;
* проведение МЭК, МЭЭ реестров счетов МО по скорой медицинской помощи в рамках одноканального финансирования;
* проведение МЭК, МЭЭ, ЭКМП реестров счетов МО за оказанную высокотехнологичную медицинскую помощь;
* проведение МЭК, МЭЭ реестров счетов МО за МП по зубо- и слухопротезированию отдельным категориям граждан, имеющим право на адресную социальную защиту;
* проведение МЭК реестров счетов МО за МП по диспансеризации государственных гражданских служащих Республики Татарстан;
* отражение для МО результатов проведенного СМО и Фондом МЭК, МЭЭ, ЭКМП реестров счетов МО за оказанную медицинскую помощь;
* хранение и аналитическую обработку персонифицированных сведений об оказанной медицинской помощи;
* ведение, актуализацию и предоставление НСИ (по согласованию с МЗ РТ) в СМО и МО. НСИ размещается на официальном сайте Фонда <http://www.fomsrt.ru> (раздел «Информационное взаимодействие», подразделы «Порядок информационного взаимодействия» и «Справочники и классификаторы»). Актуализация федеральной нормативно-справочной информации на сайте производится по мере поступления изменений от ФОМС.

Взаимодействие с АИС ТФОМС может производиться в 2-х вариантах:

* обмен информационными посылками с участием операторов;
* обмен информационными сообщениями с использованием сервисов SOAP в автоматизированном режиме взаимодействия информационных систем.

### **Порядок информационного взаимодействия при предоставлении персонифицированных реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным по ОМС лицам при реализации ТП ОМС, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, за медицинскую помощь, оказанную не застрахованным по ОМС лицам, за медицинскую помощь, оказанную при преимущественно одноканальном финансировании медицинских организаций через систему ОМС, а также за медицинскую помощь по услугам зубо(слухо)протезирования**

Состав данных, передаваемых при информационном обмене, сроки предоставления данных, приведены в таблице 1.

Таблица 1.

| №  п/п | Вид информационного сообщения | Направление обмена | Периодичность | Комментарий |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Определение факта страхования пролеченного лица на основании сведений ЕРЗЛ | МО в Фонд | При необходимости | Порядок определения факта страхования пролеченного лица на основании сведений РС ЕРЗЛ приведен в разделе 2 настоящего Порядка. |
| 2 | Передача персонифицированных сведений об оказанной медицинской помощи лицам, застрахованным и не застрахованным по ОМС | МО в Фонд | Не реже 1 раза в неделю | Структура и формат передаваемой информации определены таблицами Д.1 и Д.2 приложения №1 к настоящему Порядку |
| 3 | Передача протокола ФЛК сведений, переданных МО по п.2 настоящей Таблицы | Фонд в МО | По событию | Возвращается только в случае обнаружения дефектов. Структура и формат передаваемой информации определены таблицей Д.3 приложения №1 к настоящему Порядку |
| 4 | Передача протокола ТК сведений, переданных МО по п.2 настоящей Таблицы | Фонд в МО | По событию | Структура и формат передаваемой информации определены таблицей Д.4 приложения №1 к настоящему Порядку |
| 5 | Передача персонифицированных счетов в Фонд | МО в Фонд | С 1 по 5 число месяца, следующего за отчетным периодом | Структура и формат передаваемой информации определены приложением Д к приказу ФОМС от 31.03.2021 №34н |
| 6 | Передача персонифицированных счетов в СМО, в т.ч. с результатами МЭК | Фонд в СМО (через АИС ТФОМС) | Ежемесячно | Структура и формат передаваемой информации определены приложением Д к приказу ФОМС от 31.03.2021 №34н |
| 7 | Передача результатов МЭЭ и ЭКМП (по медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории Республики Татарстан) | СМО в МО, Фонд через АИС ТФОМС | Ежемесячно | Формат передачи результатов МЭЭ и ЭКМП определяется приказом Фонда. |
| 8 | Отражение результатов:  - МЭК, МЭЭ, ЭКМП по медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан страховой медицинский полис ОМС;  - МЭК, МЭЭ по медицинской помощи, оказанной не застрахованным по ОМС лицам;  - МЭК, МЭЭ, ЭКМП по высокотехнологичной медицинской помощи;  - МЭК, МЭЭ по скорой медицинской помощи в рамках одноканального финансирования;  - МЭК, МЭЭ по услугам зубо(слухо)протезирования;  - МЭК по диспансеризации государственных гражданских служащих. | Фонд в МО | МЭК до 6 числа месяца, следующего за отчетным периодом;  МЭЭ, ЭКМП до 20 числа каждого месяца |  |

# **Порядок определения факта страхования граждан**

* 1. В целях уточнения факта страхования граждан, обратившихся за медицинской помощью, а также определения источника финансирования оказанной медицинской помощи (ТП ОМС или одноканальное финансирование) МО идентифицирует застрахованное лицо по РС ЕРЗЛ в период обращения за медицинской помощью.

В случае отсутствия у гражданина документа, подтверждающего факт страхования, МО принимает меры по идентификации застрахованного лица в РС ЕРЗЛ по документам, удостоверяющим личность, с целью дальнейшего выставления указанных случаев на оплату в рамках ТП ОМС. Ведение РС ЕРЗЛ осуществляется Фондом в соответствии с законодательством в сфере ОМС.

Документами, подтверждающими факт страхования являются:

полис ОМС единого образца в бумажном виде или в виде пластиковой карты установленного образца (изображения документов, подтверждающих факт страхования, представлены на сайте ТФОМС Республики Татарстан в разделе «Застрахованным лицам/Полис ОМС»);

временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС;

полис ОМС старого образца (до замены на полис единого образца).

Доступ к информации о документах, подтверждающих факт страхования, организован в 2-х вариантах:

с использованием web-сайта, доступ к которому производится через абонентский пункт сети ViPNet – «16(РТТФОМС), Сервис проверки факта страхования»;

с использованием web-сервиса проверки факта страхования граждан, застрахованных на территории Республики Татарстан, предназначенного для взаимодействия с внешними информационными системами по протоколу SOAP, функционирующего в соответствие с «Регламентом функционирования сервиса проверки факта страхования ТФОМС Республики Татарстан», утвержденным приказом Фонда от 12 апреля 2016 года №0136. Инструкция по подключению размещена на официальном сайте по адресу <http://www.fomsrt.ru/infinter/ins_verification/>.

При оказании стационарной медицинской помощи проверка действительности предъявляемых застрахованными лицами полисов или временных свидетельств, подтверждающих факт страхования, с использованием вышеуказанных сервисов является обязательной и должна осуществляться не позднее третьего дня с даты госпитализации.

В случае отсутствия у застрахованного лица актуальных документов, подтверждающих факт страхования, МО может принимать меры по содействию в их получении застрахованным лицом в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.

Перечень категорий населения, подлежащих ОМС, указан в статье 10 Федерального закона №326-ФЗ.

* 1. После предоставления МО сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, Фонд в течение двух рабочих дней осуществляет автоматизированную обработку полученных сведений на основании РС ЕРЗЛ.

В случае затруднения при определении факта страхования гражданина на основании предоставленных МО сведений об оказанной медицинской помощи, Фонд формирует электронный запрос в ФЕРЗЛ, где осуществляется проверка и формируется ответ с указанием выявленной территории страхования и действующего номера полиса застрахованного лица.

* 1. При определении факта страхования детей необходимо учитывать следующее:

ОМС детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения (получения свидетельства о рождении) осуществляется СМО, в которой застрахованы их матери или другие законные представители (по их полису);

после государственной регистрации рождения ОМС ребенка осуществляет СМО, выбранная его родителями или другими законными представителями – в этом случае факт страхования подтверждает временное свидетельство, полис ОМС в виде бумажного бланка или пластиковой карты установленного вида, оформленные на самого ребенка. Заявление о рождении ребенка с целью его государственной регистрации в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 15.11.1997 №143-ФЗ должно быть подано родителями или другими законными представителями в органы записи актов гражданского состояния не позднее чем через месяц со дня рождения.

# **Информационное взаимодействие при прикреплении застрахованных по ОМС лиц к медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере ОМС на территории Республики Татарстан**

* 1. Порядок выбора гражданином МО в рамках ПГГ РФ устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Порядок учета регистрации застрахованных лиц в МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Республики Татарстан, с целью получения первичной медико-санитарной помощи (прикрепления) устанавливается Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

Ведение электронной базы прикрепленного застрахованного населения осуществляет Фонд.

# **Требования к ПО участников информационного обмена при информационном взаимодействии при предоставлении сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением**

Информационный обмен осуществляется в целях организации учета и обеспечения информирования застрахованных лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, о необходимости своевременного прохождения диспансерного наблюдения, оценки эффективности мер информирования.

Источником данных являются МО. Фонд аккумулирует данные и предоставляет их страховым представителям страховых медицинских организаций.

Доступ МО к АИС ТФОМС для реализации требований настоящего раздела производится через абонентский пункт сети ViPNet – «16(РТТФОМС), Робот».

Прикладные программные системы участников информационного взаимодействия должны обеспечивать:

*- для МО в медицинской информационной системе*:

* передачу в Фонд сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением;
* *- для Фонда*:
* прием от МО сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением;
* формирование и отправку протоколов ФЛК представленных сведений;
* предоставление сведений страховым представителям страховых медицинских организаций в целях организации информирования застрахованных лиц, подлежащих диспансерному наблюдению;
* хранение и аналитическую обработку сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением, оценку эффективности мер по информированию застрахованных лиц о необходимости прохождения диспансерного наблюдения.

Форматы и структура передаваемой информации о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением, приведены в приложении №3 к Порядку.

# **Правила оформления и формы счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, а также заключений МЭК**

Информация о пролеченных больных предоставляется МО в Фонд и СМО в виде счетов и персонифицированных реестров счетов на оплату медицинской помощи.

Персонифицированные реестры счетов за оказанную медицинскую помощь лицам, указанным в п. 1.1.1. Порядка формируются в АИС ТФОМС в форматах и структурах, опубликованных на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования <https://ffoms.gov.ru/documents/interaction/> в соответствии с приказ ФОМС от 31.03.2021 №34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

В подсистеме «Процессинговый центр» АИС ТФОМС формируются отдельные реестры счетов в разрезе условий оказания медицинской помощи.

Реестры счетов формируются по каждой МО, в том числе по обособленному структурному подразделению без права юридического лица, отдельно в разрезе условий оказания медицинской помощи, плательщику в рамках заключенных договоров (Фонд или СМО).

На основании предъявленных реестров счетов формируются и представляются в Фонд или СМО счета на оплату медицинской помощи по формам 1 и 2:

Форма 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | | | | | | | |
| Наименование МО | |  | | | | | | | | |
| Адрес юридического лица | |  | | | | | | | | |
| ОГРН | |  | | | | | | | | |
| Расчетный счет | |  | | | | | | | | |
| Банк | |  | | | | | | | | |
| ИНН/КПП | |  | | | | | | | | |
| ОКВЭД | |  | | | | | | | | |
| ОКТМО | |  | | | | | | | | |
| ОКПО | |  | | | | | | | | |
| Плательщик | |  | | | | | | | | |
| Адрес | |  | | | | | | | | |
| Расчетный счет | |  | | | | | | | | |
| Банк | |  | | | | | | | | |
| ИНН/КПП | |  | | | | | | | | |
| ОКВЭД | |  | | | | | | | | |
| ОКТМО | |  | | | | | | | | |
| СЧЕТ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| за период с \_\_.\_\_.\_\_\_\_ по \_\_.\_\_.\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Численность застрахованных в страховой медицинской организации лиц, проживающих на территории обслуживания медицинской организации (юридического лица) на \_\_.\_\_.\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ человек\*\* | | | | | | | | | | |
| Предмет счета | | | | Код вида медицинской помощи (из справочника V008) | | Код способа оплаты медицинской помощи (из справочника V010) | | Количество случаев (позиций в счете) | | Стоимость, руб. |
| 1 | | | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 |
| За медицинские услуги, оказанные по договору\* № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_ | | | |  | |  | |  | |  |
| в том числе | 1. Стационарная помощь | | |  | |  | |  | |  |
| 2. Амбулаторно-поликлиническая помощь | | |  | |  | |  | |  |
| 3. Диспансеризация 1 этап | | |  | |  | |  | |  |
| 4. Диспансеризация 2 этап | | |  | |  | |  | |  |
| 5. Дневной стационар | | |  | |  | |  | |  |
| 6. Скорая медицинская помощь | | |  | |  | |  | |  |
| 7. Прочее | | |  | |  | |  | |  |
| 8. ВМП (ОМС) | | |  | |  | |  | |  |
| 9. ВМП (Бюджет) | | |  | |  | |  | |  |
| Итого: | | | |  | |  | |  | |  |
| Всего к оплате: | |  | (сумма прописью) | | | | | | | |
| Руководитель медицинской организации | | | |  | (ФИО) | |  | |  | |
|  |  |  |  | (подпись) |  | |  | |  | |
|  |  |  | МП |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| Главный бухгалтер медицинской организации | | | |  | (ФИО) | | | |  | |
|  |  |  |  | (подпись) |  | |  | |  | |

\*договоры:

- по реестрам счетов за услуги, оказанные лицам, застрахованным на территории Республики Татарстан, - договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенному между МО и СМО;

- по реестрам счетов за услуги, оказанные лицам, находящимся за пределами территории страхования, – договор на оказание и оплату медицинской помощи застрахованным лицам, находящимся за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, заключенному между МО и Фондом;

- по реестрам счетов за услуги, оказанные не застрахованным по ОМС лицам, – договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказанной не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам, заключенному между МО и Фондом;

- по реестрам счетов за услуги, оказанные по высокотехнологичной медицинской помощи, - договор о финансовом обеспечении Фондом расходов, связанных с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, заключенному между МО и Фондом;

- по социально-значимым видам медицинской помощи, медицинской помощи оказанной в детских санаториях, в кабинетах (отделениях) планирования семьи, в Центре восстановительного лечения для детей-инвалидов с психоневрологическими заболеваниями ГАУЗ «Городская детская поликлиника №7», медицинскую помощь в ГАУЗ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Министерства здравоохранения Республики Татарстан» и т.д., - договор на оказание и оплату медицинской помощи, медицинских услуг, финансируемых через систему обязательного медицинского страхования на осуществление преимущественно одноканального финансирования, заключенному между МО и Фондом.

\*\* - в случае оплаты медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования.

Форма 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование МО | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес юридического лица | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ОГРН | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Расчетный счет | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Банк | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ИНН/КПП | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ОКВЭД | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ОКТМО | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ОКПО | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Плательщик | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Расчетный счет | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Банк | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ИНН/КПП | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ОКВЭД | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ОКТМО | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| СЧЕТ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| за период с \_\_.\_\_.\_\_\_\_ по \_\_.\_\_.\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Предмет счета | | | | | | | | | | | Код вида медицинской помощи (из справочника V008) | | Код способа оплаты медицинской помощи( из справочника V010) | | Количество случаев (позиций в счете) | | Стоимость, руб. | |
| 1 | | | | | | | | | | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| За медицинские услуги, оказанные по договору\* № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| в том числе | 1. Ветеран труда | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| 2. Граждане, пострадавшие от политических репрессий | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| 3. Граждане, пострадавшие от политических репрессий (родители которых расстреляны) | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| 4. Граждане, проработавшие в годы войны не менее 6 месяцев (труженик тыла) | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| 5. Граждане, награжденные орденами и медалями за самоотверженный труд в период ВОВ | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| 6. Реабилитированные лица | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| 7. Лица, награжденные орденом "За заслуги перед Республикой Татарстан" | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| 8. Лица, имеющие медаль Республики Татарстан "За доблестный труд" | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| 9. Лица, имеющие медаль "Ана-даны - Материнская слава", грамоту о присвоении почетного звания, награжденные Почетной грамотой Республики Татарстан | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Итого: | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| Всего к оплате: | |  | (сумма прописью) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | | | | | |  | |  | |  |
| Руководитель медицинской организации | | | | | | |  | | | | | | | (ФИО) | | | |  |
|  |  | | | | | | (подпись) | | | | | | |  | |  | |  |
|  |  | | | | | |  |  | | | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | | | | |  | МП | | | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | | | | |  |  | | | |  | |  | |  | |  |
| Главный бухгалтер медицинской организации | | | | | | |  | | | | | | | (ФИО) | | | |  |
|  |  |  | |  | | | (подпись) | | | | | | |  | |  | |  |

\* договоры по медицинской помощи, оказанной отдельным категориям граждан по зубопротезированию и слухопротезированию

В заголовочной части счета указываются:

номер счета (реестра счетов);

по разделу Поставщик:

полное наименование медицинской организации;

ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ;

юридический адрес медицинской организации;

банковские реквизиты медицинской организации.

по разделу Плательщик:

полное наименование плательщика (Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан», ООО «Страховая компания «АК БАРС-Мед», ООО «Страховое медицинское общество «Спасение», ООО Страховая медицинская организация «Чулпан-Мед»);

юридический адрес Плательщика;

банковские реквизиты Плательщика.

период, за который сформирован счет.

Содержательная часть счетов представляется в виде табличной части, содержащей наименование данных, показателей (в зависимости от вида медицинской помощи), а также соответствующие значения в натуральном и денежном выражении.

Счет содержит подписи (с расшифровкой) должностных лиц, ответственных за представление сведений, дату и заверяется печатью.

## **Правила оформления и форма заключений МЭК**

Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в заключении медико-экономического контроля по форме, утвержденной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Заключение МЭК оформляется Фондом в электронном виде с подписанием усиленной квалифицированной электронной подписью и передается в медицинские организации и страховые медицинские организации посредством Деловой почты ViPNet.

