



**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

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

**ОТР-ИВ-7.2404** от 26.04.2024

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Аннотация.....	5
2. Принятые сокращения:.....	5
3. Наименование процесса обмена.....	5
4. Ответственный по процессу.....	6
5. Участники информационного обмена.....	6
6. Процесс информационного обмена.....	6
6.0 Этап 0 (вспомогательный). Определение страховой принадлежности застрахованного лица при обращении в медицинскую организацию.....	7
6.0.1 Условия начала этапа.....	7
6.0.2 Сроки действий.....	7
6.0.3 Действия участников на этапе.....	7
6.0.4 Способ передачи и приема объектов.....	8
6.0.5 Состав и целостность передаваемых данных.....	9
6.0.6 Состав передаваемых документов.....	9
6.0.7 Порядок и формы контроля данных.....	10
6.0.8 Условия завершения этапа.....	10
6.1 Этап 1. Передача и получение сводного отчета об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи.....	10
6.1.1 Условия начала этапа.....	10
6.1.2 Сроки действий.....	11
6.1.3 Действия участников на этапе.....	12
6.1.4 Способ передачи и приема объектов.....	12
6.1.5 Состав и целостность передаваемых данных.....	15
6.1.6 Состав передаваемых документов.....	17
6.1.7 Порядок и формы контроля данных.....	18
6.1.8 Условия завершения этапа.....	18
6.2 Этап 2. Форматно-логический контроль целостности данных объектов информационного обмена.....	18
6.2.1 Условия начала этапа.....	18
6.2.2 Сроки действий.....	18
6.2.3 Действия участников на этапе.....	19
6.2.4 Способ передачи и приема объектов.....	20
6.2.5 Порядок и формы контроля данных.....	20
6.2.6 Состав передаваемых документов.....	20
6.2.7 Условие завершения этапа.....	21
6.3 Этап 3. Сверка и идентификация персональных данных застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, контроль определения страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета. Анализ выполнения плановых объемов оказанной медицинской помощи.....	21
6.3.1 Условия начала этапа.....	21
6.3.2 Сроки действий.....	21
6.3.3 Действия участников на этапе.....	21
6.3.4 Способ передачи и приема документов.....	23
6.3.5 Состав передаваемых документов.....	25
6.3.6 Порядок и формы контроля данных.....	26
6.3.7 Анализ выполнения плановых объемов оказанной медицинской помощи.....	28
6.3.8 Условие завершения этапа.....	32
6.4 Этап 4. Выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, определение их территории страхования и действующего номера полиса ОМС.....	32

6.4.1 Условия начала этапа .....	32
6.4.2 Сроки действий.....	33
6.4.3 Действия участников на этапе.....	33
6.4.4 Способ передачи и приема документов .....	35
6.4.5 Состав передаваемых документов .....	36
6.4.6 Порядок и формы контроля данных .....	36
6.4.7 Условие завершения этапа.....	37
6.5 Этап 5. Определение территории страхования и действующего номера полиса ОМС по запросу страховой принадлежности обратившихся пациентов.....	37
6.5.1 Условия начала этапа .....	37
6.5.2 Сроки действий.....	37
6.5.3 Действия участников на этапе.....	37
6.5.4 Способ передачи и приема документов .....	38
6.5.5 Состав передаваемых документов .....	38
6.5.6 Порядок и формы контроля данных .....	39
6.5.7 Условие завершения этапа.....	40
7. Объекты информационного обмена.....	40
7.1 Форматы объектов.....	40
7.2 Объект «Пациент».....	40
7.2.1 Краткая характеристика объекта.....	40
7.2.2 Структура объекта.....	40
7.2.3 Правила контроля объекта.....	43
<b>7.3 Объект «Медицинская услуга».....</b>	<b>49</b>
7.3.1 Краткая характеристика объекта.....	49
7.3.2 Структура объекта.....	50
<b>7.3.3 Правила контроля объекта.....</b>	<b>52</b>
7.4 Объект «Медицинский работник».....	79
7.4.1 Краткая характеристика объекта.....	79
7.4.2 Структура объекта.....	80
7.4.3 Правила контроля объекта.....	80
7.5 Объект «Коэффициент изменения тарифа».....	81
7.5.1 Краткая характеристика объекта.....	81
7.5.2 Структура объекта.....	82
7.5.3 Правила контроля объекта.....	82
7.6 Объект «Показатель текущего месячного плана медицинской организации».....	84
7.6.1 Краткая характеристика объекта.....	84
7.6.2 Структура объекта.....	84
7.6.3 Правила контроля объекта.....	85
7.9 Объект «Время оказания скорой медицинской помощи».....	86
7.9.1 Краткая характеристика объекта.....	86
7.9.2 Структура объекта.....	86
7.9.3 Правила контроля объекта.....	87
7.10 Объект «Медицинские мероприятия первого этапа диспансеризации взрослого населения и детальные услуги в составе комплексных услуг».....	87
7.10.1 Краткая характеристика объекта.....	87
7.10.2 Структура объекта.....	88
7.10.3 Правила контроля объекта.....	88
7.11 Объект «Случай оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико- статистических групп (КСГ)».....	92
7.11.1 Краткая характеристика объекта.....	92
7.11.2 Структура объекта.....	92
7.11.3 Правила контроля объекта.....	94

7.12 Объект «Формула зуба» .....	110
7.12.1 Краткая характеристика объекта.....	110
7.12.2 Структура объекта.....	111
7.12.3 Правила контроля объекта.....	111
7.13 Объект «Сведения о диспансеризации, профилактических осмотрах и назначениях» .....	112
7.13.1 Краткая характеристика объекта.....	112
7.13.2 Структура объекта.....	112
7.13.3 Правила контроля объекта.....	113
7.14 Объект «Сведения о лечении онкологического заболевания или медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование» .....	115
7.14.1 Краткая характеристика объекта.....	115
7.14.2 Структура объекта.....	116
7.14.3 Правила контроля объекта.....	117
7.15 Объект «Сведения о лечении заболеваний новой коронавирусной инфекцией COVID-19» .....	126
7.15.1 Краткая характеристика объекта.....	126
7.15.2 Структура объекта.....	126
7.15.3 Правила контроля объекта.....	127
7.16 Объект «Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека» .....	128
7.16.1 Краткая характеристика объекта.....	128
7.16.2 Структура объекта.....	128
7.16.3 Правила контроля объекта.....	129
8. Конечный результат процесса обмена .....	130
9. Обязанности сторон.....	130
10. Основания для отказа в осуществлении процедур и порядок обжалования.....	130
11. Порядок получения консультаций по процессу обмена .....	131
Приложение 1 .....	133
Приложение 2 .....	134
Приложение 3 .....	135
Приложение 4 .....	136
Приложение 5 .....	137
Приложение 6 .....	140
Приложение 7 .....	145
Приложение 8 .....	146
Приложение 9 .....	149
Приложение № 10 .....	150
Приложение № 10а .....	151
Приложение № 10б .....	152
Приложение № 11 .....	153
Приложение № 11а .....	154
Приложение № 11б .....	155
Приложение 12 .....	156
Приложение 13 .....	157
Приложение 14 .....	159
Приложение 15 .....	161

## 1. Аннотация

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

## 2. Принятые сокращения:

Таблица 1

Сокращение	Полное наименование
АИС	Автоматизированная информационная система
ДПФС	Документ, подтверждающий факт ОМС (временное свидетельство, полис, универсальная электронная карта)
МО	Медицинская организация
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОТР	Организационно-технологический регламент
ПДн	Персональные данные
РС ЕРЗ	Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Московской области
СВП	Схема ведения пациента
СКЗИ	Средство криптографической защиты информации
СМО	Страховая медицинская организация
СМП	Стандарт медицинской помощи
ТФОМС МО	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области
ФЛК	Форматно-логический контроль
ПКПС	Первичный контроль входящих электронных почтовых сообщений
ЦС ЕРЗ	Центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц Российской Федерации
ЭП	Электронная подпись
ЕРМО	Единый реестр медицинских организаций
ФЕРЗЛ	Федеральный единый регистр застрахованных лиц Российской Федерации

## 3. Наименование процесса обмена

Передача – приемка сводного отчета медицинской организации об оказанной по Московской областной программе ОМС медицинской помощи лицам, включая застрахованных по ОМС на территории Московской области (плательщики – СМО) и на других территориях РФ (плательщик – ТФОМС МО).

#### **4. Ответственный по процессу**

Медицинская организация отвечает за подготовку и передачу данных.

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

#### **5. Участники информационного обмена**

Участник, передающий данные – МО.

Участник, принимающий данные – ТФОМС МО.

#### **6. Процесс информационного обмена**

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

Процесс информационного обмена состоит из последовательно выполняемых этапов:

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

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

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

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

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

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

#### **Примечания**

1. Под «полисом ОМС» в настоящем документе будет пониматься «документ, подтверждающий факт страхования по ОМС».
2. Под электронной подписью организации (ТФОМС МО, МО или СМО) подразумевается электронная подпись, предусмотренная для подписания сводов электронных документов.

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

### **6.0.1 Условия начала этапа**

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

### **Примечания**

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

Регистрация сертификата ключа проверки ЭП участников информационного обмена производится самостоятельно посредством обмена файлами по электронной почте в соответствии с Приложением 15.

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

### **6.0.2 Сроки действий**

Информационное взаимодействие на данном этапе производится в постоянном режиме.

### **6.0.3 Действия участников на этапе**

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

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

Пакет информационного обмена предоставляется от имени МО - юридического лица.