# **Порядок взаимодействия АИС ТФОМС Республики Татарстан и медицинских информационных систем по передаче сведений о направлениях и госпитализациях при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им специализированной медицинской помощи на территории Республики Татарстан**

В соответствии с главой XV приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС) в АИС ТФОМС Республики Татарстан реализован SOAP сервис, который предназначен для обеспечения информационного взаимодействия АИС ТФОМС Республики Татарстан и медицинских информационных систем по передаче сведений о направлениях и госпитализациях при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им специализированной медицинской помощи на территории Республики Татарстан.

Сервис доступен после подключения к сети ViPNet №638 (сеть ТФОМС Республики Татарстан) через абонентский пункт "16(РТТФОМС), АИС ТФОМС РТ".

Данный абонентский пункт имеет виртуальный ip-адрес, по которому предоставляется SOAP-сервис.

Доступ к WSDL сервиса предоставляется по адресу: http://[виртуальный ip-адрес абонентского пункта «16(РТТФОМС), АИС ТФОМС РТ»] /webservice/mis\_tfoms/mis\_tfoms\_mg?wsdl.

## **Сценарий взаимодействия МИС и АИС ТФОМС Республики Татарстан**

Сценарий взаимодействия подразумевает наличие SOAP сервиса на стороне АИС ТФОМС.

Ежедневно в МИС готовятся данные со сведениями, предусмотренными статьями 254, 255, 256 и 259 Правил ОМС, за предыдущие сутки.

МИС в АИС ТФОМС не позднее 09:00 путем обращения к соответствующим методам SOAP сервиса АИС ТФОМС предоставляет сведения:

о новых направлениях на госпитализацию;

о фактах госпитализации по направлениям;

о госпитализациях, выполненных в экстренной форме;

о пациентах, выбывших из стационара;

об аннулировании направлений на госпитализацию;

о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учётом периода ожидания.

АИС ТФОМС в ответных сообщениях информирует об успешности приёма данных в виде протоколов. Процедура обработки полученных данных в АИС ТФОМС проводится в два этапа: ФЛК, затем ТК. На ФЛК осуществляется проверка XSD, проверка кода отправителя SENDER, корректность GUID.

При наличии хотя бы одной ошибки ФЛК не принимается вся посылка. При наличии ошибок ФЛК или ТК в направляемых данных на стороне МИС должны быть обеспечена их корректировка и повторное направление.

При наличии технической возможности информационное взаимодействие МИС с АИС ТФОМС в части информационного сопровождения застрахованных лиц при организации им специализированной медицинской помощи может осуществляться в режиме реального времени.

## **Требования к правилам формирования номера направления**

Установлены требования к номеру направления на госпитализацию. Он должен быть уникален в пределах субъекта Российской Федерации и соответствовать маске K-Y-N, где:

K – реестровый код МО,

Y – год выдачи направления (четыре знака),

N – порядковый номер уникальный в рамках юридического лица (дополняется слева нолями до 5 знаков). Порядковый номер ежегодно сбрасывается и начинается с 1.

## **Перечень методов SOAP сервисов АИС ТФОМС**

Сервис АИС ТФОМС представляет следующие интерфейсы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Интерфейс | Входные параметры | Ответ |
| 1 | Приём сведений о направлениях на госпитализацию (в т.ч. аннулированных), о госпитализациях по направлениям, об экстренных госпитализациях, о выбывших больных | Сведения на указанную дату | Протокол ТК |
| 2 | Приём сведений о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учётом периода ожидания | Сведения на указанную дату | Протокол ТК |
| 3 | Предоставление перечня зарегистрированных в АИС ТФОМС направлений на госпитализацию (в т.ч. аннулированных) в указанную МО на определенную дату | МО, в которую выданы направления, и дата направления | Протокол ТК |
| 4 | Передача сведений о зарегистрированном в АИС ТФОМС направлении на госпитализацию (в т.ч. аннулированном) | Уникальный код направления | Протокол ТК |

В АИС ТФОМС в целях обеспечения стабильной работы предусмотрено ограничение на максимально допустимое количество одновременных обращений к Сервису. При превышении порогового значения, новые запросы будут отклоняться с передачей в ответной части соответствующего сообщения.

Форматы и структура передаваемой информации о направлениях и госпитализациях при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им специализированной медицинской помощи на территории Республики Татарстан, приведены в приложении №4 к Порядку.

# **Приложение № 1 к Порядку**

# **Структура передаваемой в Фонд в электронном виде информации за медицинскую помощь, оказанную застрахованным по ОМС лицам при реализации ТП ОМС, за медицинскую помощь, оказанную не застрахованным по ОМС лицам, за медицинскую помощь, оказанную в рамках преимущественно одноканального финансирования медицинских организаций через систему ОМС**

Информационные файлы, содержащие сведения об оказанной медицинской помощи, имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

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

Имя файла данных формируется по следующему принципу:

RPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где

R – реквизит, определяющий тип файла:

H – пакет случаев по ТП ОМС (не конкретизированный);

P – пакет поликлинических случаев по ТП ОМС;

S – пакет стационарных случаев по ТП ОМС, случаев ВМП всех видов;

С – пакет случаев скорой помощи;

O - пакет по одноканальному финансированию (не конкретизированный);

B - пакет поликлинических случаев по одноканальному финансированию;

G - пакет стационарных случаев по одноканальному финансированию;

I – пакет случаев по лабораторным исследованиям, проведенных в ГАУЗ «РКИБ» и ГКБ №7;

A – пакет случаев по сан.авиации;

D – пакет случаев медицинских осмотров работников образовательных организаций и организаций социального обслуживания;

Z - пакет случаев зубопротезирования и слухопротезирования

F – протокол форматно-логического контроля;

K – протокол технического контроля.

Pi – реквизит, определяющий организацию - источник:

M – медицинская организация;

T – ТФОМС Республики Татарстан.

Ni – код источника (16 – ТФОМС Республики Татарстан или реестровый номер МО).

Pp – реквизит, определяющий организацию - получатель:

M – медицинская организация;

T – ТФОМС Республики Татарстан.

Np – код получателя (16 – ТФОМС Республики Татарстан или реестровый номер МО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода.

N – порядковый номер пакета. Уникален в данном отчетном периоде в пределах одного типа файла. Разрядность номера пакета – не более 5 знаков.

Состав реестра случаев представлен в таблицах Д.1 и Д.2. Порядка.

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

соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена;

соответствия файлов установленным форматам.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде протокола ФЛК. Структура файла приведена в таблице Д.3. Порядка.

Результаты технического контроля (ТК), осуществляемого ТФОМС Республики Татарстан доводятся в виде протокола ТК. Структура файла, приведена в таблице Д.4. Порядка.

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

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

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

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

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

Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.

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

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

N – <число>, где разделителем дробной части является точка. В случае указания не целочисленного значения указывается количество знаков до разделителя (в целочисленной части), символ используемого разделителя и количество десятичных знаков;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

DT – <дата и время> в формате, определенном ISO 8601, по маске YYYY-MM-DDThh:mmTZD (образец: 1997-07-16T19:20+04:00).

S – <элемент> составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «РТ» указывается отметка для элементов, введенных на территории Республики Татарстан.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Таблица Д.1                     Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи** | | | | | | | | | | | |
| Имя файла совпадает с именем пакета. | | | | | | | | | | | |
| **Код элемента** | **Имя элемента** | **Тип** | **Формат** | **РТ** | **Наименование элемента** | | **Порядок заполнения для случаев по ТП ОМС, незастрахованным, ВМП-Бюджет, ВМП-Одноканал. скорой помощи** | **Порядок заполнения для поликлинических и стационарных случаев одноканального финансирования, за исключением ВМП-Бюджет, ВМП-Одноканал и мед.помощи незастрахованным, а также направления, финансируемые через Диспетчерский центр МЗ РТ** | | **Порядок заполнения для зубопротезирования и слухопротезирования** | |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | О | S |  | Заголовок файла | | Информация о передаваемом файле | | | | |
|  | PACK | О | S |  | Пакет | | Информация о пакете | | | | |
|  | ZAP | ОМ | S |  | Записи | | Записи о случаях оказания медицинской помощи | | | | |
| **Заголовок файла** | | | | | | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) |  | Версия взаимодействия | | 4.0 | | | | |
|  | DATA | О | D |  | Дата формирования | |  | | | | |
|  | FILENAME | О | T(26) |  | Имя файла | | Имя файла без расширения | | | | |
|  | SENDER | О | T(8) | Да | Код отправителя | | Регистрационный код МИС, присваиваемый ТФОМС Республики Татарстан | | | | |
| **Пакет** | | | | | | | | | | | |
| PACK | CODE | О | T(40) |  | Код записи пакета | |  | | | | |
|  | CODE\_MO | О | T(6) |  | Код медицинской организации (юридического лица) | | Код МО – юридического лица заполняется в соответствии с реестровым номером F003 | Код МО – юридического лица заполняется в соответствии с реестровым номером F003. Для МО, работающих только в рамках одноканального финансирования, заполняется кодом, присвоенным ТФОМС РТ | | | |
|  | CODE\_LPU | О | T(10) | Да | Код медицинского учреждения (структурного подразделения) | | Заполняется в соответствии со справочником РТ1 «Медицинские организации» | | | | |
| **Записи** | | | | | | | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | N(8) |  | Номер позиции записи | | Уникально идентифицирует запись в пределах пакета | | | | |
|  | PR\_NOV | О | N(1) |  | Признак исправленной записи | | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления (указывается по случаям, снятым на МЭК). В одном пакете не должно быть случаев с разными pr\_nov, т.е. исправительные случаи должны подаваться отдельным пакетом. | | | | |
|  | PACIENT | О | S |  | Сведения о пациенте | |  | | | | |
|  | Z\_SL | О | S |  | Сведения о законченном случае | | Для АПП, включая стоматологическую помощь, формируется одна запись на случай обращения по заболеванию. Для каждого посещения с профилактическими и иными целями и при оказании неотложной помощи формируется одна запись на посещение. Для скорой помощи формируется одна запись на вызов. Для стационара формируется одна запись на случай госпитализации. | Для АПП, включая стоматологическую помощь, формируется одна запись на случай обращения по заболеванию. Для каждого посещения с профилактическими и иными целями и при оказании неотложной помощи формируется отдельная запись сведений о случае. Для каждой тарифицированной услуги (РКТ, МРТ, флюорография , УЗИ и пр.) при оказании АПП формируется отдельная запись сведений о случае. Для скорой помощи формируется одна запись на вызов. Для стационара при нахождении больного на койке более одного месяца (в случаях, если длительность лечения заболевания согласно МЭС превышает один месяц или не определена) необходимо обязательное ежемесячное (за истекший период нахождения больного на койке) формирование реестра счета на оплату с указанием промежуточных результатов обращения («лечение продолжено – 109» для круглосуточного стационара, «переведен на другой профиль коек – 204» для дневного стационара); для одноканального финансирования случаи перевода из одного профильного отделения в другое в рамках одной МО оформляются отдельными позициями с указанием результата 104 «переведен на другой профиль койки». | | Формируется одна запись на законченный случай | |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | | | | |  | |
| PACIENT | ID\_PAС | О | T (36) |  | Код записи о пациенте | | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Код необходим для связи с файлом персональных данных. | | | | |
|  | VPOLIS | У | N(1) |  | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | Заполняется в соответствии с классификатором F008. Не обязательно к заполнению, если в поле OS\_SLUCH указан признак 3. | Заполняется при наличии документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. При оказании медицинской помощи на условиях анонимности, не заполняется (в этом случае в поле OS\_SLUCH следует указать 9). Для детей до государственной регистрации рождения, не имеющих полиса ОМС, поле не заполняется (полис представителя не указывается). Для лабораторных исследований, проведённых в ГАУЗ «РКИБ», не указывается.  При не заполнении данных по полису в поле OS\_SLUCH следует указать 3. | | Не заполняется | |
|  | SPOLIS | У | Т(10) |  | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | Для детей до дня государственной регистрации рождения указывается данные из документа представителя  Не обязательно к заполнению, если в поле OS\_SLUCH указан признак 3. |  | |
|  | NPOLIS | У | T(20) |  | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | Для детей до дня государственной регистрации рождения указывается данные из документа представителя.  Не обязательно к заполнению, если в поле OS\_SLUCH указан признак 3. |  | |
|  | SMO | У | T(5) |  | Реестровый номер СМО | | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.  Не обязательно к заполнению, если в поле OS\_SLUCH указан признак 3, в случае предъявления пациентом электронного полиса ОМС единого образца. |  | |
|  | SMO\_NAM | У | Т(100) |  | Наименование СМО | | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.  Не обязательно к заполнению, если в поле OS\_SLUCH указан признак 3 или в случае предъявления пациентом электронного полиса ОМС единого образца. |  | |
|  | INV | У | N(1) |  | Группа инвалидности | | 0 – нет инвалидности;  1 – 1 группа;  2 – 2 группа;  3 – 3 группа;  4 – дети-инвалиды.  Заполняется только при впервые установленной инвалидности (1-4) или в случае отказа в признании лица инвалидом (0). | | | Не заполняется | |
|  | MSE | У | N(1) |  | Направление на МСЭ | | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. | | | Не заполняется | |
|  | NOVOR | О | Т(9) |  | Признак новорождённого | | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребенка одной матери (до двух знаков). При указании значения, отличного от 0, данные о представителе обязательны к заполнению. | | | 0 – признак отсутствует | |
|  | VNOV\_D | У | N(4) |  | Вес при рождении | | Указывается при оказании МП недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется только для стационара, если в качестве пациента указан новорожденный ребёнок массой не более 2.5 кг, родившийся на сроке менее 38 недель беременности. | | | Не заполняется | |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | | | | |  | |
| Z\_SL | IDCASE | O | T(36) |  | Код случая лечения | | Уникально идентифицирует законченный случай. Используется GUID.  По стационарной и стационаро-замещающей помощи в разделе «Сведения о законченном случае» передаётся законченный случай госпитализации, за исключением случаев по длительно лежащим пациентам. Все переводы в рамках одной госпитализации (перевод из дневного стационара в круглосуточный и наоборот рассматривается как отдельные госпитализации) между отделениями указываются в разделе «Сведения о случае». При предоставлении исправления по ранее загруженному законченному случаю необходимо указывать IDCASE первичного случая.  Все услуги РКТ по АПП, выполненные пациенту в один день, должны быть оформлены одним законченным случаем с указанием кодов всех выполненных услуг РКТ в сведениях об услугах. Все услуги МРТ по АПП, выполненные пациенту в один день, должны быть оформлены другим законченным случаем с указанием кодов всех выполненных услуг МРТ в сведениях об услугах. | Уникально идентифицирует законченный случай. Используется GUID.  Случаи перевода из одного отделения в другое в условиях круглосуточного и дневного стационаров подаются отдельными позициями, случаи длительного нахождения пациента на койке оформляются ежемесячно с указанием соответствующих результатов. | | Уникально идентифицирует законченный случай. Используется GUID. | |
|  | USL\_OK | O | N(2) |  | Условия оказания медицинской помощи | | Заполняется по классификатору условий оказания медицинской помощи V006. | | | Заполняется по классификатору условий оказания медицинской помощи V006 значением 3. | |
|  | VIDPOM | O | N(4) |  | Вид помощи | | Заполняется по классификатору видов медицинской помощи V008. | | | Заполняется по классификатору видов медицинской помощи V008 значением 13. | |
|  | FOR\_POM | О | N(1) |  | Форма оказания мед. помощи | | Заполняется по классификатору форм оказания мед. помощи V014.  Для круглосуточного стационара допустимые коды: 1, 2, 3. Для дневного стационара: 2, 3. Для АПП: 2,3. Для СМП: 1, 2 | | | Заполняется по классификатору форм оказания мед. помощи V014 значением 3. | |
|  | NPR\_MO | У | Т(6) |  | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2);  3. медицинской помощи при подозрении на ЗНО или установленном основном диагнозе ЗНО или нейтропении при направлении из другой МО;  4.В АПУ со способом оплаты =4.  5 В АПУ при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" (PROFIL = 158) | Код МО – юридического лица. Заполняется реестровый номер в соответствии со справочником F003. При отсутствии сведений может не заполняться. Для лабораторных исследований, проведённых в ГАУЗ «РКИБ» и ГКБ№7, обязательно к заполнению. | | Код МО – юридического лица. Заполняется реестровый номер в соответствии со справочником F003. При отсутствии сведений может не заполняться. | |
|  | NPR\_DATE | У | D |  | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2);  3. медицинской помощи при подозрении на ЗНО или установленном основном диагнозе ЗНО или нейтропении при направлении из другой МО;  4. В АПУ со способом оплаты =4. | Обязательно заполняется при заполнении NPR\_MO | | | |
|  | NPR\_NUM | У | Т(50) |  | Номер направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | Не заполняется | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | LPU | О | T(6) |  | Код МО (юридического лица) | | Заполняется реестровый номер в соответствии со справочником F003. | Заполняется реестровый номер в соответствии со справочником F003.  Для МО, работающих только в рамках одноканального финансирования, заполняется кодом, присвоенным ТФОМС РТ | | | |
|  | DATE\_Z\_1 | О | D |  | Дата начала лечения | | Для скорой медицинской помощи в полях date\_z\_1 и date\_z\_2 указывается дата прибытия на место вызова. Для амбулаторной помощи в связи с оказанием неотложной помощи и с профилактическими и иными целями дата начала равна дате окончания лечения. Для АПП при оплате обращения (законченного случая) указывается период (в т.ч. при оформлении обращения в текущем месяце с проведением услуг диализа в амбулаторных условиях). Для госпитализации указывается дата госпитализации и дата выбытия из стационара. Для случая лечения по длительно лежащему пациенту передается **законченный** случай госпитализации (исключение указано в п.1.7 Приложения 2 к Способам оплаты к Тарифному соглашению по ОМС). | Для амбулаторной помощи в связи с оказанием неотложной помощи и с профилактическими и иными целями дата начала равна дате окончания лечения. Для АПП при оплате обращения (законченного случая) указывается период. | | Дата начала протезирования | |
|  | DATE\_Z\_2 | О | D |  | Дата окончания лечения | | Дата завершения протезирования | |
|  | VNOV\_M | УМ | N(4) |  | Вес при рождении | | Указывается при оказании мед.помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется только для стационара, если в качестве пациента указана мать в случае рождения у неё маловесных и недоношенных детей, массой не более 2.5 кг, родившихся на сроке менее 38 недель беременности. | | | Не заполняется | |
|  | RSLT | О | N(3) |  | Результат обращения/ госпитализации | | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью V009. Для диспансеризаций и медосмотров заполняется из классификатора V017.  Для госпитализаций указывается по данным последнего отделения. | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью V009.  Заполняется для медицинских осмотров работников детских оздоровительных, образовательных организаций и организаций социального обслуживания из классификатора V017 кодами 1, 2, 31, 32. Для диспансеризаций госслужащих из классификатора V017 кодами 1, 2, 3, 4, 5. | | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью V009. Указывается код 301. | |
|  | ISHOD | У | N(3) |  | Исход заболевания | | Классификатор исходов заболевания V012. Для диспансеризаций и медосмотров не заполняется. В остальных случаях обязательно к заполнению. Для госпитализаций указывается по данным последнего отделения. | Классификатор исходов заболевания V012.  Для диспансеризаций госслужащих, медицинских осмотров работников детских оздоровительных, образовательных организаций и организаций социального обслуживания не заполняется | | Классификатор исходов заболевания V012.Указывается код 303. | |
|  | OS\_SLUCH | HМ | N(1) |  | Признак «Особый случай» при регистрации обращения за медицинской помощью | | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество;  3 - данные пациента полностью или частично не установлены (в том числе отсутствует документ, удостоверяющий личность, полис ОМС и т.д.). Для застрахованных лиц не указываем.  4 - пациент относится к льготной категории граждан (инвалиды Великой Отечественной войны, лица, награждённые знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий) - указывается только для диспансеризации взрослого населения;  5 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует фамилия;  6 - дата рождения пациента указана приблизительно (только для круглосуточного стационара;  7 - использование как минимум одного антимикробного препарата в паренте-ральной форме в соответствии с перечнем препаратов в течение не менее 5 суток, а также наличие в медицинской карте стационарного больного результатов микробиологического исследования с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антимикробным препаратам, подтверждающих обоснованность назначения схемы антимикробной терапии;  8 - Консультативное посещение пациента, подлежащего диспансерному наблюдению;  9 - Медицинская помощь оказывается пациентам на условиях анонимности (при ВИЧ-инфекции, синдроме приобретенного иммунодефицита) | | | Не заполняется | |
|  | CODE\_MES1 | У | Т(20) |  | Код стандарта МП/алгоритма лечения/услуги/МЭС | | Обязательно заполняется для всех случаев АПП и скорой помощи на основе справочника РТ23. Для круглосуточного и дневного стационаров, доп.услуг в рамках поликлиники не заполняется. Обращение в текущем месяце с проведением услуг диализа в амбулаторных условиях при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи оформляется с указанием кода RT38 и детализацией услуг по V001 в разделе USL. | Обязательно заполняется для всех случаев АПП (в т.ч. для доп. услуг) и скорой помощи на основе справочника РТ 23.1. Для круглосуточного и дневного стационаров обязательно указывается код МЭС, в том числе и для реанимации, согласно справочнику, утверждённому МЗ РТ.  Для санаториев, а также хосписной помощи в условиях стационара может не заполняться. | | Не заполняется | |
|  | **SL** | ОМ | S |  | Сведения о случае | | Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом в условиях круглосуточного и дневного стационаров, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях.  При оказании стоматологической помощи, если в один день лечили несколько зубов, то столько и должно быть SL с разными номерами зубов (DENT)**1**. | Указывается 1 раз | | Указывается по количеству посещений в рамках законченного случая | |
|  | IDSP | O | N(2) |  | Код способа оплаты медицинской помощи | | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010.  При диспансеризации и медосмотрах указывается код 11-Дополнительная диспансеризация. Для госпитализаций, в рамках которой проводилось ВМП хотя бы в одном из отделений, указывается 13 (Стандарт медицинской помощи в стационаре (включая ВМП)). | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010. Для диспансеризаций госслужащих, медицинских осмотров работников детских оздоровительных, образовательных организаций и организаций социального обслуживания указывается код 11 | | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010. Указывается код 30. | |
|  | DAT\_P0 | У | D | Да | Период предыдущего лечения в отделении | | Указывается для стационарных видов помощи при наличии предыдущего лечения.  Для случаев лечения по длительно лежащим пациентам обязательно заполняется период предыдущего лечения, начиная с момента госпитализации. | Указывается для стационарных видов помощи при наличии предыдущего лечения. | | Не заполняется | |
|  | DAT\_P1 | У | D | Да |  | |
|  | PRI\_G | У | C4 | Да | Причина госпитализации | | Обязательно заполняется для стационарной помощи из справочника РТ10 «Причина госпитализации». | | | Не заполняется | |
|  | P\_CEL | У | T(3) | Да | Цель обращения | | Указывается только для АПП и скорой помощи из справочника РТ16 «Цель обращения (выезда)».  При оформлении случаев 2-го этапа диспансеризаций детей-сирот, детей-сирот усыновлённых, всех видов медосмотров несовершеннолетних указывается цель 2-го этапа (в этих случаях 1 этап отдельно не подается).  При выявлении патологических изменений в рамках проведения диспансеризации взрослого населения раз в 2 года диспансеризация подаётся как законченный случай диспансеризации 1-го этапа с целью «64». При отсутствии патологических изменений подаётся на оплату только сама услуга (маммография или исследование кала на скрытую кровь) с целью Р1. | Указывается только для АПП и скорой помощи из справочника РТ16 «Цель обращения (выезда)». | | Указывается из справочника РТ16 «Цель обращения (выезда)». Указывается код А1 или А2. | |
|  | RB | У | N(1) | Да | Значение по шкале реабилитационной маршрутизации | | Заполняется только в АПУ при проведении реабилитации (допустимые значения 1-3)  1 - Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания  2 - Легкое ограничение жизнедеятельности  3 - Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности  4 - Выраженное ограничение жизнедеятельности  5 - Грубое нарушение процессов жизнедеятельности  6 - Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | SP\_MARK | УМ | S | Да | Особые отметки | | Заполняется из справочника РТ30 «Особые отметки». | | | | |
| **Сведения о случае** | | | | | | | | | | | |
| SL | SL\_ID | О | Т(36) |  | Идентификатор случая | | Уникально идентифицирует случай. Используется GUID. | | | | |
|  | LPU\_1 | У | T(10) |  | Подразделение МО | | Подразделение МО лечения из регионального справочника РТ1 «Медицинские организации». Для ФАП указывается код ФАП в соответствии с со справочником РТ2 «Перечень ФАП». | | | | |
|  | VBR | У | N(1) |  | Признак мобильной медицинской бригады | | 0 – нет;  1 – да.  Обязательно заполняется для диспансеризаций и медосмотров. | Заполняется для медицинских осмотров работников детских оздоровительных, образовательных организаций и организаций социального обслуживания  0 – нет, 1 – да. | | Не заполняется | |
|  | PODR | У | T(8) |  | Код отделения | | Отделение МО лечения из регионального справочника. Обязательно к заполнению для круглосуточного и дневного стационаров, а также для обращений с проведением услуг диализа в амбулаторных условиях. Для остальных случаев не заполняется. | Отделение МО лечения из регионального справочника. Обязательно к заполнению для круглосуточного и дневного стационаров. Для поликлиники и скорой не заполняется. | | Не заполняется | |
|  | PROFIL | O | N(3) |  | Профиль | | Классификатор профилей оказанной МП V002. | | | Классификатор профилей оказанной МП V002. Для зубопротезирования указывается 88 (стоматологии ортопедической), для слухопротезирования – 96 (сурдологии-оториноларингологии) | |
|  | PROFIL\_K | У | Т(3) |  | Код профиля койки | | Классификатор V020.  Обязательно заполняется для дневного и круглосуточного стационаров. | Классификатор V020.  Обязательно заполняется для дневного и круглосуточного стационаров.  Для санаториев, а также хосписной помощи в условиях стационара может не заполняться. | | Не заполняется | |
|  | DET | O | N(1) |  | Признак детского профиля | | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи | 0-нет, 1-да. | | 0-нет | |
|  | NHISTORY | O | T(50) |  | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой мед.помощи | | Допустимы цифры, буквы русского и латинского алфавита, пробел, точка, горизонтальные разделители, вертикальные и наклонные разделители, нижнее подчеркивание, знак "+" | | | | |
|  | P\_PER | У | N(1) |  | Признак поступления / перевода | | Обязательно для отделений дневного и круглосуточного стационара.  1 – Самостоятельно  2 – СМП  3 – Перевод из другой МО  4 – Перевод внутри МО с другого профиля  Для остальных условий оказания МП не заполняется. | | | не заполняется | |
|  | DATE\_1 | O | D |  | Дата начала лечения (дата поступления в отделение) | | Для скорой медицинской помощи в полях date\_1 и date\_2 указывается дата прибытия на место вызова. Для амбулаторной помощи в связи с оказанием неотложной помощи и с профилактическими и иными целями дата начала равна дате окончания лечения. Для АПП при оплате обращения указывается дата посещения в рамках законченного случая.  При оформлении обращения в текущем месяце с проведением услуг диализа в амбулаторных условиях указывается период обращения (услуги диализа указываются в разделе USL). Для госпитализации указывается дата поступления и дата выбытия из отделения.  При переводах из отделения в отделение в условиях круглосуточного стационара дата поступления в следующее отделение должна равняться дате выбытия из предыдущего отделения. | Для амбулаторной помощи в связи с оказанием неотложной помощи и с профилактическими и иными целями дата начала равна дате окончания лечения. Для АПП при оплате обращения указывается дата посещения в рамках законченного случая.  Для профильных отделений стационара (не реанимационных) указывается период нахождения в них. | | Дата посещения | |
|  | DATE\_2 | O | D |  | Дата окончания лечения (дата перевода или выписки из отделения) | |
|  | WEI | У | N(3.1) |  | Масса тела (кг) | | Обязательно для заполнения для круглосуточного стационара, если в DS1 указано значение заболевания (U07.1 или U07.2) и случай не по реабилитации и CRIT <> STT5 и DS2 <> IN (O00-O99, Z34-Z35) и возраст пациента на дату начала лечения больше или равно 18 лет. | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | DS0 | Н | T(10) |  | Диагноз первичный | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ. Указывается при наличии. | | | | |
|  | DS1 | О | T(10) |  | Диагноз основной | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ.  При DS\_ONK=1 основной диагноз не должен быть установленным диагнозом ЗНО или нейтропении. | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. | | | |
|  | DS1\_PR | У | N(1) |  | Установлен впервые (основной) | | Обязательно указывается «1»: если основной диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / медицинского осмотра; если основной диагноз ЗНО или нейтропении выявлен впервые. | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | MKB\_O\_M | У | T(10) |  | Морфологический код диагноза | | Морфологический код диагноза в соответствии с международной классификацией болезней - онкология (МКБ-О), 3 издание. Обязательно к заполнению при установленном диагнозе ЗНО или нейтропении кроме случаев, когда 1) попытка гистологической верификации может привести к жизнеугрожающему состоянию или к смерти пациента; 2) общее состояние пациента не позволяет провести процедуру гистологической верификации; 3) письменный отказ пациента от проведения процедуры гистологической верификации. | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | DS2\_N | УМ | S |  | Сопутствующие  заболевания | |  | | |  | |
|  | DS3 | УМ | T(10) |  | Диагноз осложнения заболевания | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. | | | | |
|  | C\_ZAB | У | N(1) |  | Характер основного заболевания | | Классификатор характера заболевания V027. Обязательно к заполнению при установленном диагнозе ЗНО или нейтропении для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи, а также при оказании амбулаторной помощи, если код основного диагноза (DS1) не входит в рубрику Z и не соответствует коду диагноза U11.9. Для диспансеризаций и медосмотров не заполняется. | | | Не заполняется | |
|  | DS\_ONK | У | N(1) |  | Признак подозрения на злокачественное новообразование | | Обязательно заполняется значениями:  0 – при отсутствии подозрения;  1 – при выявлении подозрения. | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | DN | У | N(1) |  | Диспансерное наблюдение | | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния):  1 - состоит,  2 - взят,  3 - не подлежит диспансерному наблюдению,  4 - снят по причине выздоровления,  6- снят по другим причинам.  Заполняется только для поликлиники.   * Обязательно для заполнения, если цель посещения «диспансерное наблюдение» кодами 1,2,4,6. * Обязательно для заполнения для диспансеризаций и медосмотров кодами 1,2,3. * Обязательно для заполнения кодами 1,2,4,6, если не стоит OS\_SLUCH=8, в АПП (проф посещения, за исключением доп. услуг) при указании основного диагноза C или основного диагноза по приказу Минздрава РФ №168н от 15.03.2022. Если стоит OS\_SLUCH=8, то DN не указывается. | | | Не заполняется | |
|  | DN\_DATE\_1 | У | D |  | Дата постановки пациента с онкологическим заболеванием на диспансерное наблюдение | | Обязательно к заполнению для АПП при установленном диагнозе ЗНО или нейтропении, если DN=1 или DN=2. Во всех остальных случаях не заполняется. |  | |  | |
|  | NAPR | УМ | S |  | Сведения об оформлении направления | | Обязательно к заполнению в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или при установленном диагнозе ЗНО или нейтропении.  При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза ЗНО или нейтропении заполнению не подлежит.  Для всех видов медосмотров и диспансеризаций не заполняется. | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | CONS | УМ | S |  | Сведения о проведении консилиума | | Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения. Обязательно к заполнению при  подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1). Обязательно к заполнению при установленном диагнозе ЗНО или нейтропении.  При отсутствии подозрения на ЗНО или установленного диагноза ЗНО или нейтропении заполнению не подлежит.  Для всех видов медосмотров и диспансеризаций не заполняется. | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | ONK\_SL | У | S |  | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | Обязательно к заполнению при установленном диагнозе ЗНО или нейтропении, и USL\_OK не равен 4 и случай не по реабилитацииДля всех видов медосмотров и диспансеризаций не заполняется. | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | PRVS | О | N(4) |  | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон (историю болезни) | | Классификатор медицинских специальностей (должностей) V021.  Для диспансеризаций и медосмотров указывается специальность медицинского работника, ответственного за организацию и проведение профилактического медицинского осмотра или диспансеризации. | Классификатор медицинских специальностей (должностей) V021 | | Классификатор медицинских специальностей (должностей) V021. Для зубопротезирования указывается 70 (Стоматология ортопедическая) или 69 (Стоматология общей практики), для слухопротезирования –75 (сурдология-оториноларингология) | |
|  | IDDOKT | О | Т(16) |  | Код лечащего врача/ врача, закрывшего талон (историю болезни) | | Обязательно указывается СНИЛС врача. Для диспансеризаций и медосмотров указывается СНИЛС медицинского работника, ответственного за организацию и проведение профилактического медицинского осмотра или диспансеризации. | Обязательно указывается СНИЛС врача. | | | |
|  | ED\_COL | О | N(5.2) |  | Количество единиц оплаты медицинской помощи | | Для реанимации (если пациент был только в реанимационном отделении) и отделений круглосуточного стационара указывается количество койко-дней.  Для отделений дневного стационара указывается кол-во фактических пациенто-дней пребывания в отделении.  Сумма УЕТ по стомат. посещениям (только для RT30).  Количество оплачиваемых дополнительных медицинских услуг для АПП.  Для обращения по заболеванию при получении услуг диализа указывается 1.  Во всех остальных случаях указывается 1. | Для реанимации и отделений круглосуточного стационара указывается количество койко-дней.  Для отделений дневного стационара указывается кол-во фактических пациенто-дней пребывания в отделении.  Для доп.услуг в рамках АПП указывается их количество. Для обращений по заболеванию в рамках АПП указывается количество посещений. Во всех остальных случаях указывается 1.  Для лабораторных исследований, проведённых в ГАУЗ «РКИБ» и ГКБ №7, указывается их количество. | | Указывается 1 (одно посещение) | |
|  | LEK | У | S |  | Сведения о введенных лекарственных препаратах | | Обязательно для заполнения при основном диагнозе [U07.1 или U07.2] только для взрослых (>=18 на дату начала лечения) за исключением случаев с DS2 IN (O00-O99, Z34-Z35):  - для круглосуточно стационара за исключением реабилитации или CRIT <> STT5;  - для АПП за исключением доп услуг (IDSP=4) и мед помощи в ФАП и FOR\_POM=2. Указывается хотя бы в одном случае (SL) законченного случая. | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | USL | УМ | S |  | Сведения об услугах | | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе ЗНО или нейтропении в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий. Реанимация приравнивается к услугам, выполненным в профильном отделении | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.  Реанимация приравнивается к услугам, выполненным в профильном отделении.  Для АПП и сан.авиации не заполняется. Для диспансеризаций госслужащих, медицинских осмотров работников детских оздоровительных, образовательных организаций и организаций социального обслуживания обязательно к заполнению | | Описывает услуги, оказанные в рамках данного посещения | |
|  | COMENTSL | У | T(250) |  | Служебное поле | |  | Обязательно к заполнению одним из следующих значений:  P-социально-значимые виды мед.помощи в условиях поликлиники;  S- социально-значимые виды мед.помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров;  F – санитарно-авиационная медицинская помощь;  V – амбулаторно-поликлиническая помощь, оказанная ГАУЗ "Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Министерства здравоохранения Республики Татарстан «)( за исключением проведения мониторинга гепатита В и С);  L – амбулаторно-поликлиническую помощь, оказанная в кабинетах (отделениях) планирования семьи, в Центре восстановительного лечения для детей-инвалидов с психоневрологическими заболеваниями ГАУЗ «Городская детская поликлиника №7»;  Y – амбулаторная паллиативная помощь;  B – стационарная мед.помощь, оказанная в Республиканском центре профпатологии ГАУЗ ГКБ №12;  C – санатории;  Z –стационарная паллиативная помощь;  G - лабораторные исследования, проведённые в ГАУЗ «РКИБ и ГКБ №7; | | Не заполняется | |
|  | TAL\_D | У | D |  | Дата выдачи талона на ВМП | | Заполняется на основании талона на ВМП.  Указывается обязательно для отделений круглосуточного и дневного стационаров, в которых оказывалось ВМП. Номер талона на ВМП в соответствии с приказом Минздрава России от 30.01.2015 № 29н заполняется по маске 99.9999.99999.999 | Не заполняется | | | |