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

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

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

#### 6.0.4 Способ передачи и приема объектов

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

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

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

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

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

**QPID\_ННННННDDMMYY p** (см. Приложение 5 к настоящему документу).

Примечания:

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

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



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

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

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

### **6.0.5 Состав и целостность передаваемых данных**

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

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

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

Имя файла свода формируется по следующему правилу:

**QPID\_ННННННDDMMYYР.ZIP** (см. Приложение 5)

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

**QPID\_ННННННDDMMYYР.ZIP.SIG.ENC** (см. Приложение 5)

### **6.0.6 Состав передаваемых документов**

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

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

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

## 6.0.7 Порядок и формы контроля данных

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

При этом устанавливаются следующие требования:

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

Протокол ПКПС оформляется в виде файла таблицы базы данных формата DBF. Имя протоколу присваивается согласно шаблону:

**cQPID\_ННННННDDMMYYR.DBF** (см. Приложение 5)

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

**cQPID\_ННННННDDMMYYR.ZIP** (см. Приложение 5).

## 6.0.8 Условия завершения этапа

Условиями завершения этапа являются:

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

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

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

### 6.1.1 Условия начала этапа

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

### Примечания

Для регистрации сертификата ключа проверки ЭП в автоматизированной информационной системе ТФОМС МО медицинская организация должна направить сканированную копию заявления на регистрацию участника информационного взаимодействия автоматизированных информационных систем участников обязательного

медицинского страхования на территории Московской области по форме в соответствии с Приложением 12 на адрес электронной почты **edo@mofoms.ru**. Оригинал заявления предоставляется по почте или нарочно.

Регистрация сертификата ключа проверки ЭП участников информационного обмена производится самостоятельно посредством обмена файлами по электронной почте в соответствии с Приложением 15.

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

### 6.1.2 Сроки действий

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

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

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

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

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

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

Кроме вышеописанных штатных режимов информационного взаимодействия предусмотрен режим санкционированной ТФОМС МО пересдачи счетов. В этом режиме МО после предварительного письменного согласования с ТФОМС МО может повторно сформировать и направить измененные счета и реестры счетов в адрес согласованного перечня плательщиков за согласованный отчетный период. Информационный обмен Фонда с конкретной МО в режиме санкционированной пересдачи счетов начинается после уведомления ответственного представителя МО уполномоченным сотрудником Фонда о технической возможности такого обмена (после передачи административной команды прикладному программному обеспечению ТФОМС МО). Уведомление направляется в МО и СМО согласно Приложению 6 (раздел «Пересдача счетов за период»).

Положения настоящего документа вступают в силу с отчетного периода «апрель 2024 г.»

### 6.1.3 Действия участников на этапе

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

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

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

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

### 6.1.4 Способ передачи и приема объектов

Предусматриваются 2 способа передачи и приема объектов информационного обмена:

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

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

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

Московской области, плюс 1 (ТФОМС МО как плательщик за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным по ОМС за пределами Московской области).

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

В свод должны включаться следующие электронные документы:

- «Коэффициенты изменения тарифа»;
- «Протокол текущего месячного плана и фактических объемов медицинской организации» (начиная с отчетного периода '0120' может отсутствовать в своде);
- «Реестр пролеченных пациентов»;
- «Реестр медицинских услуг»;
- «Реестр исполнителей медицинских услуг»;
- «Реестр учета времени оказания скорой медицинской помощи»;
- «Медицинские мероприятия первого этапа диспансеризации взрослого населения»;
- «Реестр учета специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинко-статистических групп (КСГ)»;
- «Формула зуба»;
- «Сведения о диспансеризации, профилактических осмотрах и назначениях»;
- «Сведения о лечении онкологического заболевания или медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование»;
- «Сведения о лечении заболеваний новой коронавирусной инфекцией COVID-19»;
- «Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека».

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

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

**REESTRTEST\_ННННН50ММYY р n/v – для проверочного режима;**  
**REESTR\_ННННН50ММYY р n/v – для контрольного режима и для режима санкционированной передачи счетов.**

(см. Приложение 5).

#### **Примечания:**

- 1) Каждый новый пакет в проверочном режиме независимо от результатов приемки предыдущего пакета в тестовом режиме должен иметь свой уникальный идентификатор номера пакета «р».

- 2) При переходе от проверочного режима к контрольному меняется типовое имя пакета и начальный идентификатор номера пакета «р» должен принимать стартовое значение: «1».
- 3) Для режима санкционированной передачи реестров счетов остается неизменной типовая тема электронного письма-пакета (**REESTR\_НННННН50ММУУ р n/v**), но идентификатор номера пакета «р» должен принимать значение, следующее за номером пакета, который был перед этим успешно принят в контрольном режиме в данном отчетном периоде.

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

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

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

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

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

#### **Примечание**

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

### 6.1.5 Состав и целостность передаваемых данных

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

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

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

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

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

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

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

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

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

«Формула зуба» – **ЗССММУУ.DBF**;

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

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

«Сведения о лечении заболеваний новой коронавирусной инфекцией COVID-19» – **УССММУУ.DBF**;

«Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека» – **ИССММУУ.DBF**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Если медицинская организация не осуществляет лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19, в Свод по плательщику за отчетный период должен быть включен пустой (не содержащий записей) файл информационного обмена в формате DBF: **УССММYY.DBF**.

Если медицинская организация не осуществляет лечение методом имплантации медицинских изделий в организм человека, в Свод по плательщику за отчетный период должен быть включен пустой (не содержащий записей) файл информационного обмена в формате DBF: **ИССММYY.DBF**.

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

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

Имя файла Свода формируется по следующему правилу:

**НННННССММYY.ZIP** (см. Приложение 5)

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

**НННННССММYY.ZIP.SIG.ENC** (см. Приложение 5)

**Внимание:**

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

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

### **6.1.6 Состав передаваемых документов**

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

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

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

### **6.1.7 Порядок и формы контроля данных**

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

При этом устанавливаются следующие требования:

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

Протокол ПКПС оформляется в виде файла таблицы базы данных формата DBF. Имя протоколу присваивается согласно шаблону:

**сНННННССММУУ.DBF** (см. Приложение 5)

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

**сНННННССММУУ.ZIP** (см. Приложение 5).

Типовая структура и порядок заполнения протокола ПКПС описаны в Приложениях 13 и 14 к данному ОТР.

### **6.1.8 Условия завершения этапа**

Условиями завершения этапа являются:

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

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

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

### **6.2.1 Условия начала этапа**

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

### **6.2.2 Сроки действий**

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

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

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

### 6.2.3 Действия участников на этапе

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

При отсутствии ошибок участники информационного обмена переходят:

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

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

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 0:

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

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 1:

**FLНННННН50MMYY.PP.ZIP** (см.Приложение 5)

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

МО получает из ТФОМС МО Протокол 1.

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

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

Типовая структура и порядок заполнения протокола 1 описаны в Приложении 13.

#### 6.2.4 Способ передачи и приема объектов

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

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

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 0:

**FL\_QPID\_ННННННDDMMYY p** (см.Приложение 5).

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 1:

**«FL\_НННННН50MMYY p»** (см.Приложение 5)

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

#### 6.2.5 Порядок и формы контроля данных

На данном этапе проверяется отсутствие в файлах информационного обмена ошибок целостности данных.

Нарушение целостности данных рассматривается как фатальная ошибка.

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

#### 6.2.6 Состав передаваемых документов

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

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

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 0:

имя файла: **FLQPID\_ННННННDDMMYYPP.DBF** (см.Приложение 5).

При информационном взаимодействии, начинающемся с Этапа 1:

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

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

Имя файла: **FT50MНННННН\_YYMMN.XML** (см.Приложение 5).

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

### **6.2.7 Условие завершения этапа**

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

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

### **6.3.1 Условия начала этапа**

Наличие в ТФОМС МО Пакета информационного обмена, полученного от МО в порядке информационного обмена и удовлетворяющего ограничениям и требованиям к целостности данных на уровне содержания Пакета.  
Отсутствие ошибок целостности данных на уровне содержания Сводов Пакета, выявляемых на этапе форматно-логического контроля.

### **6.3.2 Сроки действий**

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

### **6.3.3 Действия участников на этапе**

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

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

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

Сверка и Идентификация должна проводиться по Актуальному РС ЕРЗ.  
При этом для:

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

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

- 1) учтённый в МО личный полис ОМС, выданный в Московской области, принадлежит другому застрахованному лицу;
- 2) учтённый в МО полис ОМС, выданный в Московской области, представителя ребенка до государственной регистрации рождения принадлежит другому застрахованному лицу;
- 3) учтённый в МО полис ОМС, выданный в Московской области, не зарегистрирован в РС ЕРЗ на дату окончания оказания медицинских услуг, входящих в законченный случай (объединённых одинаковым значением U.IDCASE);
- 4) учтённый в МО полис ОМС, выданный в Московской области, зарегистрирован в РС ЕРЗ, но СМО указана неверно.

Также вносятся записи по следующим событиям Идентификации по РС ЕРЗ:

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

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

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

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

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

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

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

**RSNNNNNN50MMYYP.ZIP.SIG.ENC** (см. Приложение 5)

ТФОМС МО направляет в МО Протокол 2.

При работе в контрольном режиме в случае, если Протокол 2 не содержит ни одной записи, ТФОМС МО заверяет ЭП ТФОМС МО и шифрует с помощью СКЗИ каждый Свод, проверенный на Этапах 1-3. В проверочном (тестовом) режиме Свод шифруется только ключом проверки ЭП МО. В контрольном режиме шифрование сводов выполняется ключами ЭП МО и СМО, что обеспечивает возможность пересылки сводов между МО и СМО без перешифрования.

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

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

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

При необходимости указанные Свод может быть направлен напрямую (продублированы) из МО в СМО на оплату по каналам электронной почты или нарочным.

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

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

- со значениями U.MSK\_OT='46' и U.OT\_PER\_U<'0420'
- со значениями U.MSK\_OT='46' и U.OT\_PER\_U='mm19', где mm={'01' - '12'}
- со значениями U.MSK\_OT='46' и U.DATE\_OUT<{26.03.2020} и USL\_OK=3.