|  | TAL\_NUM | У | T(20) |  | Номер талона на ВМП | |
|  | TAL\_P | У | D |  | Дата планируемой госпитализации | |
|  | NAZ | УМ | S |  | Сведения об оформлении направления | | Заполняется только для диспансеризации и медицинских осмотров.  Указывается отдельно для каждого направления. Заполняется при присвоении группы здоровья для диспансеризаций и медосмотров, кроме I и II, а также в случае подозрения на ЗНО | Заполняется только для медицинских осмотров работников детских оздоровительных, образовательных организаций и организаций социального обслуживания. Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II. Для диспансеризаций госслужащих не контролируется. | | | Не заполняется |
|  | DNEV | У | N(2) | Да | Тип дневного стационара | | Не заполняется | Обязательно заполняется для случаев дневного стационара из РТ12. | | | Не заполняется |
|  | ISHOD | У | N(3) | Да | Исход заболевания | | Классификатор исходов заболевания V012. Указывается исход пребывания в профильных отделениях в рамках госпитализации.  Заполняется только для стационара и дневного стационара. | | | | Не заполняется |
|  | GDE | У | T(1) | Да | Где был прием | | Обязательно заполняется значение кода только для АПП (1-в АПУ, 2- на выезде, 3-на дому по вызову, 4- на дому активно) | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | CRIT | УМ | T(10) |  | Дополнительные критерии для определения КСГ | | Указывается при наличии только для профильных отделений.  Для профильных отделений круглосуточного и дневного стационаров для определения КСГ допустимы значения из классификатора V024 (в т.ч. схемы сопуствующей лекарственной терапии при ЗНО), а также региональные коды.  Отметка 9 - транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий. | Не заполняется. | | | Не заполняется |
|  | ~~LS~~ | ~~УМ~~ | ~~S~~ | ~~Да~~ | ~~Сведения о лекарственных средствах~~ | | ~~Описывает лекарственные средства, примененные в рамках данного случая.~~ | ~~Не заполняется.~~ | | | ~~Не заполняется~~ |
|  | TIMRV1 | У | DT | Да | Дата и время приёма вызова | | Обязательно заполняется только для скорой медицинской помощи | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | TIMRV2 | У | DT | Да | Дата и время прибытия на место вызова | | Обязательно заполняется только для скорой медицинской помощи | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | DENT | У | N(2) | Да | Номер зуба | | Обязательно заполняется при оказании стоматологической помощи в соответствии со справочником РТ24 | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | DENT\_SIDE | У | N (2) | Да | Пораженная поверхность зуба | | Обязательно заполняется при оказании стоматологической помощи терапевтического профиля в соответствии со справочником РТ25, если DENT не равен 86,88,87. Если зуб имеет несколько пораженных поверхностей, то ставится одна наиболее обширная. | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | DENT\_KSG | У | T(5) | Да | Номер КСГ по стоматологии | | Заполняется при оказании стоматологической помощи в соответствии со справочником РТ26. Заполняется только в случае завершения лечения. | Не заполняется | | | Не заполняется |
| **Сведения о введенных лекарственных препаратах** | | | | | | | | | | | |
| LEK | LEK\_PR | ОМ | S |  | Сведения о введенном лекарственном препарате | |  | Не заполняется | | | Не заполняется |
| LEK\_PR | DATA\_INJ | О | D |  | Дата введения / назначения лекарственного препарата | | Если USL\_OK=1, то "Дата введения лекарственного препарата", если USL\_OK=3, то "Дата назначения лекарственного препарата" | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | CODE\_SH | О | T(10) |  | Код схемы лечения пациента/код группы препарата | | Для диагнозов U07.1 или U07.2 заполняется значением реквизита «Код схемы/группы препаратов» справочника V032 «Схемы группы препаратов» | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | REGNUM | У | T(6) |  | Идентификатор лекарственного препарата | | Обязательно для заполнения, если в справочнике V031 "Группы препаратов для лечения заболевания COVID-19 (GroupDrugs)" заполнено поле "Признак обязательности указания МНН"(ManIndMNN). Заполняется значением поля "Идентификатор лекарственного препарата" справочника N020 "Классификатор лекарственных препаратов, применяемых при проведении лекарственной терапии (OnkLekp)" | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | COD\_MARK | У | T(100) |  | Код маркировки лекарственного препарата | | Заполняется при наличии | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | LEK\_DOSE | У | S |  | Сведения о дозе введения лекарственного препарата /  Сведения о дозе введения назначенного лекарственного препарата | | Обязательно для заполнения, если в справочнике V031 "Группа препаратов" заполнено поле "Признак обязательности указания МНН"(ManIndMNN)  Если USL\_OK=1, то "Сведения о дозе введения лекарственного препарата", если USL\_OK=3, то "Сведения о дозе введения назначенного лекарственного препарата" | Не заполняется | | | Не заполняется |
| **Сведения о дозе введения лекарственного препарата** | | | | | | | | | | | |
| LEK\_DOSE | ED\_IZM | О | T(3) |  | Единица измерения дозы лекарственного препарата | | Заполняется в соответствии с уникальным идентификатором справочника Министерства Здравоохранения РФ "Единицы измерения" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1358) | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | DOSE\_INJ | О | N(7.7) |  | Доза лекарственного препарата | | Если USL\_OK=1, то указывается доза введения лекарственного препарата.  Если USL\_OK=3, то указывается назначенная доза введения лекарственного препарата. | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | METHOD\_INJ | О | T(3) |  | Путь введения лекарственного препарата | | Заполняется значением поля "Код" справочника Министерства Здравоохранения РФ "Пути введения лекарственных препаратов, в том числе для льготного обеспечения граждан лекарственными средствами" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1468).  Если USL\_OK=1, то "Путь введения лекарственного препарата", если USL\_OK=3, то "Путь введения назначенного лекарственного препарата" | Не заполняется | | | Не заполняется |
|  | COL\_INJ | О | N(5) |  | Количество введений | | Если USL\_OK=1, то "Количество введений", если USL\_OK=3, то "Количество введений назначенного лекарственного препарата" | Не заполняется | | | Не заполняется |
| **Сопутствующие заболевания** | | | | | | | | | | | |
| DS2\_N | DS2 | О | Т(10) |  | Диагноз сопутствующего заболевания | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. | | | | |
|  | DS2\_PR | У | N(1) |  | Установлен впервые (сопутствующий) | | Обязательно указывается «1», если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / медицинского осмотра | Не заполняется | | | |
|  | PR\_DS2\_N | У | N(1) |  | Диспансерное наблюдение | | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания:  1 - состоит,  2 – взят,  3- не подлежит диспансерному наблюдению.  Обязательно заполняется для всех видов медосмотров и диспансеризаций. |
| **Сведения об оформлении направления** | | | | | | | | | | | |
| NAPR | NAPR\_DATE | О | D |  | Дата направления | |  |  | |  | |
|  | NAPR\_MO | У | Т(6) |  | Код МО, куда оформлено направление | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии с F003. Заполняется обязательно в случае направления в другую МО |  | |  | |
|  | NAPR\_MR | О | Т(25) |  | Код медицинского работника, выдавшего направление | | Указывается СНИЛС медицинского работника, выдавшего направление |  | |  | |
|  | NAPR\_MR\_PRVS | О | N(4) |  | Специальность медицинского работника, выдавшего направление | |  |  | |  | |
|  | NAPR\_V | O | N(1) |  | Вид направления | | Классификатор видов направлений V028 |  | |  | |
|  | MET\_ISSL | У | N(2) |  | Метод диагностического исследования | | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностических исследований V029 |  | |  | |
|  | NAPR\_USL | У | Т(15) |  | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL |  | |  | |
|  | NAZ\_DATE | О | D |  | Плановая назначенная дата | |  |  | |  | |
| **Сведения о проведении консилиума** | | | | | | | | | | | |
| CONS | PR\_CONS | O | N(1) |  | Цель проведения консилиума | | Классификатор целей проведения консилиума N019. Для случаев со способом оплаты 4 (idsp=4) должен указываться 0. Для скорой медицинской помощи (usl\_ok=4) должен указываться 0. |  | |  | |
|  | DT\_CONS | У | D |  | Дата проведения консилиума | | Обязательно к заполнению, если консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}). Во всех остальных случаях не заполняется. |  | |  | |
| **Сведения о случае лечения онкологического заболевания** | | | | | | | | | | | |
| ONK\_SL | DS1\_T | O | N(2) |  | Повод обращения | | Классификатор поводов обращения N018 |  | |  | |
|  | STAD | У | N(3) |  | Стадия заболевания | | Заполняется в соответствии со справочником N002.  При ВМП обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения (DS1\_T={0,1,2}) Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1\_T={0,1,2,3,4}). |  | |  | |
|  | ONK\_T | У | N(4) |  | Значение Tumor | | Заполняется в соответствии со справочником N003. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |  | |  | |
|  | ONK\_N | У | N(4) |  | Значение Nodus | | Заполняется в соответствии со справочником N004. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |  | |  | |
|  | ONK\_M | У | N(4) |  | Значение Metastasis | | Заполняется в соответствии со справочником N005. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |  | |  | |
|  | MTSTZ | У | N(1) |  | Признак выявления отдалённых метастазов | | Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2). При выявлении отдалённых метастазов обязательно к заполнению значением 1 |  | |  | |
|  | SOD | У | N(4.2) |  | Суммарная очаговая доза | | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4). Может принимать значение «0».  Единица измерения –Грей. |  | |  | |
|  | K\_FR | У | N(2) |  | Количество фракций проведения лучевой терапии | | Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4).  Может принимать значение «0». |  | |  | |
|  | WEI | У | N(3.1) |  | Масса тела (кг) | | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела |  | |  | |
|  | HEI | У | N(3) |  | Рост (см) | | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела |  | |  | |
|  | BSA | У | N(1.2) |  | Площадь поверхности тела (м2) | |  | |  | |
|  | B\_DIAG | УМ | S |  | Диагностический блок | | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах |  | |  | |
|  | B\_PROT | УМ | S |  | Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения |  | |  | |
|  | ONK\_USL | УМ | S |  | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | | Обязательно к заполнению для круглосуточного и дневного стационаров при проведении противоопухолевого лечения (DS1\_T={0,1,2}), а также при оказании ВМП. |  | |  | |
| **Диагностический блок** | | | | | | | | | | | |
| B\_DIAG | DIAG\_DATE | О | D |  | Дата взятия материала | | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. |  | |  | |
|  | DIAG\_TIP | О | N(1) |  | Тип диагностического показателя | | Обязательно к заполнению значениями:  1 – гистологический признак;  2 – маркер (МГИ и/или ИГХ). |  | |  | |
|  | DIAG\_CODE | О | N(3) |  | Код диагностического показателя | | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 .  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 . |  | |  | |
|  | DIAG\_RSLT | У | N(3) |  | Код результата диагностики | | Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC\_RSLT =1). При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008 .  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 . |  | |  | |
|  | REC\_RSLT | У | N(1) |  | Признак получения результата диагностики | | Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики |  | |  | |
| **Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах** | | | | | | | | | | | |
| B\_PROT | PROT | О | N(1) |  | Код противопоказания или отказа | | Заполняется в соответствии со справочником N001 |  | |  | |
|  | D\_PROT | О | D |  | Дата регистрации противопоказания или отказа | |  |  | |  | |
| **Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания** | | | | | | | | | | | |
| ONK\_USL | USL\_TIP | О | N(1) |  | Тип услуги | | Заполняется в соответствии со справочником N013 |  | |  | |
|  | HIR\_TIP | У | N(1) |  | Тип хирургического лечения | | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1. |  | |  | |
|  | LEK\_TIP\_L | У | N(1) |  | Линия лекарственной терапии | | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2. |  | |  | |
|  | LEK\_TIP\_V | У | N(1) |  | Цикл лекарственной терапии | | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2. |  | |  | |
|  | LEK\_PR | УМ | S |  | Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4, а так же применённых лекарственных препаратах в составе схем сопроводительной лекарственной терапии. |  | |  | |
|  | PPTR | У | N(1) |  | Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса | | Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала |  | |  | |
|  | LUCH\_TIP | У | N(1) |  | Тип лучевой терапии | | При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4. |  | |  | |
| **Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате** | | | | | | | | | | | |
| LEK\_PR | REGNUM | О | Т(6) |  | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии | | Заполняется в соответствии с классификатором N020 (ID\_LEKP) |  | |  | |
|  | REGNUM\_DOP | У | Т(25) |  | Код расширенного идентификатора МНН лекарственного препарата с указанием пути введения (в том числе с уточнением действующего вещества или формы выпуска), типа лекарственной формы по агрегатному состоянию и виду высвобождения, единиц измерения | | Обязательно к заполнению при оплате по КСГ (idsp = {33,43}).  Заполняется в соответствии с классификатором N021 (значением из поля ID\_LEKP\_EXT). Формируется по шаблону REGNUM.PP.D.A.V.EEE, где: REGNUM - идентификатор лекарственного препарата (значение из поля ID\_LEKP справочника N021), PP – идентификатор пути введения лекарственного препарата по ФРНСИ ЕГИСЗ (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1468), D - код уточнения действующего вещества или формы выпуска лекарственного препарата (0 - уточнение отсутсвует, 1 - пегилированный липосомальный, 2 - лиофилизат), A- идентификатор типа лекарственной формы лекарственного препарата по агрегатному состоянию (1 - твердое, 2 -жидкое, 3 - мягкое), V - идентификатор типа лекарственной формы лекарственного препарата по виду высвобождения по ФРНСИ ЕГИСЗ (OID 1.2.643.5.1.13.13.99.2.798), EEE - идентификатор единиц измерения лекарственного препарата по ФРНСИ ЕГИСЗ (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1358) |  | |  | |
|  | CODE\_SH | О | T(10) |  | Код схемы лекарственной терапии | | Заполняется в соответствии с классификатором V024 согласно расшифровщикам, размещенным на сайте Фонда. Либо указывается слово «Нет»:  1) у пациентов возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет; 2) у пациентов с ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, при неспецифическом лечении и диагностике (USL\_TIP>4)  3) при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на дату начала лечения от 18 лет до 21 года, при заболеваниях или состояниях, входящих в утвержденный Перечень (коды по МКБ-10: С40, С49, С62, С64, С70, С71, С72, С81, С95, С22.2, С38.1, С47.3, С47.4, С47.5, С47.6, С47.8, С47.9, С48.0, С74.1, С74.9, С76.0, С76.1, С76.2, С76.3, С76.7, С76.8, С83.3, С83.5, С83.7, С84.6, С84.7, С85.2, С91.0, С91.8, С92.0, С92.3, С92.4, С92.5, С92.6, С92.7, С92.8, С92.9, С93.0, С94.0, С94.2) |  | |  | |
|  | ~~DATE\_INJ~~ | ~~ОМ~~ | ~~D~~ |  | ~~Дата введения лекарственного препарата~~ | |  |  | |  | |
|  | INJ | ОМ | S |  | Сведения о введениях противоопухолевого лекарственного препарата | |  |  | |  | |
| **Сведения о введениях противоопухолевого лекарственного препарата** | | | | | | | | | | | |
| INJ | DATE\_INJ | О | D |  | Дата введения лекарственного препарата | Указывается дата введения лекарственного препарата пациенту. | |  | |  | |
|  | KV\_INJ | У | N(8.3) |  | Количество введенного лекарственного препарата (действующего вещества) | Обязательно к заполнению при оплате по КСГ (idsp = {33,43}).  Фактическое количество лекарственного препарата, введенного пациенту в сутки (в соответствии с единицами измерения) | |  | |  | |
|  | KIZ\_INJ | У | N(8.3) |  | Количество израсходованного (введеного + утилизированного) лекарственного препарата. | Обязательно к заполнению при оплате по КСГ (idsp = {33,43}).  Количество списанного (не введенный другому пациенту) лекарственного препарата в соответствии с единицами измерения (количество введенного + количество утилизированного) | |  | |  | |
|  | S\_INJ | У | N(15.6) |  | Фактическая стоимость лекарственного препарата за единицу измерения | Обязательно к заполнению при оплате по КСГ (idsp = {33,43}).  Фактическая закупочная цена лекарственного препарата за единицу измерения исходя из фактической закупочной цены с учетом НДС и региональной надбавкой в соответствии с контрактом | |  | |  | |
|  | SV\_INJ | У | N(15.2) |  | Стоимость введенного лекарственного препарата | Обязательно к заполнению при оплате по КСГ (idsp = {33,43}).  Расчетное поле. Указывается стоимость введенного лекарственного препарата, рассчитанная как произведение количества введенного лекарственного препарата (действующего вещества) на фактическую закупочную цену лекарственного препарата (с учетом НДС и региональных надбавок) | |  | |  | |
|  | SIZ\_INJ | У | N(15.2) |  | Стоимость израсходованного лекарственного препарата | Обязательно к заполнению при оплате по КСГ (idsp = {33,43}).  Указывается стоимость израсходованного лекарственного препарата, рассчитанная, как произведение списанного (не введенный другому пациенту) лекарственного препарата (количество введенного + количество утилизированного) на фактическую закупочную цену лекарственного препарата (с учетом НДС и региональных надбавок). | |  | |  | |
|  | RED\_INJ | У | N(1) |  | Признак применения редукции для лекарственного препарата | Обязательно к заполнению при оплате по КСГ (idsp = {33,43}).  0 – без редукции; 1 – редукция присутсвует | |  | |  | |
| **Назначения** | | | | | | | | | | | |
| NAZ | NAZ\_N | O | N(2) |  | Номер по порядку | | | | |  | |
|  | NAZ\_R | O | N(2) |  | Вид направления (назначения) | | Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II.  1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления;  2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию;  3 – направлен на обследование;  4 – направлен в дневной стационар;  5 – направлен на госпитализацию;  6 – направлен в реабилитационное отделение. | | |  | |
|  | NAZ\_IDDOKT | О | T(25) |  | Код медицинского работника, выдавшего направление | | Указывается СНИЛС медицинского работника, выдавшего направление. | | |  | |
|  | NAZ\_SP | О | N(4) |  | Специальность медицинского работника, к которому выдано направление | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 1 или 2.  Классификатор V021. | | |  | |
|  | NAZ\_V | У | N(1) |  | Метод диагностического исследования | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 3.  Классификатор V029 | | |  | |
|  | NAZ\_USL | У | Т(15) |  | Медицинская услуга /диагностическое исследование (код) | | Заполняется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг V001 только при направлении на обследование в случае подозрения на ЗНО (NAZ\_R = 3 и DS\_ONK=1) | | |  | |
|  | NAPR\_DATE | У | D |  | Дата направления (назначения) | | Заполняется обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в ~~другую~~ МО или на обследование (NAZ\_R={1,2,3} и DS\_ONK=1) | | |  | |
|  | NAPR\_MO | У | Т(6) |  | Код МО, куда оформлено направление | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполняется обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в ~~другую~~ МО или на обследование (NAZ\_R={1,2,3} и DS\_ONK=1) | | |  | |
|  | NAZ\_PMP | У | N(3) |  | Профиль медицинской помощи | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 4 или 5.  Классификатор V002. | | |  | |
|  | NAZ\_PK | У | N(3) |  | Профиль койки | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 6.  Классификатор V020. | | |  | |
|  | NAZ\_DATE | У | D |  | Плановая назначенная дата проведения консультации или диагностического исследования | | Обязательно заполняется, при направлении на обследование (NAZ\_R = 3) и при направлении на консультацию в случаи подозрения на ЗНО (NAZ\_R = (1,2). и DS\_ONK=1) | | |  | |
| **Сведения об услугах** | | | | | | | | | |  | |
| USL | IDSERV | O | T(36) |  | Код записи об услуге | | Уникально идентифицирует запись. Используется GUID. | | | | |
|  | LPU | O | T(6) |  | Код МО | | МО лечения (юридического лица).  При диспансеризации взрослого населения (1 этап) в случае оказания услуги в стороннем МО, указывается реестровый код сторонней МО. | Код МО – юридического лица заполняется в соответствии с реестровым номером F003. Для МО, работающих только в рамках одноканального финансирования, заполняется кодом, присвоенным ТФОМС РТ | | | |
|  | LPU\_1 | У | T(10) |  | Подразделение МО | | Подразделение МО лечения из справочника РТ1 «Медицинские организации». Для ФАП в соответствии со справочником РТ2 «Перечень ФАП». При диспансеризации взрослого населения (1 этап) в случае оказания услуги в стороннем МО, указывается подразделение стороннего МО. | | | | |
|  | PODR | У | T(8) |  | Код отделения | | Отделение МО лечения из регионального справочника.  Обязательно к заполнению для отделений круглосуточного и дневного стационаров, а также для обращений с проведением услуг диализа в амбулаторных условиях. | | Не заполняется | | |
|  | PROFIL | У | N(3) |  | Профиль | | Классификатор V002. Обязательно к заполнению за исключением оформления отказов от услуги или медицинских противопоказаниях в рамках диспансеризации 1 этапа взрослого населения или профилактического осмотра взрослого населения. | | Не заполняется | | |
|  | DET | O | N(1) |  | Признак детского профиля | | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.  При отсутствии сведений о пациенте, заполняется 0. | | 0-нет | | |
|  | DATE\_IN | O | D |  | Дата начала оказания услуги | | Для реанимации обязательно указывается период нахождения. Для доп.услуг указывается период их проведения. | | Дата оказания услуги | | |
|  | DATE\_OUT | O | D |  | Дата окончания оказания услуги | |  | | |
|  | DS | У | T(10) |  | Диагноз | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Для диспансеризаций и медосмотров не заполняется. В остальных случаях обязательно к заполнению | | Не заполняется | | |
|  | CODE\_USL | У | T(27) |  | Код услуги/  диагностического исследования | | Для всех условий оказания медицинской помощи услуги указываются в соответствие с классификатором V001. Для услуг ВМП для VMP\_FIN= 5, 6 или 7 указывается Код метода ВМП из классификатора «ВМП-Бюджет»;  для VMP\_FIN= 3 указываются через точку Код метода ВМП, Код вида ВМП, Код группы ВМП и Код модели пациента из классификатора V019 (например «45.183.41.21167»).  Обязательно к заполнению:  для услуг диализа;  в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий при установленном диагнозе ЗНО или нейтропении.  Коды посещений в рамках второго этапа диспансеризации и медицинских осмотров несовершеннолетних указываются по справочнику РТ 23.  При выставлении основного диагноза O04 (аборт) в отделении дополнительно требуется указание одной из трех услуг:  A16.20.037/1 - Искусственное прерывание беременности (аборт) по медицинским показаниям до 12 недель  A16.20.037/2 - Искусственное прерывание беременности (аборт) по медицинским показаниям (с 12 до 22 недель)  A16.20.037/3 - Искусственное прерывание беременности (аборт) по желанию женщины до 12 недель  Каждая из этих услуг не может указываться самостоятельно, в круглосуточном стационаре она должна указываться только в сочетании с услугой A16.20.037 , в дневном - в сочетании с услугой B03.001.005 или A16.20.037. |  | Значение кода обязательно заполняется из справочника услуг по зубопротезированию и слухопротезированию РТ27 | | |
|  | KOL\_USL | О | N(6.2) |  | Количество услуг (кратность услуги) | | Для реанимации указывается количество койко-дней.  Для стомат.услуг в рамках RT30, указывается количество УЕТ.  Во всех остальных случаях количество услуг обязательно к заполнению и должно быть больше 0. | Для реанимации указывается количество койко-дней. | Количество услуг обязательно к заполнению и должно быть больше 0. | | |
|  | MED\_DEV | УМ | S |  | Сведения о медицинских изде  лиях, имплантируемых в организм человека | | Обязательно для заполнения по кодам услуг, входящих в справочник V036 "Перечень услуг, требующих имплантацию медицинских изделий (ServImplDv)". Примечание для V036.Parameter:  1 - Медицинская услуга, в рамках которой обязательна имплантация медицинских изделий  2 - Медицинская услуга, в рамках которой возможна имплантация медицинских изделий  3 - Медицинская услуга, в рамках которой не используются имплантируемые медицинские изделия, но используются дорогостоящие медицинские изделия.  1 и 3 – обязательное заполнение,  2 – условно-обязательное заполнение | Не заполняется | Не заполняется | | |
|  | PRVS | У | N(4) |  | Специальность медработника, выполнившего услугу | | Классификатор медицинских специальностей (должностей) V021. В случае отказа от услуги в рамках диспансеризации 1 этапа взрослого населения, профилактического осмотра взрослого населения поле не заполняется. В остальных случаях обязательно к заполнению. | Классификатор медицинских специальностей (должностей) V021. | Классификатор медицинских специальностей (должностей) V021. Для зубопротезирования указывается 70 (Стоматология ортопедическая) или 69 (Стоматология общей практики), для слухопротезирования –75 (сурдология-оториноларингология) | | |
|  | CODE\_MD | У | T(16) |  | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | | Обязательно указывается СНИЛС медицинского работника. В случае отказа от услуги в рамках диспансеризации 1 этапа взрослого населения, профилактического осмотра взрослого населения поле не заполняется. В остальных случаях обязательно к заполнению. | Обязательно указывается СНИЛС медицинского работника. | | | |
|  | NPL | У | N(1) |  | Неполный объём | | Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме.  1 – документированный отказ больного,  2 – медицинские противопоказания,  4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков.  Для услуг в рамках диспансеризации взрослых, медосмотров взрослых разрешены коды 1, 2, 4.  Для услуг в рамках всех видов диспансеризаций детей – 4.  Для услуг в рамках мед. осмотров несовершеннолетних – 1, 4. | Заполняется для диспансеризаций госслужащих, медицинских осмотров работников детских оздоровительных, образовательных организаций и организаций социального обслуживания значениями 2, 4 | | Не заполняется. | |
|  | COMENTU | У | T(250) |  | Служебное поле | | Для исследований на МРТ и РКТ под сочетанной анестезией с использованием ингаляционного анастетика, выполненных в стационарных условиях детям в возрасте от 0 до 18 лет, указывается «НАРКОЗ». | Не заполняется. | |  | |
|  | PROFIL\_K | У | T(3) | Да | Код профиля койки | | Обязательно заполняется для реанимации согласно V020. | | | Не заполняется. | |
|  | VMP\_FIN | У | T(1) | Да | Источник финансирования ВМП | | Обязательно к заполнению только для методов ВМП. Допустимые символы:  5-метод ВМП-Бюджет, оказанный гражданам РТ (по месту постоянной регистрации); 6- метод ВМП-Бюджет, оказанный гражданам РФ; 7- ВМП-Одноканал; 3-средства ОМС.  Первые три источника указываются для методов ВМП из классификатора ВМП-Бюджет, четвертый-для методов ВМП из V019. В одной позиции могут быть указаны методы только одного источника финансирования. В случае, когда источники финансового обеспечения оказанных методов лечения ВМП различны, оказанные методы лечения указываются отдельными позициями. | Не заполняется | | | |
|  | CEL | У | T(2) | Да | Цель обращения | | Заполняется для услуг при оформлении случаев 2-го этапа диспансеризаций детей-сирот, детей-сирот усыновлённых, всех видов медосмотров несовершеннолетних - для услуг, оказанных на 1 этапе, указывается цель 1 этапа, для услуг, оказанных на 2 этапе, - цель 2 этапа. | Не заполняется. | | Не заполняется. | |
| **Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека** | | | | | | | | | | | |
| MED\_DEV | DATE\_MED | О | D |  | Дата установки медицинского изделия | |  | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | CODE\_MEDDEV | О | N(6) |  | Код вида медицинского изделия | | Заполняется в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий справочника Министерства Здравоохранения РФ "Виды медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и иных устройств для пациентов с ограниченными возможностями" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1079) - значение элемента Россздравнадзора РФ (RZN) | Не заполняется | | Не заполняется | |
|  | NUMBER\_SER | О | T(100) |  | Серийный номер | | При отсутствии указывать маркировочный код | Не заполняется | | Не заполняется | |
| **~~Сведения о лекарственных средствах~~** | | | | | | | | | | | |
| ~~LS~~ | ~~ID\_LS~~ | ~~О~~ | ~~N(20)~~ | ~~Да~~ | ~~Идентификатор лекарственного средства~~ | | ~~Заполняется на основе Единого универсального справочника фармацевтической и медицинской продукциии, утвержденного приказом МЗ РТ от 25.04.2019 №873 (EN\_PREP\_VERSIONS.ID).~~ |  | |  | |
|  | ~~DOZA~~ | ~~О~~ | ~~N(15,3)~~ | ~~Да~~ | ~~Курсовая доза ЛС~~ | | ~~Указывается в упаковках количество фактически применённого ЛС за весь период лечения в отделении~~ |  | |  | |
|  | ~~FIN~~ | ~~О~~ | ~~N(1)~~ | ~~Да~~ | ~~Источник финансирования~~ | | ~~1 – средства ОМС, 2 – прочие источники~~ |  | |  | |
|  | ~~PRICE~~ | ~~У~~ | ~~N(15,2)~~ | ~~Да~~ | ~~Закупочная цена~~ | | ~~Обязательно указывается при FIN=1~~ |  | |  | |
| **Особые отметки** | | | | | | | | | | | |
| SP\_MARK | MARK | О | N(3) | Да | Код особой отметки | | Код особой отметки:  10 – оказание амбулаторной неотложной стоматологической помощи в период с 22:00 до 06:00;  11 – лицо, проживающее в стационарной организации социального обслуживания; (дома-интернаты для престарелых и инвалидов)  12 - лицо, проживающее в стационарной организации социального обслуживания; (психоневрологические интернаты)  13 - лицо, проживающее в стационарной организации социального обслуживания; (детские дома-интернаты для умственно отсталых детей)  14 - лицо, проживающее в стационарной организации социального обслуживания; (центр адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий)  15 - предоставление спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний, дети-инвалиды, имеющие ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности), независимо от возраста)  16 - развертывание индивидуального поста  17 - выполнены реабилитационные мероприятия в объеме, необходимом для применения КСЛП при проведении 1 этапа медицинской реабилитации  18 - направление на тестирование новой коронавирусной инфекции и вируса гриппа, выдано  19 - направление на тестирование новой коронавирусной инфекции и вируса гриппа, не выдано  Если CODE\_MES1 in ('RT02', 'RT03', 'RT07', 'RT17','RT18','RT21','RT22','RT27') и DS1 in (J00-J20 U07.1, U07.2, B34.2, Z03.8), то обязательно необходимо указать особую отметку 18 или 19.  20 - Направление на тестирование вируса гепатита С, выдано  21 - Направление на тестирование вируса гепатита С, не выдано  Если CODE\_MES1 in ('RT02', 'RT03', 'RT07', 'RT17','RT18','RT21','RT22','RT51') и DS1 in ('B18.2','B18.8','B18.9','Z20.5','Z22.9','K73.0','K73.1','K73.2','K73.8','K73.9','K74.6','K75.4','K75.8','K75.9','K76.9'), то обязательно необходимо указать особую отметку 20 или 21. | | | | |
|  | SL\_ID | У | Т(36) | Да | Ссылка на случай | | Заполняется при необходимости указать конкретный случай (SL.SL\_ID).  В настоящий момент не используется | | | | |

**1** Если в один день лечили несколько зубов, то столько и должно быть SL с разными номерами зубов и соответствующим количеством КСГ (одинаковыми или разными) – фактически будет учитываться как посещение с профилактической и иными целями.

Если один зуб лечили три дня, т.е. три физических посещения пациентом врача (фактически будет учитываться как обращение по поводу заболевания), то должно быть три SL с одинаковым номером зуба и пораженной поверхностью. В последнем SL (при последнем физическом посещении пациентом врача) указывается КСГ.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Таблица Д.2. Файл персональных данных** | | | | | | | | | | |
| Имя файла формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа указывается L. | | | | | | | | | | |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | O | S |  | Заголовок файла | | Информация о передаваемом файле | | | |
|  | PERS | OM | S |  | Данные | | Содержит персональные данные пациента | | | |
| **Заголовок файла** | | | | | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) |  | Версия взаимодействия | | 3.2 | | | |
|  | DATA | O | D |  | Дата | |  | | | |
|  | FILENAME | O | T(26) |  | Имя файла | | Имя файла без расширения. | | | |
|  | FILENAME1 | O | T(26) |  | Имя основного файла | | Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения. | | | |
| **Данные** | | | | | | | | | |  |
| PERS | ID\_PAС | O | T(36) |  | Код записи о пациенте | | Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями услуг об оказанной медицинской помощи. | | | |
|  | FAM | У | T(40) |  | Фамилия пациента | | Записываются полностью буквами русского алфавита.  Двойные фамилии (имена, отчества) записываются через тире «-» без пропусков или через один пробел (согласно написанию в предъявленном документе). В случае отсутствия фамилии или отчества в ДУЛ в поле OS\_SLUCH обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  ФИО для детей до государственной регистрации рождения не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля. В полях фамилии, имени, отчества не допускаются слова «Не идентифицирован» и т.п., а также использование недопустимых символов (допустимыми считать буквы русского алфавита и символ тире “-”). Сокращенные имена не допускаются.  В случае указания в поле OS\_SLUCH признака 3, может принимать значение «НЕ ИЗВЕСТНО». | | Записываются полностью буквами русского алфавита.  Двойные фамилии (имена, отчества) записываются через тире «-» без пропусков или через один пробел (согласно написанию в предъявленном документе). В случае отсутствия фамилии или отчества в ДУЛ в поле OS\_SLUCH обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  ФИО для детей до государственной регистрации рождения не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля. В полях фамилии, имени, отчества не допускаются слова «Не идентифицирован» и т.п., а также использование недопустимых символов (допустимыми считать буквы русского алфавита и символ тире “-”). Сокращенные имена не допускаются.  При оказании социально-значимых видов мед.помощи, проведении лабораторных исследований в ГАУЗ «РКИБ» и ГКБ№7, если пациент не идентифицирован или помощь оказана на условиях анонимности, а также при оказании сан.авиационной помощи может не заполняться.  Во всех остальных случаях обязательно к заполнению. | Не заполняется |
|  | IM | У | T(40) |  | Имя пациента | |  |
|  | OT | У | T(40) |  | Отчество пациента | |  |
|  | W | O | N(1) |  | Пол пациента | | Заполняется в соответствии с классификатором V005. | | | |
|  | DR | У | D |  | Дата рождения пациента | | Для круглосуточного стационара обязательно к заполнению. В случае невозможности указать точную дату, дата рождения указывается приблизительно и в поле OS\_SLUCH указывается 6.  Для всех остальных условий оказания данное поле необязательно,  если в поле OS\_SLUCH указано 3. | | При оказании социально-значимых видов мед.помощи если пациент не идентифицирован или помощь оказана на условиях анонимности, а также при оказании сан.авиационной помощи может не заполняться.  Во всех остальных случаях обязательно к заполнению. | Не заполняется |
|  | TEL | У | T(10) |  | Номер телефона пациента | | Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений.  Информация для страхового представителя | | Не заполняется | |
|  | FAM\_P | У | T(40) |  | Фамилия представителя пациента | | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля.  В случае отсутствия фамилии или отчества в ДУЛ в поле OS\_SLUCH обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  Записываются полностью буквами русского алфавита.  Двойные фамилии (имена, отчества) записываются через тире «-» без пропусков или через один пробел (согласно написанию в предъявленном документе). В полях фамилии, имени, отчества не допускаются слова «Не идентифицирован», «Не известно» и т.п., а также использование недопустимых символов (допустимыми считать буквы русского алфавита и символ тире «-»). Сокращенные имена не допускаются. | | Заполняются при наличии данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.  Записываются полностью буквами русского алфавита.  Двойные фамилии (имена, отчества) записываются через тире «-» без пропусков или через один пробел (согласно написанию в предъявленном документе). В полях фамилии, имени, отчества не допускаются слова «Не идентифицирован», «Не известно» и т.п., а также использование недопустимых символов (допустимыми считать буквы русского алфавита и символ тире «-»). Сокращенные имена не допускаются. Обязательно к заполнению в случае, если поле NOVOR отлично от нуля. | Не заполняется |
|  | IM\_P | У | T(40) |  | Имя представителя пациента | |  |  |
|  | OT\_P | У | T(40) |  | Отчество представителя пациента | |  |  |
|  | W\_P | У | N(1) |  | Пол представителя пациента | | Заполняется в соответствии с классификатором V005. Обязательно к заполнению в случае, если поле NOVOR отлично от нуля. | | | Не заполняется |
|  | DR\_P | У | D |  | Дата рождения представителя пациента | | Обязательно к заполнению в случае, если поле NOVOR отлично от нуля. | | Заполняются при наличии данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Обязательно к заполнению в случае, если поле NOVOR отлично от нуля. | Не заполняется |
|  | MR | У | T(100) |  | Место рождения пациента или представителя | | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. | | | Не заполняется |
|  | DOCTYPE | У | T(2) |  | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | | Заполняется в соответствии с классификатором F011. При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.  Не обязательно для заполнения, если в поле OS\_SLUCH указано 3. | | Заполняется в соответствии с классификатором F011. При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.  Для детей до государственной регистрации рождения поле не заполняется (документ представителя не указывается).  При оказании социально-значимых видов мед.помощи, хосписной помощи в условиях стационара , а также сан.авиационной помощи может не заполняться.  Для лабораторных исследований, проведённых в ГАУЗ «РКИБ», не указывается.  Во всех остальных случаях обязательно к заполнению. | Не заполняется |
|  | SOC | У | T(3) | Да | Социальный статус пациента | | Заполняется код социального статуса с использованием справочника РТ6 «Социальный статус». Для диспансеризаций госслужащих указывается 31 Государственный служащий. | | | Обязательно заполняется код социального статуса с использованием справочника РТ6 «Социальный статус».  1 Работающий на предприятии, строительстве, транспорте, государственных внебюджетных фондах и т.д. (кроме лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью)  2 Работающий в бюджетной сфере  3 Работающий в отрасли «сельское хозяйство»  4.1 Пенсионер работающий  4.2 Пенсионер неработающий  12 Лицо, занимающееся индивидуальной трудовой деятельностью  31 Государственный служащий  99 Прочие |
|  | DOCSER | У | T(10) |  | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | | Заполняется в соответствии с классификатором F011 согласно маске.  При указании ЕНП может не заполняться. Заполняется в соответствии с предъявленным документом.  Не обязательно для заполнения, если в поле OS\_SLUCH указано 3. | | Заполняется в соответствии с классификатором F011 согласно маске.  Для детей до государственной регистрации рождения поле не заполняется (документ представителя не указывается).  При оказании социально-значимых видах мед.помощи, хосписной помощи в условиях стационара , а также сан.авиационной помощи может не заполняться.  Для лабораторных исследований, проведённых в ГАУЗ «РКИБ», а также при Медицинской помощи оказываемой пациентам на условиях анонимности не указывается.  Во всех остальных случаях обязательно к заполнению. | Не заполняется |
|  | DOCNUM | У | T(20) |  | Номер документа, удостоверяющего личность или представителя | |
|  | DOCDATE | У | D |  | Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | | При указании ЕНП может не заполняться. Заполняется в соответствии с предъявленным документом.  Не обязательно для заполнения, если в поле OS\_SLUCH указано 3. Заполняется для лиц, застрахованных не в РТ. | | Не заполняется | Не заполняется |
|  | DOCORG | У | T(1000) |  | Наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность | | При указании ЕНП может не заполняться. Заполняется в соответствии с предъявленным документом.  Не обязательно для заполнения, если в поле OS\_SLUCH указано 3. Заполняется для лиц, застрахованных не в РТ. | | Не заполняется | Не заполняется |
|  | SNILS | У | T(14) |  | СНИЛС пациента или представителя | | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. | | | Не заполняется |
|  | OKATOG | У | T(11) |  | Код места постоянной регистрации по ОКАТО | | Обязательно должно быть заполнено одно из двух полей.  В случае заполнения поля OKATOP для застрахованных на территории Республики Татарстан обязательно должен быть указан код, относящийся к территории Республики Татарстан. Для пациентов, которым оказывались методы ВМП-Бюджет, код места постоянной регистрации по ОКАТО обязателен к заполнению. | | Заполняется при наличии | Не заполняется |
|  | OKATOP | У | T(11) |  | Код места временной регистрации (при наличии) или фактического проживания ОКАТО | |
|  | ADDRESS | У | T(150) | Да | Адрес пациента | | Заполняется фактический адрес места жительства (пребывания) по маске: населенный пункт, улица, дом (литера дома, корпус при наличии), квартира (литера квартиры/комнаты при наличии). Для круглосуточных и дневных стационаров адрес по прописке в соответствии с данными из статкарты. При прохождении диспансеризаций и медосмотров поле обязательно к заполнению. | | Заполняется при наличии | Не заполняется |
|  | INN\_WORK | У | N(15) | Да | ИНН места работы | | Не заполняется. | | Обязательно заполняется для диспансеризаций госслужащих, медицинских осмотров работников детских оздоровительных, образовательных организаций и организаций социального обслуживания. | Не заполняется. |
|  | KODSZ | У | N(13) | Да | Код льготника по протезированию | | Не заполняется. | | Не заполняется. | Обязательно заполняется из Регионального регистра льготников Министерства труда, занятости и социальной защиты РТ |
|  | KATEG | У | N(10) |  | Код льготной категории | | Не заполняется. | | Не заполняется. | Обязательно заполняется в соответствии с ПКМ РТ от 02.04.2015 №214 |
|  | COMENTP | У | T(250) |  | Служебное поле | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | |  |
| **Таблица Д.3 Структура файла с протоколом ФЛК** | | | | | | | | | |  |
| Имя файла соответствует имени пакета. | | | | | | | | | |  |
| **Код элемента** | **Имя элемента** | **Тип** | **Формат** | **Регион** | | **Наименование элемента** | | **Дополнительная информация** | |  |
| **Корневой элемент** | | | | | | | | | |  |
| FLK\_P | FNAME | O | T(24) |  | | Имя файла протокола | |  | |  |
|  | FNAME\_I | O | T(24) |  | | Имя исходного файла | |  | |  |
|  | PR | HM | S |  | | Причина отказа | | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. | |  |
| **Причина отказа** | | | | | | | | | |  |
| PR | OSHIB | О | N(3) |  | | Код ошибки | |  | |  |
|  | IM\_POL | У | T(20) |  | | Имя поля | | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом. | |  |
|  | BAS\_EL | У | T(20) |  | | Имя базового элемента | | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка. | |  |
|  | N\_ZAP | У | N(8) |  | | Номер позиции записи | | Номер записи, в одном из полей которой обнаружена ошибка. | |  |
|  | IDCASE | У | T(36) |  | | Номер записи в реестре случаев | | Номер случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега SLUCH, в том числе во входящих услугах). | |  |
|  | SL\_ID | У | T(36) |  | | Идентификатор случая | | Идентификатор случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега SL, в т.ч. во входящих в него услугах) | |  |
|  | IDSERV | У | T(36) |  | | Номер записи в реестре услуг | | Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега USL) | |  |
|  | COMMENT | У | T(250) |  | | Комментарий | | Описание ошибки | |  |
| **Таблица Д.4 Структура файла с протоколом ТК** | | | | | | | | | |  |
| Имя файла соответствует имени пакета. | | | | | | | | | |  |
| **Код элемента** | **Имя элемента** | **Тип** | **Формат** | **РТ** | | **Наименование элемента** | | **Дополнительная информация** | |  |
| **Корневой элемент** | | | | | | | | | |  |
| TK\_P | FNAME | O | T(24) |  | | Имя файла протокола | |  | |  |
|  | FNAME\_I | O | T(24) |  | | Имя исходного файла | |  | |  |
|  | TK\_RES | HM |  |  | | Причина отказа | | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. | |  |
| **Причина отказа** | | | | | | | | | |  |
| TK\_RES | IDCASE | О | T(36) | Номер записи в реестре случаев | |  | |  | |  |
|  | DEFECT | УМ | S | Дефекты по случаю | | Указывается при наличии дефектов | |  | |  |
|  | INSURE | У | S | Страховка | | Определяется на основании данных МО по результатам идентификации в ЕРЗ | |  | |  |
| DEFECT | IDSERV | У | T(36) | Номер записи в реестре услуг | | Заполняется в случае наличия дефекта в услуге | |  | |  |
|  | CODE\_ERR | О | Т(12) | Код ошибки | | Указывается код дефекта из регионального справочника дефектов | |  | |  |
|  | NAME\_ERR | У | T(1000) | Название дефекта | | Название дефекта из регионального справочника дефектов | |  | |  |
| INSURE | SMO | О | T(5) | Реестровый номер СМО | |  | |  | |  |
|  | REGION | О | T(5) | Регион страхования | | Указывается ОКАТО территории страхования | |  | |  |
|  | VPOLICY | О | N(1) | Тип ДПФС | | Заполняется по F008 | |  | |  |
|  | SPOLICY | У | T(10) | Серия ДПФС | | Указывается только для полисов старого образца | |  | |  |
|  | NPOLICY | О | Т(20) | Номер ДПФС | |  | |  | |  |
|  | ENP | О | T(16) | Главный ЕНП | |  | |  | |  |
|  | MO | У | T(4) | МО прикрепления | | Указывается региональный код МО (при наличии прикрепления) на дату оказания МП | |  | |  |