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

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

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

- по электронной почте путем пересылки электронного почтового сообщения из ТФОМС МО на «доверенный электронный почтовый адрес» СМО;

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

**«RS\_ID\_НННННН50ММУУ р»** (см.Приложение 5)

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

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

**«REESTRSIG\_НННННН50ММУУ р n/v»** (см.Приложение 5)

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

Следом за электронными сообщениями, содержащими Своды, МО получает сообщение, содержащее «Акт передачи-приема данных об оказанной медицинской помощи не идентифицированным и не застрахованным в системе обязательного медицинского страхования гражданам» (Приложение 7), в формате PDF, тема письма должна содержать следующий набор текста:

**АСТНННННН99ММУУ р**

Имя файла присваивается по шаблону:

**АСТНННННН99ММУУРР.PDF** (см.Приложение 5)

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

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

**«REESTRSIG\_ННННННССММУУ р»** (см.Приложение 5)

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

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

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



### 6.3.5 Состав передаваемых документов

По результатам выполнения Этапа 3 составляется Протокол 2 в электронном виде. Протокол 2 представляет собой файл таблицы базы данных формата DBF, содержащий совокупность контрольно-регистрационных объектов типа «Ошибки идентификации». Имя файла:

**RSNNNNN50MMYUYP.DBF** (см.Приложение 5)

#### Структура файла Протокола 2:

Таблица 2

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

#### Порядок заполнения полей Протокола 2:

1. **«Имя файла данных» DFNAME.** В поле вносится имя файла данных, в отношении которого установлены События сверки данных (далее – Контрольный файл). Используются прописные буквы латинского алфавита. Расширение имени Контрольного файла не указывается. Поле заполняется для всех записей Контрольного файла, по которым установлены События сверки данных.
2. **«Уникальный идентификатор записи файла» N\_REC.** Для контрольного файла формата DBF в поле вносится значение номера записи в десятичном представлении, выровненное влево без лидирующих нулей.
3. **«Имя поля файла данных» FIELDNAME.** В поле вносится имя поля Контрольного файла данных формата DBF. Атрибут заполняется для записей, по которым установлены События сверки данных и установлено соответствующее значение атрибута EP3 по результатам Идентификации.
4. **«Код события сверки» ERRORCODE.** В поле вносится код события Сверки данных. Поле заполняется для записей, по которым установлены События сверки данных.
5. **«Комментарий события сверки» ERRORCOMM.** В поле вносится комментарий по событию Сверки данных. Поле заполняется для записей, по которым установлены События сверки данных и содержит информацию для пользователя, позволяющую уточнить характер события.
6. **«Результат идентификации» IDRESULT.** В поле вносится значение атрибута EP3, являющегося результатом Идентификации по соответствующей записи и полю Контрольного файла, по которым установлены События сверки данных. Подлежит применению с целью устранения ошибок в автоматизированной системе персонифицированного учета МО.

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

### 6.3.6 Порядок и формы контроля данных

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

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

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

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

#### Примечание

Инициалы – первые буквы фамилии, имени, отчества.

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

Таблица 3

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

### Примечания.

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

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

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

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

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

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

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

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

Кодировка событий сверки приведена в Таблице 4.

Таблица 4

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

		ОМС Московской области для пациента, учтённого в МО исключительно по документу, удостоверяющему личность (собственному или законного представителя ребенка)	
11	RSI11	установлено наличие действующего полиса ОМС Московской области для пациента, учтённого в МО по полису ОМС, выданному не в Московской области	положительный
12	RSI12	установлено наличие действующего полиса ОМС Московской области для пациента, учтённого в МО исключительно по документу, удостоверяющему личность (собственному или законного представителя ребенка)	положительный

### Примечания

- Вопрос об оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам с зарегистрированным в МО документом, подтверждающим факт страхования по ОМС в Московской области, должен решаться в порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.
- Для Свода по плательщику «ТФОМС МО» и свода со сведениями о медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица, запись о событии сверки с кодом RSI10 в Протокол 2 не вносится.
- В протокол 2 не вносятся записи если в файле FLK5mmuu присутствует запись с P.OT\_PER = FLK5.OT\_PER and P.SERIES = FLK5.SERIES and P.NUMBER = FLK5.NUMBER and P.DOMC\_TYPE = FLK5.DOMC\_TYPE and P.MSK\_OT = FLK5.MSK\_OT and FLK5.DATEB<=U.DATE\_OUT<=FLK5.DATEE (для внесения данных о ДПФС в справочник FLK5mmuu медицинская организация должна отправить на почтовый ящик reaccount@mofoms.ru копию электронного письма с согласием СМО принять к оплате услуги оказанные по этому ДПФС с указанием отчетного периода и сроков действия ДПФС).
- Для записей с положительным результатом идентификации в набор данных дополнительно включаются строки с FIELDNAME = 'DATE\_N' (дата начала действия ДПФС) и FIELDNAME = 'DATE\_E' (дата окончания действия ДПФС).

### 6.3.7 Анализ выполнения плановых объемов оказанной медицинской помощи

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

#### 6.3.7.1 Порядок определения принадлежности оказанной медицинской помощи к группам планирования

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

Для OT\_PER\_U<'0122'

- 1) Если U.OT\_PER\_U>='0121' и в файле CGRmmyu.dbf присутствует запись с U.CODE\_USL=CGR.CODE\_USL AND U.PROFIL\_K=CGR.PROFIL\_K AND LEFT(U.MKB1,3)=CGR.MKB, то ГП=CGR.GR\_PLAN
- 2) Если U.OT\_PER\_U>='0121' и в файле CGRmmyu.dbf присутствует запись с U.CODE\_USL=CGR.CODE\_USL AND U.PROFIL\_K=CGR.PROFIL\_K AND EMPTY(CGR.MKB), то ГП=CGR.GR\_PLAN
- 3) Если в файле MDUmmyu.dbf присутствует запись с U.CODE\_USL=MDU.CODE\_USL, то ГП=MDU.GR\_PLAN

Для OT\_PER\_U>='0122'

- 1) Если в файле CGRmmyu.dbf присутствует запись с U.CODE\_USL=CGR.CODE\_USL AND U.PROFIL\_K=CGR.PROFIL\_K AND LEFT(U.MKB1,3)=CGR.MKB, то ГП=CGR.GR\_PLAN
- 2) Если CODE\_USL = 'st19.103' и MKB2 из диапазонов {C00-C97}, {D00-D09}, {D45-D47} ГП='СК1'
- 3) Если CODE\_USL = 'ds19.079' и MKB2 из диапазонов {C00-C97}, {D00-D09}, {D45-D47} ГП='CD2'
- 4) Если в файле MDUmmyu.dbf присутствует запись с U.CODE\_USL=MDU.CODE\_USL, то ГП=MDU.GR\_PLAN

### **6.3.7.2 Порядок формирования «Протокола контроля объемов оказанной медицинской помощи»**

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

- Отчетный период;
- Код МО – юридического лица;
- Категория сводной справки (отчета);
- Условия оказания медицинской помощи;
- Код (в Приложении 9 - и наименование) группы планирования;
- Значение показателя (в единицах объема) запланированного объема медицинской помощи на отчетный период (значение QMVmmyu.VALUE\_V-QMVmmyu.VALUE\_X для QMVmmyu.OT\_PER='MMYY', где MM – номер отчетного месяца, YY – 2 последние цифры номера отчетного года);
- Значение показателя (в единицах объема) фактически выполненных объемов медицинской помощи;
- Значение показателя (в единицах объема) выполнения плана объемов медицинской помощи.

Имя файла «Протокол 5»: QMMYY.dbf

Имя файла «Приложение 9»: QMMYY.pdf

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

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

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

Таблица 5

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

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

Значение планового показателя объемов медицинской помощи в «Протоколе 5» и «Приложении 9» должно соответствовать разности между значением планового показателя QMVMMYY.VALUE\_V и значением показателя превышения объемов QMVMMYY.VALUE\_X.

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

- Агрегированные разовые и профилактические посещения (QMMYY.GR\_PLAN='A1'). Включает в себя:
  - Разовые посещения по заболеванию (GR\_PLAN='RP')
  - Профилактические посещения (GR\_PLAN='PP')
  - Диспансеризация (GR\_PLAN='DP')
  - Посещения в неотложной помощи (GR\_PLAN='NP')
  - **Диспансерное наблюдение детей (GR\_PLAN='DND')**
  - Обращения по поводу заболевания (GR\_PLAN='OA'): для учета в составе агрегированных посещений 'A1' количество обращений умножается на переводной коэффициент 2,9 с округлением до целого значения для OT\_PER<'0423' и на переводной коэффициент 2,6 с округлением до целого значения для OT\_PER>='0423'
- **Примечание:** переводной коэффициент 2,9 для OT\_PER<'0423' и 2,6 для OT\_PER>='0423' применяется к показателям по группе планирования GR\_PLAN='OA' для учета в составе агрегированной группы планирования QSSMYY.GR\_PLAN='A1' как при подсчете планового показателя

(QMVММYY.VALUE\_V-QMVММYY.VALUE\_X), так и фактического показателя FACT\_V

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

В Протокол 5 и Приложение 9 должны включаться:

- Группы, в которых для указанной МО запланированы объемы медицинской помощи в отчетном периоде или заполнено значение показателя превышения объемов ((QMVММYY.VALUE\_V>0 или QMVММYY.VALUE\_X>0) и QMVММYY.OT\_PER='ММYY', где ММ – номер отчетного месяца, YY – 2 последние цифры номера отчетного года).
- Группы, для которых не запланированы объемы медицинской помощи (отсутствует запись в файле QMVММYY.dbf или значение QMVММYY.VALUE\_V=0), но в сводке присутствуют записи, относящиеся к этим группам.

В Протокол 5 и Приложение 9 не включаются группы:

- 1) GR\_PLAN={'GD', 'PD'} при USL\_OK=1
- 2) GR\_PLAN={'RPM', 'RSC', 'TM', 'BIO', 'ANE', 'UZC', 'LBC', 'RGC', 'VAC', 'EM', 'LDI', 'KT1', 'MT1'}.

**Порядок расчета фактических объемов оказанной медицинской помощи (значение поля FACT\_V файла «Протокол 5» (QММYY.dbf)).**

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

- Расчет фактических объемов осуществляется для записей каждого файла Уссммүү.VID\_SF={'09', '14'} за исключением:
  - EMPTY(GR\_PLAN)
  - GR\_PLAN={'RPM', 'RSC', 'TM', 'BIO', 'ANE', 'UZC', 'LBC', 'RGC', 'VAC', 'EM', 'LDI', 'KT1', 'MT1'}
  - GR\_PLAN={'GD', 'PD'} and Уссммүү.USL\_OK=1
- Для услуг, относящихся к планируемому показателю GR\_PLAN='OA':
  - Для медицинской помощи, оказанной в периоды ММүү начиная с '0519' (OT\_PER\_U=>'0519'), фактический объем (FACT\_V) по Qммүү.GR\_PLAN='OA' (обращение по поводу заболевания) равен количеству медицинских услуг в отчетном месяце с GR\_PLAN='OA'.
  - Для медицинской помощи, оказанной в периоды ММүү начиная с '0121' (OT\_PER\_U=>'0121'), фактический объем FACT\_V по Qммүү.GR\_PLAN='OA' (обращение по поводу заболевания) учитывается в фактических объемах (FACT\_V) в составе группы агрегированных посещений (Qммүү.GR\_PLAN='A1') как количество медицинских услуг в отчетном месяце с GR\_PLAN='OA', умноженное на переводной коэффициент 2,9 с округлением результата до целого значения для OT\_PER<'0423' и на переводной коэффициент 2,6 с округлением до целого значения для OT\_PER>='0423'.
- Для услуг, относящихся к планируемому показателю GR\_PLAN='UE':
  - Количество УЕТ для каждой записи реестра счетов с медицинской услугой, относящейся к планируемому показателю GR\_PLAN='UE', рассчитывается как ROUND(Уссммүү.KOL\_USL \* MDUммүү.KOL\_UET, 2).
  - Фактический объем (FACT\_V) по GR\_PLAN='UE' равен целочисленной части суммарного количества УЕТ по оказанным медицинским услугам, относящимся к планируемому показателю GR\_PLAN='UE'.

### 6.3.8 Условие завершения этапа

В тестовом и контрольном режимах:  
Протокол 2 сформирован и направлен ТФОМС МО в МО.

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

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

### 6.4.1 Условия начала этапа



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

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

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

#### 6.4.2 Сроки действий

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

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

#### 6.4.3 Действия участников на этапе

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

Идентификация по ФЕРЗЛ записи «реестра пролеченных пациентов» («файла со сведениями об оказанной медицинской помощи», «файла персональных данных») производится путем сравнения наборов атрибутов Контрольного файла (файлов) и ФЕРЗЛ согласно Таблице 6. Запрос к ФЕРЗЛ выполняется на дату оказания медицинской помощи. Проверки выполняются последовательно от набора атрибутов Н01 к Н04. Результат идентификации положителен, если хотя бы при одной из проверок установлено совпадение наборов атрибутов Контрольного файла (файлов) и действующего полиса из ФЕРЗЛ.

Таблица 6

Код	Список атрибутов
Н01	{ЕНП}, {фамилия}, {имя}, {отчество}
Н02	{СНИЛС}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}
Н03	{тип ДУЛ}, {серия ДУЛ}, {номер ДУЛ}, {фамилия}, {имя}, {отчество}
Н04	{фамилия}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {код территории, выдавшей документ, подтверждающий факт страхования по ОМС}, {код типа документа, подтверждающего факт страхования по ОМС}, {серия и номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС}

#### Примечания.

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

Проверка Н04 проводится только для полисов старого образца. В качестве серии и номера документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, в наборе атрибутов с кодом Н04 указывается серия и номер полиса старого образца.

Результаты идентификации по ФЕРЗЛ считаются **значимыми**, если установлено одно из нижеперечисленных событий идентификации для данных, указанных МО в «реестре пролеченных пациентов» («файле со сведениями об оказанной медицинской помощи», «файле персональных данных»):

- ЕНП отсутствует или не совпадает с данными ФЕРЗЛ;
- территория ОМС не совпадает с данными ФЕРЗЛ;
- Код СМО не совпадает с данными ФЕРЗЛ.

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

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

Кодировка событий идентификации приведена в Таблице 7.

**Таблица 7**

№ п/п	Код события идентификации	Определение события идентификации	Результат идентификации по ФЕРЗЛ	Изменения по результату идентификации по ФЕРЗЛ	
				«Протокол 3»	Файл «Реестр пролеченных пациентов»
1	CSV32	учтённый в МО полис ОМС не зарегистрирован в ФЕРЗЛ	отрицательный	да	нет
2	CSV42	учтённый в МО полис ОМС зарегистрирован в ФЕРЗЛ как недействующий	отрицательный	да	нет
3	CSI11	установлено наличие действующего полиса ОМС (выданного за пределами Московской области) для пациента, учтённого в МО по документу, удостоверяющему личность (собственному или законного представителя ребенка), или установлено наличие в ФЕРЗЛ действующего полиса ОМС в случае некоторых отличий в реквизитах страхового документа	положительный	да	да

Для записей с положительным результатом идентификации в набор данных дополнительно включаются строки с FIELDNAME = 'DATE\_N' (дата начала действия ДПФС) и FIELDNAME = 'DATE\_E' (дата окончания действия ДПФС).

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

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

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

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

МО получает из ТФОМС МО Протокол 3 и Идентифицированный Свод, в который упакован измененный с учетом результатов идентификации по ФЕРЗЛ «Реестр пролеченных пациентов» («файл со сведениями об оказанной медицинской помощи», «файл персональных данных»). Следом за электронным сообщением, содержащим Протокол 3, МО получает сообщение, содержащее «Акт передачи-приема данных об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным на других территориях РФ» (Приложение 4), в формате PDF, тема письма должна содержать следующий набор текста:

**АСТНННННН50ММУУ р**

имя файла присваивается по шаблону:

**АСТНННННН50ММУУРР.PDF** (см.Приложение 5)

В случае, если Протокол 3 содержит хотя бы одну запись, МО должна принять к сведению результаты Идентификации по ФЕРЗЛ, заверить своей ЭП переданный ей Идентифицированный Свод и повторно представить его в ТФОМС МО в сроки, предусмотренные п.6.4.2. Подписание Идентифицированного Свода ЭП МО означает также подписание от имени МО «Акта передачи-приема данных об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным на других территориях РФ».

По получении Идентифицированного Свода, заверенного ЭП ТФОМС МО и ЭП МО, ТФОМС МО производит приемку реестра счетов из МО и после этого информационный обмен считается завершенным.

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

#### **6.4.4 Способ передачи и приема документов**

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

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

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

**«CS\_ID\_НННННН50ММYY P»** (см.Приложение 5)

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

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

**«REESTRSIG\_НННННН50ММYY P»** (см.Приложение 5)

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

**«REESTRSIG\_НННННН50ММYY P»** (см.Приложение 5)

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

#### **6.4.5 Состав передаваемых документов**

По результатам выполнения Этапа 4 составляется Протокол 3 в электронном виде. Протокол 3 представляет собой файл таблицы базы данных формата DBF, содержащий совокупность контрольно-регистрационных объектов типа «Ошибки идентификации». Имя файла:

**CSНННННН50ММYYPP.DBF** (см.Приложение 5)

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

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

#### **6.4.6 Порядок и формы контроля данных**

Порядок и формы контроля данных при идентификации по ФЕРЗЛ устанавливаются ФОМС.

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

#### **6.4.7 Условие завершения этапа**

В проверочном (тестовом) и контрольном режимах:  
Протокол 3 сформирован и направлен ТФОМС МО в МО.

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

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

#### **6.5.1 Условия начала этапа**

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

#### **6.5.2 Сроки действий**

Этап должен завершиться не позднее, чем через восемь рабочих дней месяца после завершения Этапа 2.  
В случае отсутствия технических условий для проведения этапа со стороны ФОМС этап не выполняется.

#### **6.5.3 Действия участников на этапе**

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

Сверка и идентификация по данным ЕРЗ осуществляются по состоянию на дату, указанную медицинской организацией в поле IDRQSTDATE, или на дату обработки запроса, если поле IDRQSTDATE не заполнено.

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

Кодировка событий сверки с РС ЕРЗ приведена в таблице 4.

Кодировка событий сверки с ФЕРЗЛ приведена в таблице 7.

При отсутствии положительного ответа по ключам сверки Н01-Н04 (см. Таблица 6) на этапе 0 для уточнения страховой принадлежности гражданина, обратившегося в медицинскую организацию за медицинской помощью, ТФОМС МО производит дополнительное определение страховой принадлежности гражданина по имеющимся в наличии документам:

- Номеру ЕНП
- Номеру ДУЛ
- Номеру СНИЛС

Сверка производится по следующим дополнительным ключам:

**Таблица 6.1**

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

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

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

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

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

МО получает из ТФОМС МО Протокол 4.

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

#### **6.5.4 Способ передачи и приема документов**

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

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

«APID\_ННННННDDMMYY p» (см.Приложение 5)

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

#### **6.5.5 Состав передаваемых документов**

По результатам выполнения Этапа 5 составляется Протокол 4 в электронном виде. Протокол 4 представляет собой файл таблицы базы данных формата DBF, содержащий совокупность контрольно-регистрационных объектов типа «Ошибки идентификации». Имя файла:

**APIDNNNNHHDDMMYYR.DBF** (см.Приложение 5)

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

Записи электронного документа Протокол 4 могут содержать (при наличии в ЕРЗ из страховки, действующей на дату сверки) в поле IDRESULT результаты идентификации застрахованного лица в ЕРЗ в отношении сведений, представленных в Таблице 6.2.