Примечание.

При заполнении полей XML-файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи используются:

- федеральные классификаторы и справочники, ведение которых осуществляется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Минздравом России;

- региональные классификаторы и справочники.

# **Приложение № 2 к Порядку**

# **Форматы и структура передаваемого справочника «Нормативы длительности лечения по медико-экономическим стандартам»**

Министерство здравоохранения Республики Татарстан предоставляет в Фонд нормативы длительности лечения по МЭС в порядке и сроки, утвержденные Тарифным соглашением в следующих форматах.

Информационный файл, содержащий данные о медико-экономических стандартах, имеет формат XML с кодовой страницей Windows-1251. Файл должен быть упакован в архив формата ZIP (расширение архива ZIP). Имя файла - MESYYYYMMDD.XML, где YYYYMMDD- дата актуальности справочника.

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

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

Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.

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

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

В столбце «Формат» для каждого элемента указывается – символ формата. Символы формата соответствуют обозначениям:

Char – <текст>;

Num – <число>;

Date – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

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

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента.

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

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

**Таблица 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Размер | Обяз. | Наименование | Доп.информация |
| Корневой элемент | | | | | | |
| ROOT | VERSION | Char | 5 | О | Версия информационного взаимодействия | 1.0 |
|  | REC | SM |  | О | Записи |  |
| Записи | | | | | | |
| REC | ID\_MES | Num | 15 | О | Уникальный идентификатор МЭС | Единожды присвоенный идентификатор не должен изменяться при внесении каких-либо изменений. |
|  | CODE | Char | 6 | О | Код МЭС |  |
|  | TYPE | Num | 1 | О | Тип МЭС | Заполняется одним из следующих значений:  1-МЭС является стандартом модернизации;  2-МЭС является региональным стандартом;  0-во всех остальным случаях |
|  | NAME | Char | 250 | О | Наименование МЭС |  |
|  | LPU | Char | 10 | У | Региональный код МО | Указывается для МЭС, закреплёнными за определёнными МО. |
|  | PERIODS | SM |  | О | Сведения о сроках госпитализации |  |
|  | MKB | Char | 6 | УМ | Перечень МКБ-10, включённых в группу заболеваний |  |
| Сведения о нормативных сроках госпитализации | | | | | | |
| PERIODS | TERM | Num | 3 | У | Нормативный срок госпитализации в круглосуточном стационаре | В случае отсутствия срока (по факту) данное поле заполняется 0. |
|  | TERM\_DAY | Num | 3 | У | Нормативный срок госпитализации в дневном стационаре | В случае отсутствия срока (по факту) данное поле заполняется 0. |
|  | D\_BEGIN | Date |  | О | Дата начала действия |  |
|  | D\_END | Date |  | У | Дата окончания действия | Если дата окончания не указана, то считается, что срок действия не ограничен. |
|  | LIST | Char | 150 | О | Документ | Реквизиты устанавливающего нормативного документа |
|  | D\_UPDATE | Date |  | О | Дата последнего изменения |  |

Примечание:

По одному коду МЭС не допускается:

- пересечение сроков действия;

- наличие двух не ограниченных по сроку периодов действия.

# **Приложение № 3 к Порядку**

# **Описание формата файла со сведениями о лицах, состоящих на диспансерном наблюдении, для предоставления в информационный ресурс ТФОМС Республики Татарстан**

1. **Общие положения**
   1. Файл формируется на основании сведений учетной формы 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 №834н.
   2. Для формирования сообщений используется XML-кодирование с кодовой страницей utf-8.
   3. При осуществлении информационного обмена количество записей в одной информационной посылке не должно превышать 5000.
   4. Имя файла должно соответствовать следующему шаблону:

«R\_QQQQQQ\_MMGGZ.XML», где

R – реквизит, определяющий тип файла:

«DN\_ALL» - пакет информационной посылки в ТФОМС со сведениями о лицах, состоящих на диспансерном наблюдении;

«fDN\_ALL» – ответный протокол форматно-логического контроля;

«pDN\_ALL» – ответный протокол технического контроля.

«QQQQQQ» - шестизначный код медицинской организации в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Символы «\_» (подчеркивание) являются разделителями и обязательно присутствуют в имени файла.

«ММ» - двухзначный код, равный порядковому номеру месяца, в котором сформирован файл;

«GG» - двухзначный код, равный двум последним цифрам календарного года, в котором сформирован файл;

«Z» - порядковый номер файла в пределах месяца, формируемого медицинской организацией. Без незначащих левых нулей. Размерность - не более 5 знаков.

* 1. При обмене данными файлы в целях уменьшения объема передаваемой информации должны быть заархивированы с применением формата (алгоритма) ZIP. При формировании информационной посылки к имени файла добавляется расширение «.zip»
  2. Сведения передаются ежемесячно 1 числа месяца, следующего за отчетным. Сведения за январь передаются в составе всех лиц состоящих на диспансерном наблюдении. В последующие месяцы передается информация о картах диспансерного наблюдения, по которым произошли изменения. Изменения данных накладываются на записи, ранее загруженные на информационный ресурс с указанным в файле уникальным идентификатором карты диспансерного наблюдения.
  3. Информационные посылки могут быть загружены на информационный ресурс непосредственно в модуле АИС ТФОМС РТ «Профилактические мероприятя» в ручном режиме. Также направление посылок может быть организовано из медицинских информационных систем (далеее - МИС) в автоматическом режиме путем направления файлов по каналам защищенной сети №638 VipNet «Деловая почта» на адрес «16(РТТФОМС), Робот». Для подключения МИС к обмену в автоматическом режиме необходимо сообщить в отдел информационной безопасности ТФОМС Республики Татарстан адрес абонентского пункта, с которого будут направляться файлы.
  4. В целях снижения нагрузки на информационные системы в случае организации информационного обмена в автоматическом режиме посылки следует направлять в ежедневном режиме.
  5. Состав и формат данных информационной посылки в ТФОМС, содержащей сведения лицах, состоящих на диспансерном наблюдении, представлен в Таблице 3.1 Порядка.
  6. При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации - получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

соответствия имени архивного файла пакета данных заданной форматами маске;

возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена;

соответствия файлов установленным форматам.

В случае обнаружения ошибок ФЛК, результаты ФЛК должны доводиться в виде протокола ФЛК. Структура файла приведена в Таблице 3.2. Порядка.

* 1. В случае успешной проверки ФЛК, выполняются проверки технического контроля. Результаты технического контроля (ТК), осуществляемого ТФОМС Республики Татарстан доводятся в виде протокола ТК. Структура файла, приведена в Таблице 3.3. Порядка.

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

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

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

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

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

Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.

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

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

В столбце «Тип» для каждого элемента указывается – символ формата, а в столбце «Размер» – максимальная длина значения элемента.

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

C – <текст>;

N – <число>, где разделителем дробной части является точка. В случае указания не целочисленного значения указывается количество знаков до разделителя (в целочисленной части), символ используемого разделителя и количество десятичных знаков;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

DT – <дата и время> в формате, определенном ISO 8601, по маске YYYY-MM-DDThh:mmTZD (образец: 1997-07-16T19:20+04:00).