**Таблица 6.2**

№ п/п	Вид сведений	Содержимое поля <b>FIELDNAME</b>	Примечание
1	Учетный код страховой медицинской организации (СМО)	CODE_MSK	Должен соответствовать значению SMOCOD справочника SMOmmyu
2	Тип ДПФС	DOMC_TYPE	
3	Единый номер полиса	ENP	
4	Серия ДПФС	SERIES	
5	Номер ДПФС	NUMBER	
6	Территория ОМС	OKATO_INS	
7	Фамилия	FAM	
8	Имя	IM	
9	Отчество	OT	
10	Дата рождения	BIRTHDAY	
11	СНИЛС	SNILS	
12	Дата начала действия ДПФС	DATE_N	
13	Дата окончания действия ДПФС	DATE_E	
14	Дата прекращения действия ДПФС	DSTOP	Поля передаются в составе протокола только по результатам идентификации в РС ЕРЗ
15	Код МО, к которой прикреплено застрахованное лицо	LPUPRIK	
16	Дата смерти застрахованного лица	DATE_DEATH	При наличии данных в ЕРЗ.

### 6.5.6 Порядок и формы контроля данных

См. п. 6.3.6 и п.6.4.6

## 6.5.7 Условие завершения этапа

Протокол 4 сформирован и направлен ТФОМС МО в МО.

## 7. Объекты информационного обмена

### 7.1 Форматы объектов

Объекты информационного обмена представляются в виде записей файлов формата DBF. Допустимые версии формата перечислены в Приложении 5. Допустимая кодовая страница MS DOS – 866. Заголовок файла должен в обязательном порядке иметь указатель кодовой страницы.

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

О – поле обязательно для заполнения во всех случаях;

У – поле обязательно для заполнения в некоторых случаях (определяется условием в ТУ);

Н - поле не обязательно для заполнения.

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

**Контроль всех видов целостности объектов при УССММУ.ОТ\_РЕР\_У< УССММУ.ОТ\_РЕР производить с использованием последней версии пакета НСИ, соответствующего отчетному периоду оказания медицинской услуги (УССММУ.ОТ\_РЕР\_У), и по правилам, действовавшим для отчетного периода оказания медицинской услуги.**

### 7.2 Объект «Пациент».

#### 7.2.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «Пациент» предназначен для передачи сведений о пролеченных (обратившихся) в МО Московской области лицах, застрахованных по ОМС. Объект «Пациент» представляется в виде записи файла «Реестр пролеченных пациентов» в формате DBF (РССММУ).

#### 7.2.2 Структура объекта

Таблица 8

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ 1	ОЗ 2	ОЗ 3	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	О	НЗ	О	ОТ_РЕР	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	О	О	О	CODE_LPU	CHR	6
3.	Платательщик за медицинскую помощь	О	НЗ	О	MSK_ОТ	CHR	2
4.	Уникальный учетный код в МО	О	О	О	PERSCODE	CHR	15
5.	Единый номер полиса	У	НЗ	Н	ENP	CHR	16
6.	Тип документа, подтверждающего факт	У	У	Н	DOMC_TYPE	CHR	2



	страхования						
7.	Серия документа, подтверждающего факт страхования	У	У	Н	SERIES	CHR	12
8.	Номер документа, подтверждающего факт страхования	У	У	Н	NUMBER	CHR	20
9.	Учетный код страховой медицинской организации (СМО)	У	У	Н	CODE_MSK	CHR	5
10.	Наименование СМО	У	НЗ	Н	NAME_MSK	CHR	250
11.	Территория ОМС	О	НЗ	Н	OKATO_INS	CHR	8
12.	Фамилия	У	У	У	FAM	CHR	40
13.	Имя	У	У	У	IM	CHR	40
14.	Отчество	У	У	У	OT	CHR	40
15.	Дата рождения	О	О	О	BIRTHDAY	DAT	8
16.	Пол	О	О	О	SEX	CHR	2
17.	Муниципальное образование / Населенный пункт регистрации по месту жительства или пребывания в РФ <sup>1</sup>	О	НЗ	НЗ	OKATO_NAS	CHR	11
18.	Гражданство	У	НЗ	У	COUNTRY	CHR	3
19.	Серия документа, удостоверяющего личность пациента	У	У	У	PASP_SER	CHR	10
20.	Номер документа, удостоверяющего личность пациента	У	У	У	PASP_NUM	CHR	12
21.	Вид документа, удостоверяющего личность пациента	У	У	У	PASP_VID	CHR	2
22.	Фамилия законного представителя пациента	У	У	У	FAM1	CHR	40
23.	Имя законного представителя пациента	У	У	У	IM1	CHR	40
24.	Отчество законного представителя пациента	У	У	У	OT1	CHR	40
25.	Пол законного представителя пациента-ребенка (до государственной регистрации рождения)	У	У	У	SEX_P	CHR	2
26.	Дата рождения законного представителя пациента-ребенка (до государственной регистрации рождения)	У	У	У	BIRTHDAY_P	DAT	8
27.	Серия документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента-ребенка (до госуд. регистрации рождения)	У	У	У	PASP_SER_P	CHR	10
28.	Номер документа,	У	У	У	PASP_NUM_P	CHR	12

<sup>1</sup> В том числе для граждан других государств, застрахованных по ОМС в РФ

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

## Примечания

1. Код корневого элемента ZL\_LIST указывает на «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи» в формате XML («Общие принципы», Приложение Д, Таблица Д.1).
2. Код корневого элемента PERS\_LIST указывает на «Файл персональных данных» в формате XML («Общие принципы», Приложение Д, Таблица Д.2).
3. Нижеприведенные правила контроля целостности даны в кодировке полей файла DBF, но действуют также для аналогичных полей файлов XML.
4. В столбце «ОЗ 1» указаны условия обязательности заполнения полей для файла «Реестр пролеченных пациентов» (передается МО в составе реестра счетов, начиная с Этапа 1).
5. В столбце «ОЗ 2» указаны условия обязательности заполнения полей для файла «Реестр обратившихся пациентов» (передается МО в составе реестра счетов, начиная с Этапа 0).

6. В столбце «ОЗ 3» указаны условия обязательности заполнения полей для файла «Реестр пролеченных пациентов», относящегося к пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица, при оказании им медицинской помощи. При этом символами «НЗ» обозначены поля, заполнения которых не требуется. Однако, если такие поля заполнены некоторым значением, в отношении них действуют правила контроля целостности данных, предусмотренные данным Регламентом для таких полей.

### 7.2.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ IDRQSTDATE

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

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

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

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

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

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

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

LEFT(OKATO\_INS, 2)='46'

Разрешается: OKATO\_INS='46000000'

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

LEFT(OKATO\_INS, 2)≠'46'

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

DOST\_FIO – Заполняется в случае отсутствия у пациента отчества.

Множество допустимых значений: 1 – отсутствует отчество.

DOST\_FIO\_D – Заполняется в случае отсутствия у пациента фамилии или имени.

Множество допустимых значений:

2 – отсутствует фамилия;

3 – отсутствует имя.

DOST\_DR – Указывается код признака достоверности даты рождения застрахованного лица.

Множество допустимых значений:

4 – известны достоверно только месяц и год рождения.

5 – известен достоверно только год рождения.

6 – дата рождения не соответствует календарю.

Атрибут заполняется только при отсутствии достоверных сведений о дате рождения.

VNOV\_M – (вес новорожденного в граммах) – Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. Допустимые значения начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>=«1911»: 300<VNOV<2500. Контроль допустимых значений VNOV осуществляется, если поле VNOV\_M заполнено, и значение VNOV\_M<>0.

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

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

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

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

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

**Таблица 9**

№ п.п.	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	OKATO_INS	OMSMMYY.DBF	REGION	Для заполненных
2.	COUNTRY	O001MMYY.XML	KOD	Для заполненных
3.	OKATO_NAS	O002MMYY.XML	TER+ KOD1+ KOD2+ KOD3	Контроль производить с использованием версии пакета НСИ, соответствующего отчетному периоду (PCCMMYY.OT_PER)
4.	PASP_VID	F011MMYY.XML	IDDOC	Для заполненных
5.	«46000000»+	SMOMMYY.DBF	REGION+ CODE_SMO	«46000000» -

	MSK_OT			регулярное выражение – код Московской области. Контроль осуществляется только для записей с MSK_OT#{'50', '99'}
6.	OKATO_INS+ CODE_MSK	SMOMMYY.DBF	REGION+ SMOCOD	Контроль осуществляется для записей с MSK_OT#'99'
7.	PASP_VID_P	F011MMYY.XML	IDDOC	Для заполненных
8.	VAL(DOMC_TYPE)	F008MMYY.XML	IDDOC	Для заполненных
9.	OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT + PERSCODE	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU + MSK_OT + PERSCODE	Не должно быть «пациентов» без «услуг»
10.	CODE_LPU	LPUMMYY.DBF	CODE_LPU	
11.	“PR_LG” + PR_LG	SBRMMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ)+ CODE_OBJ	“PR_LG” – регулярное выражение – тип кодированного объекта

**Примечание:**

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

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

1а. Для записей с U.OT\_PER\_U < '0423' должны быть обязательно заполнены все поля (совокупности полей) в одной (в зависимости от условий) из следующих совокупностей атрибутов, идентифицирующих пациента:

- 1) ENP; DOMC\_TYPE; NUMBER; FAM+IM; BIRTHDAY; NOVOR=«0» – в случае наличия у пациента **полиса ОМС единого образца**, выданного после 01.05.2011, при этом значение поля ENP должно совпадать со значением поля NUMBER;
- 2) DOMC\_TYPE; SERIES; NUMBER; PASP\_VID\*; PASP\_SER\* (для PASP\_VID «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM\*; DOCDATE\*; DOCORG\*; FAM+IM; BIRTHDAY; NOVOR=«0» – в случае наличия у пациента **полиса ОМС старого образца**, выданного до 01.05.2011.
- 3) DOMC\_TYPE; NUMBER; FAM+IM; BIRTHDAY; PASP\_VID\*; PASP\_SER\* (для PASP\_VID «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM\*; DOCDATE\*; DOCORG\*; NOVOR=«0» – в случае наличия у пациента **временного свидетельства ОМС**, выданного после 01.05.2011;
- 4) # FAM+IM; BIRTHDAY; PASP\_SER (для PASP\_VID «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM; PASP\_VID; NOVOR=«0» – в случае **отсутствия документа**, подтверждающего факт страхования по ОМС;
- 5) ENP; DOMC\_TYPE; NUMBER; BIRTHDAY; FAM1+IM1; SEX\_P; BIRTHDAY\_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, подтверждающему факт страхования по ОМС

- законного представителя пациента (если это **полис единого образца**, выданный после 01.05.2011);
- 6) DOMC\_TYPE; NUMBER; BIRTHDAY; FAM1+IM1; PASP\_VID\_P\*; PASP\_SER\_P\* (для PASP\_VID\_P «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM\_P\*; DOCDATE\*; DOCORG\*; SEX\_P; BIRTHDAY\_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, подтверждающему факт страхования по ОМС законного представителя пациента (если это **временное свидетельство** ОМС, выданное после 01.05.2011);
- 7) DOMC\_TYPE; SERIES; NUMBER; FAM1+IM1; BIRTHDAY; PASP\_VID\_P\*; PASP\_SER\_P\* (для PASP\_VID\_P «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM\_P\*; DOCDATE\*; DOCORG\*; SEX\_P; BIRTHDAY\_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, подтверждающему факт страхования по ОМС законного представителя пациента (если это **полис ОМС старого образца**, выданный до 01.05.2011);
- 8) # BIRTHDAY; PASP\_SER\_P (для PASP\_VID\_P «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM\_P; PASP\_VID\_P; FAM1+IM1; SEX\_P; BIRTHDAY\_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, удостоверяющему личность законного представителя пациента.

#### Примечания:

- Поля, отмеченные знаком \*, обязательны к заполнению для лиц, застрахованных за пределами Московской области.
  - Записи файла РСММУУ.DBF, соответствующие совокупности атрибутов, помеченной знаком #, допускаются только для сверки и идентификации, и не подлежат включению в реестры счетов в случае отрицательного результата идентификации (страховая принадлежность и страховой документ не установлены).
- 1б. Для записей с U.OT\_PER\_U>='0423' должны быть обязательно заполнены все поля (совокупности полей) в одной (в зависимости от условий) из следующих совокупностей атрибутов, идентифицирующих пациента:
- 1) ENP; DOMC\_TYPE; NUMBER; FAM+IM; BIRTHDAY; NOVOR=«0» – в случае наличия у пациента полиса ОМС единого образца, выданного после 01.05.2011, при этом значение поля ENP должно совпадать со значением поля NUMBER;
  - 2) ENP; DOMC\_TYPE; SERIES; NUMBER; PASP\_VID\*; PASP\_SER\* (для PASP\_VID «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM\*; DOCDATE\*; DOCORG\*; FAM+IM; BIRTHDAY; NOVOR=«0» – в случае наличия у пациента **полиса ОМС старого образца**, выданного до 01.05.2011. Поле ENP заполняется рассчитанным номером ЕНП присвоенным застрахованному лицу в РС ЕРЗ и/или ФЕРЗЛ;
  - 3) ENP; DOMC\_TYPE; NUMBER; FAM+IM; BIRTHDAY; PASP\_VID\*; PASP\_SER\* (для PASP\_VID «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM\*; DOCDATE\*; DOCORG\*; NOVOR=«0» – в случае наличия у пациента **временного свидетельства** ОМС, выданного после 01.05.2011. Поле ENP заполняется рассчитанным номером ЕНП присвоенным застрахованному лицу в РС ЕРЗ и/или ФЕРЗЛ;
  - 4) # FAM+IM; BIRTHDAY; PASP\_SER (для PASP\_VID «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM; PASP\_VID; NOVOR=«0» – в случае **отсутствия документа**, подтверждающего факт страхования по ОМС.;

- 5) ENP; DOMC\_TYPE; NUMBER; BIRTHDAY; FAM1+IM1; SEX\_P; BIRTHDAY\_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, подтверждающему факт страхования по ОМС законного представителя пациента (если это **полис единого образца**, выданный после 01.05.2011);
- 6) ENP; DOMC\_TYPE; NUMBER; BIRTHDAY; FAM1+IM1; PASP\_VID\_P\*; PASP\_SER\_P\* (для PASP\_VID\_P «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM\_P\*; DOCDATE\*; DOCORG\*; SEX\_P; BIRTHDAY\_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, подтверждающему факт страхования по ОМС законного представителя пациента (если это **временное свидетельство** ОМС, выданное после 01.05.2011). Поле ENP заполняется рассчитанным номером ЕНП присвоенным застрахованному лицу в РС ЕРЗ и/или ФЕРЗЛ;
- 7) ENP; DOMC\_TYPE; SERIES; NUMBER; FAM1+IM1; BIRTHDAY; PASP\_VID\_P\*; PASP\_SER\_P\* (для PASP\_VID\_P «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM\_P\*; DOCDATE\*; DOCORG\*; SEX\_P; BIRTHDAY\_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, подтверждающему факт страхования по ОМС законного представителя пациента (если это **полис ОМС старого образца**, выданный до 01.05.2011). Поле ENP заполняется рассчитанным номером ЕНП присвоенным застрахованному лицу в РС ЕРЗ и/или ФЕРЗЛ;
- 8) # BIRTHDAY; PASP\_SER\_P (для PASP\_VID\_P «9»-«13», «18» не указывается только в случае отсутствия в документе); PASP\_NUM\_P; PASP\_VID\_P; FAM1+IM1; SEX\_P; BIRTHDAY\_P; NOVOR<>«0» – в случае оказания медицинской помощи ребенку (до государственной регистрации рождения) по документу, удостоверяющему личность законного представителя пациента.

#### **Примечания:**

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

2. Если заполнены поля PASP\_SER или PASP\_NUM, то обязательно должно быть заполнено поле PASP\_VID.
3. Если заполнены поля PASP\_SER\_P или PASP\_NUM\_P, то обязательно должно быть заполнено поле PASP\_VID\_P.
4. Если заполнено поле PASP\_VID, то заполнение полей PASP\_SER и PASP\_NUM должно соответствовать шаблонам F011.DocSer и F011.DocNum для PASP\_VID= F011.IDDoc
5. Если заполнено поле PASP\_VID\_P, то заполнение полей PASP\_NUM\_P и PASP\_SER\_P должно соответствовать шаблонам F011.DocSer и F011.DocNum для PASP\_VID=F011.IDDoc.
6. Если поле PASP\_VID (PASP\_VID\_P) заполнено значением «13» или «14», то поле COUNTRY должно быть заполнено значением «643».
7. Если поле PASP\_VID (PASP\_VID\_P) заполнено значением «9», то поле COUNTRY не должно быть заполнено значением «643».
8. Поле NOVOR= «0», если пациент не ребёнок (до государственной регистрации рождения);

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

ПДДММГГН, где

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

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков).

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

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

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

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

13. Поле DOMC\_TYPE обязательно к заполнению значениями из справочника F008MMYY.XML за исключением:

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

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

15. Начиная с OT\_PER\_U='0220' поле NUMBER должно заполняться ТОЛЬКО цифровыми символами.

16. Поле ENP обязательно для заполнения при непустых DOMC\_TYPE при выполнении одного из условий:

- MSK\_OT # 50 и OT\_PER\_U>='0423'
- MSK\_OT = 50 и OT\_PER>='0523'

17. Значение DOCDATE не может быть меньше:

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

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

18. Для записей с MSK\_OT='50', начиная с отчетного периода '0720', если заполнено поле PASP\_VID, то обязательны к заполнению поля DOCDATE и DOCORG.

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

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

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

21. Значение поля IDRQSTDATE не должно превышать текущую дату. Если поле не заполнено в файле «Реестр пролеченных пациентов», переданном МО в составе свода для сверки и идентификации персональных данных пациентов по данным ЕРЗ, начиная с Этапа 0, его значение эквивалентно дате поступления запроса для обработки в ТФОМС МО.

22. Для непустых значений поля ENP должны соблюдаться следующие требования:

- значение поля ENP должно содержать последовательность из 16 цифр;
- недопустимо наличие семи одинаковых цифр в первых семи символах значения поля ENP.



23. Значение поля CODE\_MSK должно быть пустым при MSK\_OT = '99'

24. Поле COUNTRY обязательно для заполнения при PASP\_VID = {9,21}

#### **Примечание:**

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

### **7.3 Объект «Медицинская услуга».**

#### **7.3.1 Краткая характеристика объекта**

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

Объект «Медицинская услуга» представляется в виде записи файла «Реестр медицинских услуг» (UCSMYU) в формате DBF.

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

- Для медицинской помощи (кроме "стоматологии") **обращением амбулаторным** является медицинская услуга, для которой  $LEFT(MDUMMY.GR\_PLAN,2)='OA'$ .
- стоматологическое обращение ( $LEFT(MDUMMY.GR\_PLAN,2)='UE'$ ) - выставленные в одном и том же отчетном периоде (месяце) по  $USL\_OK=3$  по одному и тому же пациенту (совокупность полей  $OT\_PER+ OT\_PER\_U+ MSK\_OT+ CODE\_LPU+ PERSCODE$ ) две и более медицинские услуги с  $LEFT(CODE\_USL,1)='B'$  с признаком  $MDUMMY.DOP\_M='1'$  (первичный прием) и/или  $MDUMMY.DOP\_M='2'$  (повторный прием) по основному заболеванию, входящему в одну и ту же группу МКБ10 [ $LEFT(MKB1,3)$ ], с возможным сопутствующим набором услуг  $LEFT(CODE\_USL,1)='A'$  по одному и тому же профилю медицинской помощи, за исключением услуг из Таблицы 11. Не допускается использование в обращении нескольких услуг с признаком  $MDUMMY.DOP\_M='1'$  (первичных приемов) у специалистов одного профиля по одной и той же группе заболеваний по МКБ-10 в отчетном месяце. Не допускается использование набора услуг «А» без услуг «В» в соответствии с правилом ФЛК №34 п.7.3.3. Контроль принадлежности медицинской услуги к поликлиническому обращению производится по совокупности полей при  $P\_CEL='3.0'$ :  $OT\_PER+ OT\_PER\_U+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ VID\_MP+ USL\_OK+ PROFIL+ LEFT(MKB1,3)+ P\_CEL+ IDCASE$ .