S – <элемент> составной элемент, описывается отдельно.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Описание структуры файла со сведениями о лицах, состоящих на диспансерном наблюдении,  для предоставления на информационный ресурс ТФОМС Республики Татарстан** | | | | | | | | |
| **Таблица 3.1. Файл со сведениями о лицах, состоящих на диспансерном наблюдении** | | | | | | | | |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Размер** | **Обяз** | **Наименование** | **Дополнительная информация** | **Правила ОМС, приказ МЗ РФ от 28.02.2019  №108н(в ред. от 25.09.2020)** | **Форма 030/у,  приказ МЗ РФ от 15.12.2014 №834 (в ред. от 02.11.2020)** |
| **Корневой элемент** | | | | | | | | |
| DNLIST | FILENAME | C | 24 | O | Имя файла | Без расширения |  |  |
|  | MOCOD | C | 6 | O | Реестровый код медицинской организации | В соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС |  |  |
|  | NRECORDS | N | 7 | O | Количество записей | Количество записей о контрольных картах диспансерного наблюдения |  |  |
|  | DN | S |  | OM | Карта диспансерного наблюдения |  |  |  |
| **Записи** | | | | | | | | |
| DN | GUID | C | 36 | O | Уникальный идентификатор контрольной карты диспансерного наблюдения | Используется для идентификации записи в файле с ошибками ФЛК, а также при обновлении ранее переданных сведений |  |  |
|  | PERSON | S |  | О | Данные о застрахованном лице |  | п. 265 | п.11, 12, 13 |
|  | DOCTOR\_DN | C | 14 | O | Врач, осуществляющий диспансерное наблюдение | СНИЛС врача в формате:  000-000-00 00 | п.266 ч.4 | п.4 |
|  | DOCTOR\_SPEC | N | 7 | O | Специальность врача, осуществляющего диспансерное наблюдение | Классификатор V021 (приказ ФФОМС №79) | п.266 ч.4 | п.3 |
|  | DIAGNOSIS\_BASE | S |  | O | Основное заболевание |  | п.266 ч.1 | п.1, 17 |
|  | DIAGNOSIS\_RELATED | S |  | УМ | Сопутствующие заболевания |  |  | п.18 |
|  | PERIODIC\_PLAN | N | 7 | О | Периодичность диспансерного осмотра | Количество дней между осмотрами | п.266 ч.3 |  |
|  | PLANNING\_VISIT | S |  | ОМ | Контроль посещений |  | п.266 ч.5,6,7,8 | п.16 |
| **Данные о застрахованном лице** | | | | | | | | |
| PERSON | ENP | C | 16 | O | Единый номер полиса | Для полисов старого образца и временных свидетельств ЕНП следует получить через сервис проверки факта страхования ТФОМС | п. 265 |  |
|  | FAM | C | 40 | У | Фамилия | Соответствует данным полиса ОМС | п. 265 | п.11 |
|  | IM | C | 40 | О | Имя | п. 265 | п.11 |
|  | OT | C | 40 | у | Отчество | п. 265 | п.11 |
|  | DR | D |  | О | Дата рождения | п. 265 | п.13 |
| **Диагноз основного заболевания** | | | | | | | | |
| DIAGNOSIS\_BASE | PRIMACY | N | 1 | O | Первичность диагноза | 1 - впервые,  2 - повторно |  | п.6 |
|  | DATE\_BEG | D |  | O | Дата постановки на диспансерное наблюдение |  | п.266 ч.2 | п.8 |
|  | REASON\_BEG | N | 1 | O | Обстоятельства постановки на учет | 1 - при обращении за лечением, 2 - при профилактическом осмотре |  | п.7 |
|  | DATE\_END | D |  | У | Дата прекращения диспансерного наблюдения |  |  | п.9 |
|  | REASON\_END | N | 1 | У | Причины прекращения диспансерного наблюдения | 1 - выздоровление, 2 - выбытие из район обслуживания 3 - смерть |  | п.10 |
|  | DS\_HISTORY | S |  | ОМ | Основной диагноз и информация о его уточнении |  | п.266 ч.1 | п.1, 17 |
| **Основной диагноз и информация о его уточнении** | | | | | | | | |
| DS\_HISTORY | DS\_BASE | C | 6 | O | Код заболевания по МКБ-10 |  | п.266 ч.1 | п.17 |
|  | DATE\_DS\_BASE | D |  | У | Дата установления диагноза | Не обязательно к заполнению при указании особого случая «1» |  | п.17 |
|  | DOCTOR\_DS | C | 14 | У | Врач, установивший диагноз | СНИЛС врача в формате:  000-000-00 00 Не обязательно к заполнению при указании особого случая «2» | п.266 ч.4 | п.17 |
| OS\_SLUCH | N | 1 | УМ | Особый случай | 1 – дата установления диагноза неизвестна  2 – врач, установивший диагноз, неизвестен |  |  |
| **Сопутствующие заболевания** | | | | | | | | |
| DIAGNOSIS\_RELATED | DS\_RELATED | C | 6 | O | Код заболевания по МКБ-10 |  |  | п.18 |
| **Контроль посещений** | | | | | | | | |
| PLANNING\_VISIT | DATE\_PLAN | D |  | O | Планируемая дата посещения |  | п. 266 ч.3 | п,16 |
|  | PLACE\_PLAN | N | 1 | О | Место проведения планируемого диспансерного приема | 1 - в медицинской организации 2- на дому | п.266 ч.7 | п.16 |
|  | DATE\_FACT | D |  | У | Фактическая дата посещения |  | п.266 ч.5, 8 | п.16 |
|  | RESULT | N | 1 | У | Результат посещения | 1 - направлен для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом другой медицинской организации 2 - прекращено диспансерное наблюдение | п.266 ч.9, 10 | п.19, 9 |
| **Таблица 3.2. Структура файла с протоколом ФЛК** | | | | | | | | |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Размер** | **Обяз** | **Наименование** | **Дополнительная информация** | | |
| **Корневой элемент** | | | | | | | | |
| DNLIST | FILENAME | C | 24 | O | Имя файла | Без расширения | | |
|  | MOCOD | C | 6 | O | Реестровый код медицинской организации | В соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС | | |
|  | ERR\_FILE | C | 4000 | O | Описание ошибки ФЛК |  | | |
| **Таблица 3.3. Структура файла с протоколом ТК** | | | | | | | | |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Размер** | **Обяз** | **Наименование** | **Дополнительная информация** | | |
| **Корневой элемент** | | | | | | | | |
| DNLIST | FILENAME | C | 24 | O | Имя файла | Без расширения | | |
|  | MOCOD | C | 6 | O | Реестровый код медицинской организации | В соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС | | |
|  | DN | S |  | УM | Карта диспансерного наблюдения с ошибками |  | | |
| **Записи** | | | | | | | | |
| DN | GUID | C | 36 | O | Уникальный идентификатор контрольной карты диспансерного наблюдения | Используется для идентификации записи в файле с ошибками ФЛК, а также при обновлении ранее переданных сведений | | |
|  | ERR | S |  | ОМ | Ошибки ТК |  | | |
| **Данные о ошбике** | | | | | | | | |
| ERR | ERR\_TYPE | N | 1 | О | Тип ошибки | Принимает следующие значения:  0 – предупреждение, принят  1 – ошибка, не принят | | |
|  | ERR\_CODE | C | 20 | О | Код ошибки |  | | |
|  | ERR\_NAME | C | 4000 | О | Наименование ошибки |  | | |
|  | FIELD\_NAME | C | 200 | У | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. | | |
|  | NOTE | C | 4000 | У | Примечания к ошибке | Передается в случае возникновения непредвиденной внутренней ошибки обработки пакета. | | |

# **Приложение № 4 к Порядку**

# **Требования к структуре и составу данных передаваемой в электронном виде информации о направлениях и госпитализациях при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им специализированной медицинской помощи на территории Республики Татарстан**

При осуществлении информационного обмена используется кодовая страница utf-8.

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

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

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

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

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

Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.

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

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

N – <число>, где разделителем дробной части является точка;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

DT - <дата и время> в формате, определенном ISO 8601, по маске YYYY-MM-DDThh:mmTZD (образец: 1997-07-16T19:20+04:00);

S – <элемент> составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента.