Таблица 10

Наименование медицинской услуги	CODE_USL (взр.)	CODE_USL (дет.)
ОСМОТР (КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ ПЕРВИЧНЫЙ	B01.003.001V	B01.003.001D
ОСМОТР (КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ ПОВТОРНЫЙ	B01.003.002V	B01.003.002D
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ (ВКЛЮЧАЯ РАННЕЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ)	B01.003.004V	B01.003.004D
ТОТАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ	B01.003.004.009V	B01.003.004.009D
КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ	B01.003.004.010V	B01.003.004.010D

КОМБИНИРОВАННЫЙ ИНГАЛЯЦИОННЫЙ НАРКОЗ (В ТОМ ЧИСЛЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ КСЕНОНА)	B01.003.004012V	B01.003.004012D
--	-----------------	-----------------

### 7.3.2 Структура объекта

Таблица 11

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ 1	ОЗ 2	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	O	O	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	O	O	CODE_LPU	CHR	6
3.	Подразделение медицинской организации	Y	Y	MPCOD	CHR	8
4.	Подразделение медицинской организации в ЕРМО	Y	Y	PODR	CHR	17
5.	Плательщик за медицинскую услугу	O	O	MSK_OT	CHR	2
6.	Уникальный учетный код в МО	O	O	PERSCODE	CHR	15
7.	Вид медицинской помощи	O	O	VID_MP	NUM	4
8.	Условия оказания медицинской помощи	O	O	USL_OK	NUM	1
9.	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента	O	O	NHISTORY	CHR	20
10.	Профиль медицинской помощи	O	O	PROFIL	NUM	3
11.	Основной диагноз	O	O	MKB1	CHR	6
12.	Сопутствующий диагноз	Y	Y	MKB2	CHR	6
13.	Диагноз осложнения	Y	Y	MKB3	CHR	6
14.	Медицинская услуга	O	O	CODE_USL	CHR	15
15.	Медицинский работник	O	O	CODE_MD	CHR	6
16.	Дата начала оказания медицинской услуги	O	O	DATE_IN	DAT	8
17.	Дата окончания оказания медицинской услуги	O	O	DATE_OUT	DAT	8
18.	Количество оказанных медицинских услуг	O	O	KOL_USL	NUM	6 (0)
19.	Количество фактических койко-(пациенто-) дней	Y	Y	KOL_FACT	NUM	3(0)
20.	Исход госпитализации	O	O	ISH_MOV	NUM	3
21.	Результат обращения/ госпитализации	O	O	RES_GOSP	NUM	3
22.	Категория сводной справки (отчета)	O	O	VID_SF	CHR	2
23.	Размер базового тарифа на медицинскую услугу	O	O	TARIF_B	NUM	10(2)
24.	Размер согласованного тарифа на медицинскую услугу	O	H3	TARIF_S	NUM	10(2)

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

### Примечания

1. Медицинскими услугами, относящимися к СМП, считаются медицинские услуги, у которых значение кода единицы измерения соответствует «04» (случай).
2. В столбце «ОЗ 1» указаны признаки обязательности заполнения полей для файла «Реестр пролеченных пациентов» (передается МО в составе реестра счетов, начиная с Этапа 1).

3. В столбце «ОЗ 2» указаны признаки обязательности заполнения полей для файла «Реестр пролеченных пациентов», относящегося к пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица (MSK\_OT='99'). При этом символами «НЗ» обозначены поля, заполнения которых не требуется. Однако, если такие поля заполнены некоторым значением, в отношении них действуют правила контроля целостности данных, предусмотренные данным Регламентом для таких полей.

### 7.3.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+ OT\_PER\_U+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ VID\_MP+ USL\_OK+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+ CODE\_USL+ CODE\_MD+ DATE\_IN+ DATE\_OUT

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

1. OT\_PER = 'ММYY', где ММ – месяц, YY - год текущего отчетного периода.

2. OT\_PER\_U = 'ММYY', где ММ – месяц, YY - год периода оказания услуги.

— значение не должно превышать значение текущего отчетного периода (OT\_PER\_U <= OT\_PER) и не должно быть меньше текущего года.

Исключения составляют:

- Записи с MSK\_OT='50' и SUBSTR(OT\_PER\_U,3,2)={'22', '23'}
- Записи для которых в справочнике FLK7ММYY существует запись с U.CODE\_LPU = FLK7.CODE\_LPU и U.OT\_PER\_U = FLK7.OT\_PER\_U.

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

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

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

5. INV – должно заполняться в файле UCCММYY.DBF начиная с периода «декабрь 2017» (OT\_PER='1217') при впервые установленной инвалидности (значения 1-4); Допустимые значения: 1 – 1 группа; 2 – 2 группа; 3 – 3 группа; 4 – дети-инвалиды; 0 - в остальных случаях.

Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCММYY.DBF с CODE\_USL, не относящемуся к EMPTY(MDUMMYY.GR\_PLAN).

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

Начиная с U.OT\_PER\_U >='0420' при условии MSK\_OT#='99':

Для USL\_OK=2 допустимы значения FOR\_POM={2,3}

Для USL\_OK=3 допустимы значения FOR\_POM={2,3}

Для USL\_OK=4 допустимы значения FOR\_POM={1,2}

**MCOD\_OUT** (медицинская организация, направившая на обследование или госпитализацию) — обязательно заполняется значением F003ММУУ.MCOD при U.DATE\_NPR<01.01.2024, значением F032ММУУ.MCOD при U.DATE\_NPR>=01.01.2024 для:

1) FOR\_POM=3 и USL\_OK=1;

2) USL\_OK=2;

3) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0422' MDUMМУУ.GR\_PLAN={'RPM', 'TS', 'LDI'};

4) услуг с MDUMМУУ.GR\_PLAN={'KT', 'MT'};

5) начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0123' MDUMМУУ.GR\_PLAN={'UZI', 'END', 'MG', 'GIS', 'ST', 'BIO'}, за исключением услуг A08.05.001, A08.20.017.002, A08.30.016.001, A08.30.018.000;

**TAL\_HMP**: обязательно к заполнению при VID\_MP=32;

**DATE\_HMP**: обязательно к заполнению при VID\_MP=32.

**TAL\_P**: обязательно к заполнению при VID\_MP=32.

7. MSE: Допустимые значения: 1 - в случае передачи медицинской организацией направления на МСЭ в Бюро МСЭ. 0 - в остальных случаях.

**P\_CEL**: обязательно для USL\_OK=3, заполняется в соответствии со справочником ФОМС V025ММУУ.XML.

8. DN Допустимые значения: {0, 1, 2, 4, 6}, где

1 – состоит;

2 – взят;

4 – снят по причине выздоровления;

6 – снят по другим причинам.

еведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): при USL\_OK#3 или P\_CEL#1.3' поле DN может принимать значения {0, 1, 2, 4, 6, null}. При USL\_OK=3 и P\_CEL='1.3' принимает значения:

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

LEFT(MKB1, 1)='C' или

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

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

Условие ДИСП\_ПРОФ=.Т. (принимает значение 'true', "истина"), если выполняется одно из условий:

MDUMМУУ.ED\_IZM='11' или

MDUMМУУ.ED\_IZM='17' и MDUMМУУ.GR\_PLAN='DP'

DS\_ONK, признак подозрения на злокачественное образование:

0 или 1 (при подозрении на злокачественное образование) при USL\_OK#4 и условии ОНКО\_ДИАГ=.F. ('false', "ложь");

2 – при USL\_OK#4, ОНКО\_ДИАГ=.Т. и ДИСП\_ПРОФ=.F. и непустых MDUMМУУ.GR\_PLAN и DRGММУУ.KPG#{'st37', 'ds37'}

0 – при одном из условий:

1) при USL\_OK=4;

2) пустых MDUMМУУ.GR\_PLAN;

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

4) при ОНКО\_ДИАГ=.Т. и DRGММУУ.КРГ={'st37', 'ds37'}

Для записей с ОТ\_ПЕР\_У<'0620' допустимо DS\_ОНК=2 и DRGММУУ.КРГ={'st37', 'ds37'}

**С\_ЗАВ**, характер основного заболевания:

- 1) — обязательно к заполнению и может принимать значения {2, 3} при USL\_ОК={1, 2, 3} и DS\_ОНК=2 и не пустых значениях MDUММУУ.GR\_PLAN;
- 2) — обязательно к заполнению и может принимать значения {1, 2, 3} при USL\_ОК=3 и одновременно выполняются следующие условия:
  - a. — основной диагноз (МКБ1) не входит в рубрику 'Z' (LEFT(МКБ1,1)='Z');
  - b. — МКБ1 # 'U11.9' ;
  - c. — ДИСП\_ПРОФ=.F.;

- 3) — обязательно к заполнению и должен принимать значение 0 при пустых MDUММУУ.GR\_PLAN;
- 4) — Может принимать значения {0, 1, 2, 3} во всех остальных случаях.

**PROFIL\_K**, профиль койки:

обязательно к заполнению для USL\_ОК={1,2}

**NAPR\_MO**, медицинская организация, куда оформлено направление или назначение, обязательно к заполнению значением F032ММУУ.MCOD при направлении в другую МО для случаев:

- если UCCММУУ.DS\_ОНК=1 и NCCММУУ.NAZ\_R={2, 3};
- если UCCММУУ.DS\_ОНК#0 и CССММУУ.NAPR\_V#0.