В столбце «Дополнительная информация» указываются правила заполнения элементов.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Метод №1 «Приём сведений о направлениях на госпитализацию (в т.ч. аннулированных), о госпитализациях по направлениям, об экстренных госпитализациях, о выбывших больных»** | | | | | |
| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
| **Запрос** | | | | | |
| SendRouteRqst | HEAD | О | S | Заголовок | Служебная информация |
|  | DATA | О | S | Данные в разрезе МО |  |
| HEAD | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | 2.0 |
|  | SENDER | О | Т(10) | Отправитель | Регистрационный номер отправителя. Присваивается ТФОМС Республики Татарстан. |
|  | D\_EVENT | О | D | Дата предоставления сведений |  |
| DATA | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер МО (ЮЛ) | МО указывается в соответствии с реестром F003.  Указывается МО, в которое выписано направление, проведена госпитализация без направления |
|  | REC | О | S | Записи, которые были созданы указанной МО | Сведения о направлениях (в т.ч. аннулированных) на госпитализацию, о госпитализациях по направлениям, об экстренных госпитализациях, о выбывших больных |
| REC | GUID | О | T(36) | Уникальный код записи | GUID - уникальный код записи в МИС, присвоенный единожды и неизменный при информационном взаимодействии.  Код используется в АИС ТФОМС для идентификации записи, если запись существует, то по ней обновляются сведения, в противном случае запись добавляется. |
|  | NPR\_MO | У | T(6) | Реестровый номер МО, направившей пациента на госпитализацию | МО указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | NPR\_LPU | У | T(15) | Региональный код подразделения МО, направившего пациента на госпитализацию | Указывается при направлении из подразделения МО, имеющего свой региональный код. |
|  | DEST\_MO | О | T(6) | Реестровый номер МО, в которую направлен/госпитализирован пациент | МО указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | DEST\_LPU | У | T(15) | Региональный код подразделения МО, в которое направлен/госпитализирован пациент | Указывается при направлении/госпитализации в подразделение МО, имеющее свой региональный код. |
|  | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Из классификатора V014.  Экстренная форма заполняется только для стационара. |
|  | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте |  |
|  | NPR | У | S | Сведения о направлении | Заполняются при наличии направления |
|  | HOSP | УМ | S | Сведения о госпитализации | Заполняются при наличии сведений о госпитализации. Более одного тега hosp указывается при внутрибольничных переводах. |
|  | ANN | Н | S | Сведения об аннулировании | Передается только в случае наличия сведений об аннулировании направления на госпитализацию. По экстренным госпитализациям не заполняется. |
|  | TELEMED | УМ | S | Сведения о телемедицинских консультациях | Заполняются при наличии сведений о ТМК. Более одного тега TELEMED указывается, если в рамках госпитализации было оказано несколько ТМК. |
| PACIENT | OS\_SLUCH | УМ | N(2) | Особый случай | 1 - новорождённый без регистрации рождения |
|  | FAM | У | T(40) | Фамилия пациента | ФИО заполняется в соответствии с ДУЛ. При отсутствии в ДУЛ фамилии или отчества ставится соответствующая отметка в поле DOST. |
|  | IM | У | T(40) | Имя пациента |
|  | OT | У | T(40) | Отчество пациента |
|  | W | О | N(1) | Пол пациента | Заполняется в соответствии с классификатором V005. |
|  | DR | О | D | Дата рождения пациента |  |
|  | DOST | УМ | N (1) | Код достоверности сведений пациента или представителя | 1 - по документу, удостоверяющему личность, отсутствует отчество  2 – по документу, удостоверяющему личность, отсутствует фамилия |
|  | FAM\_P | У | T(40) | Фамилия представителя | ФИО представителя обязательно указывается при OS\_SLUCH=1.  При отсутствии в ДУЛ фамилии или отчества ставится соответствующая отметка в поле DOST. |
|  | IM\_P | У | T(40) | Имя представителя |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя | Указывается при OS\_SLUCH=1 |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип ДПФС | Заполняется в соответствии с F008. |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия ДПФС | Указывается только для полисов старого образца (при наличии). |
|  | NPOLIS | О | T(20) | Номер ДПФС |  |
|  | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО | Реестровый номер СМО обязательно указывается, если пациент (представитель) застрахован на территории РТ. Если указать реестровый номер невозможно, то заполняется название СМО. |
|  | SMO\_NAM | У | Т(100) | Наименование СМО |
|  | ST\_OKATO | О | T(5) | Регион страхования | Субъект РФ, в котором застрахован гражданин. |
|  | NOVOR\_NUM | У | N(2) | Номер новорожденного | Порядковый номер новорожденного при OS\_SLUCH=1 (при одноплодных родах всегда =1). В остальных случаях не заполняется. |
|  | CONTACT | У | T(40) | Контактная информация | Контактный телефон с кодом города.  Обязательно к заполнению при наличии направления на госпитализацию.  В случае экстренной госпитализации не заполняется. |
| NPR | NPR\_DATE | O | D | Дата направления |  |
|  | NPR\_NUM | О | T(17) | Номер направления | Номер направления уникальный в пределах РТ, сформированный в соответствии с правилами формирования номера направления |
|  | DS | О | T(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. |
|  | USL\_OK | О | N(2) | Условия оказания МП | Классификатор условий оказания МП (V006).  Допустимые коды: 1, 2. |
|  | PROFK | О | T(3) | Код профиля койки | Указывается из классификатора V020. |
|  | PODR | У | T(8) | Код отделения | Отделение МО, в которое направлен пациент |
|  | CODE\_MD | У | Т(14) | СНИЛС медработника, направившего больного |  |
|  | DATE\_P | O | D | Плановая дата госпитализации |  |
| HOSP | DS\_P | О | T(10) | Диагноз приемного отделения/диагноз при поступлении в отделение | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.  Заполняется по данным приемного отделения или отделением при внутрибольничных переводах |
|  | DATE\_P | У | D | Плановая дата госпитализации | Обязательно указывается при наличии направления.  Не заполняется в случае внутрибольничного перевода. |
|  | DATE\_V | У | D | Плановая дата выбытия |  |
|  | USL\_OK | О | N(2) | Условия оказания МП | Классификатор условий оказания МП (V006).  Допустимые коды: 1, 2. |
|  | PROFK | О | T(3) | Код профиля койки | Указывается из классификатора V020. |
|  | PODR | О | T(8) | Код отделения | Отделение МО |
|  | N\_MKSB | О | T(50) | Номер карты стационарного больного | Обязательно указывается при госпитализации |
|  | DATE\_1 | О | DT | Дата и время фактической госпитализации пациента | Обязательно указывается при госпитализации.  При внутрибольничном переводе д.б. равна дате выбытия из предыдущего отделения. |
|  | DATE\_2 | У | D | Дата выбытия | Обязательно указывается при выбытии (в т.ч. при внутрибольничном переводе). |
|  | DS | У | T(10) | Диагноз при выбытии | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.  Обязательно указывается при выбытии |
| ANN | SRC | O | N(1) | Источник аннулирования | 2 – МО, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях  3 – МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях |
|  | ORG | О | T(6) | Реестровый номер источника аннулирования | Указывается в соответствии с реестром F001, F002 или F003 |
|  | LPU\_1 | У | T(15) | Региональный код подразделения МО | Подразделение МО из регионального справочника. Указывается только если источник аннулирования 2 или 3. |
|  | REASON | O | N(1) | Причина аннулирования | 1 – неявка пациента на госпитализацию  2 – не предоставление необходимого пакета документов (отказ МО, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях)  3 – инициативный отказ от госпитализации пациентом  4 – смерть  5 – прочие  6 - техническая ошибка при оформлении (дубль и т.д.)  7 – отказ в госпитализации из-за отсутствия медицинских показаний |
|  | D\_ANN | О | D | Дата аннулирования |  |
|  | COMMENTA | У | T(2000) | Комментарий к причине аннулирования | Заполняется только в случае причины аннулирования = 5 |
| TELEMED | request\_number | О | T(30) | Номер Запроса на ТМК | Указывается номер, присвоенный в  Телемедицинской системе Минздрава России «Защита».  Примечание: в АИС ТФОМС сведения о ТМК хранятся отдельно от сведений о госпитализации, по этой причине, если в Системе уже будет зарегистрирован представленный номер, то запись об этой ТМК будет проигнорирована при обработке в связи с тем, что по данной ТМК могут быть уже назначены и проведены экспертные мероприятия. |
|  | date\_bid\_tmc | О | D | Дата заявки на ТМК |  |
|  | nmic | О | Т(10) | Код НМИЦ | Указывается код из регионального справочника НМИЦ, РТ29. |
|  | date\_tmc | О | D | Дата ТМК |  |
|  | telmed\_doc | УМ | S | Документы к ТМК |  |
| telmed\_doc | type | O | N(1) | Вид сведений | Варианты:  1 – Заключение;  2 – Протокол консилиума;  3 – Иное. |
|  | doc\_NAME | O | Т(255) | Имя файла документа с расширением | Допустимы варианты хранения различных форматов – doc, xls, pdf, jpg и т.п. |
|  | DOC\_SRC | О | BASE64 | Содержимое документа | Ограничение на размер одного файла установлено в 5 Мб |
|  | expl | У | Т(4000) | Пояснение |  |
| **Ответ** | | | | | |
| SendRouteRsp | HEAD | О | S | Заголовок | Служебная информация |
|  | FLK | У | S | Протокол ФЛК | При наличии тега SERVICE\_STATUS, тег отсутствует.  При отсутствии ошибок ФЛК тег отсутствует. |
|  | TK | УМ | S | Протокол ТК | При наличии тега SERVICE\_STATUS, тег отсутствует.  При наличии ошибок ФЛК тег отсутствует.  При отсутствии ошибок ФЛК тег обязателен. |
| HEAD | VERSION | O | T(10) | Версия взаимодействия | 2.0 |
|  | SERVICE\_STATUS | Н | T(255) | Статус сервиса | При штатном функционировании тег отсутствует.  - Значение «ERROR» – сервис в неисправном состоянии, входящий пакет не обработан и требует повторной отправки после восстановления работоспособности;  - Значение «Too\_Many \_Requests» – превышено ограничение на максимальное количество разрешенных одновременных обращений к Сервису АИС ТФОМС, входящий пакет не обработан и требует повторной отправки после снижения числа одновременных обращений к Сервису. |
| FLK | PR | ОM | S | Причина отказа | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. |
| PR | CODE\_ERR | O | T(10) | Код ошибки |  |
|  | NAME\_ERR | O | T(150) | Название ошибки |  |
|  | IM\_POL | У | T(20) | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | BAS\_EL | У | T(20) | Имя базового элемента | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка. |
|  | GUID | У | Т(36) | Уникальный код записи | Указывается, если ошибка обнаружена внутри тега REC (при возможности) |
| TK | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер МО (ЮЛ) | МО указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | REC | ОМ | S | Протокол ТК по каждой представленной записи |  |
| REC | GUID | О | T(36) | Уникальный код записи | GUID - уникальный код записи в МИС, присвоенный единожды и неизменный при информационном взаимодействии. |
|  | STATUS | O | N(1) | Статус записи | 0 – нет ошибок, данные приняты;  1 – есть ошибки, необходимо исправление. |
|  | ERR | У | SМ | Сведения об ошибках | Указывается при STATUS=1 |
| ERR | CODE\_ERR | О | T(10) | Код ошибки |  |
|  | NAME\_ERR | О | T(150) | Название ошибки |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Метод №2 «Приём сведений о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учётом периода ожидания»** | | | | | |
| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
| **Запрос** | | | | | |
| SendTrafficRqst | HEAD | О | S | Заголовок | Служебная информация |
|  | DATA | ОM | S | Данные в разрезе МО |  |
| HEAD | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | 2.0 |
|  | SENDER | О | Т(10) | Отправитель | Регистрационный номер отправителя |
|  | D\_EVENT | О | D | Дата, на 09:00 которой передаются сведения |  |
| DATA | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер МО (ЮЛ), владельца данных | МО указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | REC | ОМ | S | Записи, которые были созданы указанной МО | Сведения о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учётом периода ожидания |
| REC | GUID | О | T(36) | Уникальный код записи | GUID - уникальный код записи в ЕГИС ЭЗ РТ. Используется при передаче протокола ТК. |
|  | LPU | У | T(15) | Региональный код подразделения МО | Указывается региональный код подразделения МО от имени кого предоставляются сведения |
|  | USL\_OK | О | N(2) | Условия оказания МП | Классификатор условий оказания МП (V006).  Допустимые коды: 1, 2. |
|  | PODR | О | T(8) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFK | О | Т(3) | Код профиля койки | Заполняется из V020. |
|  | CNT\_BED | О | N(4) | Всего коек в отделении |  |
|  | BUSY\_BED | О | N(4) | Всего занятых коек | Кол-во коек, занятых больными на 8.00 утра прошедших суток |
|  | ALL\_HOSP | О | N(4) | Количество госпитализированных больных (Всего) | Количество госпитализированных больных в течение прошедших суток.  М.б. больше чем сумма OMS\_HOSP и HMP\_HOSP |
|  | OMS\_HOSP | О | N(4) | Количество госпитализированных больных (ОМС) | Количество госпитализированных больных в течение прошедших суток в рамках ОМС |
|  | HMP\_HOSP | О | N(4) | Количество госпитализированных больных (ВМП) | Количество госпитализированных больных в течение прошедших суток в рамках ВМП |
|  | ALL\_OUT | О | N(4) | Количество выбывших больных (Всего) | Количество выписанных больных в течение прошедших суток. М.б. больше чем сумма OMS\_OUT и HMP\_OUT |
|  | OMS\_OUT | О | N(4) | Количество выписанных больных (ОМС) | Количество выписанных больных в течение прошедших суток в рамках ОМС |
|  | HMP\_OUT | О | N(4) | Количество выписанных больных (ВМП) | Количество выписанных больных в течение прошедших суток в рамках ВМП |
|  | ALL\_PLAN | О | N(4) | Количество запланированных госпитализаций (Всего) | Количество запланированных госпитализаций на текущий день.  М.б. больше чем сумма OMS\_PLAN и HMP\_PLAN |
|  | OMS\_PLAN | О | N(4) | Количество запланированных госпитализаций (ОМС) | Количество запланированных госпитализаций на текущий день в рамках ОМС |
|  | HMP\_PLAN | О | N(4) | Количество запланированных госпитализаций (ВМП) | Количество запланированных госпитализаций на текущий день в рамках ВМП |
|  | FREE\_BED | О | SM | Количество свободных коек | Заполняется на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней |
| FREE\_BED | CNT\_FREE | О | N(4) | Количество свободных коек | Количество свободных коек, всего |
|  | CNT\_FREE\_M | О | N(4) | Количество свободных коек, мужских | В т.ч. количество свободных коек мужских, женских, детских |
|  | CNT\_FREE\_W | О | N(4) | Количество свободных коек, женских |
|  | CNT\_FREE\_CH | О | N(4) | Количество свободных коек, детских |
| **Ответ** | | | | | |
| SendTrafficRsp | HEAD | О | S | Заголовок | Служебная информация |
|  | FLK | У | S | Протокол ФЛК | При наличии тега SERVICE\_STATUS, тег отсутствует.  При отсутствии ошибок ФЛК тег отсутствует. |
|  | TK | УМ | S | Протокол ТК | При наличии тега SERVICE\_STATUS, тег отсутствует.  При наличии ошибок ФЛК тег отсутствует.  При отсутствии ошибок ФЛК тег обязателен. |
| HEAD | VERSION | O | T(10) | Версия взаимодействия | 2.0 |
|  | SERVICE\_STATUS | Н | T(255) | Статус сервиса | При штатном функционировании тег отсутствует.  - Значение «ERROR» – сервис в неисправном состоянии, входящий пакет не обработан и требует повторной отправки после восстановления работоспособности;  - Значение «Too\_Many \_Requests» – превышено ограничение на максимальное количество разрешенных одновременных обращений к Сервису АИС ТФОМС, входящий пакет не обработан и требует повторной отправки после снижения числа одновременных обращений к Сервису. |
| FLK | PR | ОM | S | Причина отказа | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. |
| PR | CODE\_ERR | O | T(10) | Код ошибки |  |
|  | NAME\_ERR | O | T(150) | Название ошибки |  |
|  | IM\_POL | У | T(20) | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | BAS\_EL | У | T(20) | Имя базового элемента | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка. |
|  | GUID | У | Т(36) | Уникальный код записи | Указывается, если ошибка обнаружена внутри тега REC (при возможности) |
| TK | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер МО (ЮЛ) | МО указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | REC | ОМ | S | Протокол ТК по каждой представленной записи |  |
| REC | GUID | О | T(36) | Уникальный код записи | GUID - уникальный код записи в ЕГИС ЭЗ РТ. |
|  | STATUS | O | N(1) | Статус записи | 0 – нет ошибок, данные приняты;  1 – есть ошибки, необходимо исправление. |
|  | ERR | У | SМ | Сведения об ошибках | Указывается при STATUS=1 |
| ERR | CODE\_ERR | О | T(3) | Код ошибки |  |
|  | NAME\_ERR | О | T(150) | Название ошибки |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Метод №3 «Предоставление перечня зарегистрированных в АИС ТФОМС направлений на госпитализацию (в т.ч. аннулированных) в указанную МО на определенную дату»** | | | | | |
| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
| **Запрос** | | | | | |
| GetRouteListRqst | HEAD | О | S | Заголовок | Служебная информация |
|  | DATA | ОM | S | Данные в разрезе МО |  |
| HEAD | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | 2.0 |
|  | SENDER | О | Т(10) | Отправитель | Регистрационный номер отправителя |
|  | D\_EVENT | О | D | Дата предоставления сведений |  |
| DATA | DEST\_MO | О | T(6) | Реестровый номер МО, в которую направлен пациент | МО указывается в соответствии с реестром F003.  В ответной части на запрос вернутся направления в МО, в т.ч. в его обособленные подразделения |
|  | NPR\_DATE | O | D | Дата направления | Дата, на которую запрашиваются данные |
| **Ответ** | | | | | |
| GetRouteListRsp | HEAD | О | S | Заголовок | Служебная информация |
|  | FLK | У | S | Протокол ФЛК | При наличии тега SERVICE\_STATUS, тег отсутствует.  При отсутствии ошибок ФЛК тег отсутствует. |
|  | ROUTE\_LIST | ОМ | S | Записи о зарегистрированных в Системе направлениях | При наличии тега SERVICE\_STATUS, тег отсутствует.  При наличии ошибок ФЛК тег отсутствует.  При отсутствии ошибок ФЛК тег обязателен. |
| HEAD | VERSION | O | T(10) | Версия взаимодействия | 2.0 |
|  | SERVICE\_STATUS | Н | T(255) | Статус сервиса | При штатном функционировании тег отсутствует.  - Значение «ERROR» – сервис в неисправном состоянии, входящий пакет не обработан и требует повторной отправки после восстановления работоспособности;  - Значение «Too\_Many \_Requests» – превышено ограничение на максимальное количество разрешенных одновременных обращений к Сервису АИС ТФОМС, входящий пакет не обработан и требует повторной отправки после снижения числа одновременных обращений к Сервису. |
| FLK | PR | ОM | S | Причина отказа | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. |
| PR | CODE\_ERR | O | T(10) | Код ошибки |  |
|  | NAME\_ERR | O | T(150) | Название ошибки |  |
|  | IM\_POL | У | T(20) | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | BAS\_EL | У | T(20) | Имя базового элемента | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка. |
| ROUTE\_LIST | REC\_COUNT | О | N(4) | Количество зарегистрированных направлений. | Если на запрашиваемую дату в Системе нет зарегистрированных направлений, возвращается «0». |
|  | REC | УМ | S | Запись о зарегистрированном в Системе направлении | При REC\_COUNT = «0» тег отсутствует, иначе тег обязательный. |
| REC | GUID | О | T(36) | Уникальный код записи | GUID - уникальный код записи в МИС, присвоенный единожды и неизменный при информационном взаимодействии. |
|  | STATUS | О | N(1) | Статус направления | 1 - Направлен – пациент направлен в МО лечения;  2 - Госпитализирован – пациент госпитализирован в МО лечения;  3 - Выбыл – пациент выписан из МО лечения;  4 - Аннулировано – направление отменено. |

Примечание: при работе метода 3 в АИС ТФОМС рассматриваются все статусы направления, а именно:

* Направлен - пациент направлен в МО лечения;
* Госпитализирован – пациент госпитализирован в МО лечения;
* Выбыл – пациент выписан из МО лечения;
* Аннулировано – направление отменено.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Метод №4 «Передача сведений о зарегистрированном в АИС ТФОМС направлении на госпитализацию (в т.ч. аннулированном)»** | | | | | |
| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
| **Запрос** | | | | | |
| GetRouteRqst | HEAD | О | S | Заголовок | Служебная информация |
| HEAD | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | 2.0 |
|  | SENDER | О | Т(10) | Отправитель | Регистрационный номер отправителя |
|  | GUID | О | T(36) | Уникальный код записи | GUID - уникальный код записи в МИС, присвоенный единожды и неизменный при информационном взаимодействии. |
| **Ответ** | | | | | |
| GetRouteRsp | HEAD | О | S | Заголовок | Служебная информация |
|  | FLK | У | S | Протокол ФЛК | При наличии тега SERVICE\_STATUS, тег отсутствует.  При отсутствии ошибок ФЛК тег отсутствует. |
|  | DATA | У | S | Данные о направлении | При наличии тега SERVICE\_STATUS, тег отсутствует.  При наличии ошибок ФЛК тег отсутствует.  При отсутствии ошибок ФЛК тег обязателен. |
| HEAD | VERSION | O | T(10) | Версия взаимодействия | 2.0 |
|  | SERVICE\_STATUS | Н | T(255) | Статус сервиса | При штатном функционировании тег отсутствует.  - Значение «ERROR» – сервис в неисправном состоянии, входящий пакет не обработан и требует повторной отправки после восстановления работоспособности;  - Значение «Too\_Many \_Requests» – превышено ограничение на максимальное количество разрешенных одновременных обращений к Сервису АИС ТФОМС, входящий пакет не обработан и требует повторной отправки после снижения числа одновременных обращений к Сервису. |
| FLK | PR | ОM | S | Причина отказа | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. |
| PR | CODE\_ERR | O | T(10) | Код ошибки |  |
|  | NAME\_ERR | O | T(150) | Название ошибки |  |
|  | IM\_POL | У | T(20) | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | BAS\_EL | У | T(20) | Имя базового элемента | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка. |
| DATA | GUID | О | T(36) | Уникальный код записи | GUID - уникальный код записи в МИС, присвоенный единожды и неизменный при информационном взаимодействии. |
|  | NPR\_MO | O | T(6) | Реестровый номер МО, направившей пациента на госпитализацию | МО указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | NPR\_LPU | У | T(15) | Региональный код подразделения МО, направившего пациента на госпитализацию | Указывается при направлении из подразделения МО, имеющего свой региональный код. |
|  | DEST\_MO | О | T(6) | Реестровый номер МО, в которую направлен/госпитализирован пациент | МО указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | DEST\_LPU | У | T(15) | Региональный код подразделения МО, в которое направлен/госпитализирован пациент | Указывается при направлении/госпитализации в подразделение МО, имеющее свой региональный код. |
|  | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Из классификатора V014.  Экстренная форма заполняется только для стационара. |
|  | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте |  |
|  | NPR | У | S | Сведения о направлении | Заполняются при наличии направления |
|  | ANN | Н | S | Сведения об аннулировании | Передается только в случае наличия сведений об аннулировании направления на госпитализацию. По экстренным госпитализациям не заполняется. |
| PACIENT | OS\_SLUCH | УМ | N(2) | Особый случай | 1 - новорождённый без регистрации рождения |
|  | FAM | У | T(40) | Фамилия пациента | ФИО заполняется в соответствии с ДУЛ. При отсутствии в ДУЛ фамилии или отчества ставится соответствующая отметка в поле DOST. |
|  | IM | У | T(40) | Имя пациента |
|  | OT | У | T(40) | Отчество пациента |
|  | W | О | N(1) | Пол пациента | Заполняется в соответствии с классификатором V005. |
|  | DR | О | D | Дата рождения пациента |  |
|  | DOST | УМ | N (1) | Код достоверности сведений пациента или представителя | 1 - по документу, удостоверяющему личность, отсутствует отчество  2 – по документу, удостоверяющему личность, отсутствует фамилия |
|  | FAM\_P | У | T(40) | Фамилия представителя | ФИО представителя обязательно указывается при OS\_SLUCH=1.  При отсутствии в ДУЛ фамилии или отчества ставится соответствующая отметка в поле DOST. |
|  | IM\_P | У | T(40) | Имя представителя |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя | Указывается при OS\_SLUCH=1 |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип ДПФС | Заполняется в соответствии с F008. |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия ДПФС | Указывается только для полисов старого образца (при наличии). |
|  | NPOLIS | О | T(20) | Номер ДПФС |  |
|  | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО | Реестровый номер СМО обязательно указывается, если пациент (представитель) застрахован на территории РТ. Если указать реестровый номер невозможно, то заполняется название СМО. |
|  | SMO\_NAM | У | Т(100) | Наименование СМО |
|  | ST\_OKATO | О | T(5) | Регион страхования | Субъект РФ, в котором застрахован гражданин. |
|  | NOVOR\_NUM | У | N(2) | Номер новорожденного | Порядковый номер новорожденного при OS\_SLUCH=1 (при одноплодных родах всегда =1). В остальных случаях не заполняется. |
|  | CONTACT | У | T(40) | Контактная информация | Контактный телефон с кодом города.  Обязательно к заполнению при наличии направления на госпитализацию.  В случае экстренной госпитализации не заполняется. |
| NPR | NPR\_DATE | O | D | Дата направления |  |
|  | NPR\_NUM | О | T(17) | Номер направления | Номер направления уникальный в пределах РТ, сформированный в соответствии с правилами формирования номера направления |
|  | DS | О | T(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. |
|  | USL\_OK | О | N(2) | Условия оказания МП | Классификатор условий оказания МП (V006).  Допустимые коды: 1, 2. |
|  | PROFK | О | T(3) | Код профиля койки | Указывается из классификатора V020. |
|  | PODR | У | T(8) | Код отделения | Отделение МО, в которое направлен пациент |
|  | CODE\_MD | У | Т(14) | СНИЛС медработника, направившего больного |  |
|  | DATE\_P | O | D | Плановая дата госпитализации |  |
| ANN | SRC | O | N(1) | Источник аннулирования | 1 – Страховая медицинская организация  2 – МО, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях  3 – МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях  4 – ТФОМС |
|  | ORG | О | T(6) | Реестровый номер источника аннулирования | Указывается в соответствии с реестром F001, F002 или F003 |
|  | LPU\_1 | У | T(15) | Региональный код подразделения МО | Подразделение МО из регионального справочника. Указывается только если источник аннулирования 2 или 3. |
|  | REASON | O | N(1) | Причина аннулирования | 1 – неявка пациента на госпитализацию  2 – не предоставление необходимого пакета документов (отказ МО, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях)  3 – инициативный отказ от госпитализации пациентом  4 – смерть  5 – прочие  6 - техническая ошибка при оформлении (дубль и т.д.)  7 – отказ в госпитализации из-за отсутствия медицинских показаний |
|  | D\_ANN | О | D | Дата аннулирования |  |
|  | COMMENTA | У | T(2000) | Комментарий к причине аннулирования | Заполняется только в случае причины аннулирования = 5 |