**MPCOD**, подразделение медицинской организации: заполняется только при '0120' <= ОТ\_ПЕР\_У <= '1221'.

**PODR**, подразделение медицинской организации в ЕРМО: заполняется только при ОТ\_ПЕР\_У >= '0122'.

9. NHISTORY, Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента: Допустимы следующие символы:

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

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

Таблица 12

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

	MSK_OT+ PERSCODE		MSK_OT+ PERSCODE	
3.	CODE_LPU	LPUMMY.Y.DBF	CODE_LPU	
4.	LPU.IDMO+MPCOD	<b>PODR</b> MMYY.XML	MCOD+ MPCOD	medCompany.mcod+ medCompany\ podr\mpcod для OT_PER_U<='1221'
5.	PODR	ERMmmyy.DBF	PODR	для OT_PER_U>='0122'
6.	VID_MP	V008MMYY.XML	IDVMP	
7.	USL_OK	V006MMYY.XML	IDUMP	
8.	PROFIL	PMPMMYY.DBF	PROFIL	
9.	MKB1	MKBMMYY.DBF	MKB	
10.	MKB2	MKBMMYY.DBF	MKB	
11.	MKB3	MKBMMYY.DBF	MKB	
12.	CODE_USL	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL	
13.	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD+MPCOD	<b>DCC</b> MMYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD+MPCOD	для OT_PER_U<='1221'
14.	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD+PODR	<b>DCC</b> MMYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD+PODR	для OT_PER_U>='0122'
15.	<i>STR</i> (ISH_MOV)+ <i>STR</i> (USL_OK)	V012MMYY.XML	<i>STR</i> (IDIZ)+ <i>STR</i> (DL_USLOV)	
16.	<i>STR</i> (RES_GOSP)+ <i>STR</i> (USL_OK)	V009MMYY.XML	<i>STR</i> (IDRMP)+ <i>STR</i> (DL_USLOV)	
17.	'VID_SF' + VID_SF	SBRMMYY.DBF	<i>ALLTRIM</i> (TYPE_OBJ) + CODE_OBJ	'VID_SF' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
18.	'VID_TR' + VID_TR	SBRMMYY.DBF	<i>ALLTRIM</i> (TYPE_OBJ) + CODE_OBJ	'VID_TR' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
19.	CODE_LPU+ VID_MP + USL_OK + fVOZR+ PROFIL + CODE_USL + <i>STR</i> (TARIF_B,12,2), где fVOZR принимает значения: 1) '03' по умолчанию; 2) если не найден соответствия при fVOZR='03', то fVOZR='01' при U.DATE_IN=> GOMONTH(P.BIRTHDA Y, 216); 3) если не найден соответствия при fVOZR='03', то fVOZR='02' при U.DATE_IN< GOMONTH(P.BIRTHDAY, 216)	TMUMMY.Y.DBF	CODE_LPU + VID_MP + USL_OK + VOZR+ PROFIL + CODE_USL+ <i>STR</i> (TARIF,12,2)	Для всех медицинских услуг за исключением 1) Услуг с ED_IZM = {'12','16','04'} 2) услуг с FLK2MMYY.DISP = 'ДВ4' при U.CODE_USL = FLK2.CODE_USL
20.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK +	<b>KCC</b> MMYY.DBF	OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT+ USL_OK+	Для медицинских услуг базовой

	VID_SF+ cVID_KOEFF, где константа cVID_KOEFF='01'		VID_SF+ VID_KOEFF	программы ОМС с «объемным» способом оплаты (VID_SF={ '09', '12' }), и OT_PER=OT_PER_U
21.	CODE_LPU+ VID_MP+ USL_OK+ CODE_USL	TMUMMY.DBF	CODE_LPU+ VID_MP+ USL_OK+ CODE_USL	Для записей с 1) MDU.ED_IZM='04' 2) услуг с FLK2MMYY.DISP = 'ДБ4' при U.CODE_USL = FLK2.CODE_USL
22.	OT_PER + OT_PER_U+ CODE_LPU + MSK_OT + PERSCODE + VID_MP + USL_OK + NHISTORY + VID_SF Для записей, в которых значение CODE_USL соответствует мед. услугам заместительной почечной терапии в условиях круглосуточного стационара (MDUMMY.ED_IZM='10').	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ OT_PER_U+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ USL_OK+ NHISTORY+ VID_SF Кроме записей, в которых значение CODE_USL соответствует мед. услугам заместительной почечной терапии в условиях круглосуточ. стационара (MDUMMY.ED_IZM='10').	USL_OK=1
23.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ dtos <sup>2</sup> (DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	XCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Для медицинских услуг скорой медицинской помощи (USL_OK=4), кроме CODE_USL= { '3840050', '3840060' }
24.	OT_PER +CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ cVID_KOEFF, где константа cVID_KOEFF='06', для VID_SF='14'	KCCMMYY.DBF	OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT+ USL_OK+ VID_SF+ VID_KOEFF	Для OT_PER_U >= '0123' и VID_SF='14'
25.	OT_PER +CODE_LPU+ USL_OK + VID_SF+ cVID_KOEFF, где константа cVID_KOEFF='08'	KCCMMYY.DBF	OT_PER + CODE_LPU + USL_OK + VID_SF + VID_KOEFF	Для OT_PER_U >= '0123' и VID_SF='18'
26.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+CODE_USL	MCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+CODE_KPM U	<ul style="list-style-type: none"> <li>Услуги с FLK2MMYY.DISP = 'ДБ4' при U.CODE_USL = FLK2.CODE_USL;</li> <li>комплексные услуги с ED_IZM={ '20', '23' '26', '28', '30' }</li> <li>КСГ из группы</li> </ul>

<sup>2</sup> Выражение DTOS(<Значение\_типа\_дата>) означает применение функции преобразования данных типа дата в символьную строку для совместимости при конкатенации.



				MDU.GR_PLAN = 'ККР' • Услуги MDU.ED_IZM='32' и MDU.SP_OPL=30
27.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ USL_OK+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+ CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+ DATE_OUT+ KOL_USL+ KOL_FACT+ISH_MOV+ RES_GOSP+ SUM_RUB	GCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ VID_MP+ USL_OK+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+ CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+ DATE_OUT+ KOL_USL+ KOL_FACT+ISH_MOV+ RES_GOSP+ SUM_RUB	Для услуг с ED_IZM='16'
28.	MCOD_OUT	<b>F003</b> ММYY.XML при U.DATE_NPR<01. 01.2024 <b>F032</b> ММYY.XML при U.DATE_NPR>=01. 01.2024	MCOD	В справочнике F003ММYY.XML (U.DATE_NPR<01.01. 024) выбирается элемент со значением атрибута U.MCOD_OUT = F003.medCompany\ mcod и условиями: и условиями: F003ММYY.d_begin<= DATE_NPR<=F003ММ YY.d_end при заполненных значениях F003ММYY.d_begin и F003ММYY.d_end, F003ММYY.d_begin<= DATE_NPR при заполненном значении F003ММYY.d_begin и незаполненном F003ММYY.d_end;  В справочнике F032ММYY.XML (U.DATE_NPR>=01.01. 2024) выбирается элемент со значением атрибута U.MCOD_OUT = F032.zap/mcod и условиями: F032ММYY.d_begin<= DATE_NPR<=F032ММ YY.d_end при заполненных значениях <b>F032</b> ММYY.d_begin и <b>F032</b> ММYY.d_end,

				<b>F032</b> ММYY.d_begin<= DATE_NPR при заполненном значении <b>F032</b> ММYY.d_begin и незаполненном <b>F032</b> ММYY.d_end
29.	P_CEL	<b>V025</b> ММYY.XML	IDPC	Для заполненных
30.	MKB0	MKBММYY.DBF	MKB	Для USL_OK=4 допускается Len(MKB0)=3
31.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	NCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Для услуг с ED_IZM={11, 32}
32.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	CCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Для записей с DS_ONK#0 и услуг с непустым MDUMМYY.GR_PLA N, при U.OT_PER_U<'0320'
	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1+ CODE_MD+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	CCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1 + CODE_MD+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Для записей с DS_ONK#0 и услуг с непустым MDUMМYY.GR_PLA N, начиная с U.OT_PER_U='0320'
33.	C_ZAB	<b>V027</b> ММYY.XML	IDCZ	Классификатор характера заболевания
34.	PROFIL_K	<b>V020</b> ММYY.XML	IDK_PR	Для записей с USL_OK={1,2}
35.	NAPR_MO	<b>F032</b> ММYY.XML	MCOD	Справочник «Медицинские организации РФ»
36.	MPCOD+ STR(VID_MP,2)	<b>FLK3</b> ММYY.XML	MPCOD+ STR(VID_MP,2)	Справочник соответствия подразделения медицинской организации и вида медицинской помощи. Проверка временно отменена с периода '0320'.
37.	CODE_LPU+ STR(USL_OK) + STR(VID_MP) + STR(PROFIL,3)	<b>FLK4</b> ММYY.XML	CODE_LPU + STR(USL_OK) + STR(VID_MP) + STR(PROFIL,3)	Для записей с OT_PER_U>='0122' и USL_OK = {1,2}
38.	CODE_USL+MKB1	<b>MES</b> ММYY.DBF	CODE_USL+MKB	Справочник соответствия кода

				ВМП и диагноза Для записей OT_PER_U>='0321' Для услуг с ED_IZM='04'
39.	Правило удалено			
40.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1+ CODE_MD+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	УССММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1+ CODE_MD+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Для записей с OT_PER_U>='0422', MKB1 = {'U07.1', 'U07.2'} и (left(U.CODE_USL,2) = 'st' или MDU.GR_PLAN = {'RP', 'PP', 'OA'}) и G.DKK1#stt5' и LEFT(CODE_USL,4) # 'st37' и U.MKB2 # {000-099, Z34-Z35} и возраст пациента на дату начала лечения больше или равно 18 лет и MDU.ED_IZM#'20'.

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

- 1)  $SUM\_RUB=ROUND(TARIF\_S * KOL\_USL, 0)$  – для всех видов и условий оказания медицинской помощи,  $TARIF\_S=TARIF\_B$  для всех видов и условий оказания медицинской помощи.
- 2) MKB1 рубрики «F» ( $SUBSTR(MKB1,1,1)=F$ ) допускаются для  $USL\_OK=4$  и  $VID\_SF\#12$ , а также для  $VID\_SF='15'$  при значениях  $PROFIL=\{72, 73, 74\}$ .
- 3)  $TARIF\_B=TMUMMYY.TARIF$  для всех услуг, за исключением:
  - Услуг с  $ED\_IZM = \{ '12', '16' \}$
  - услуг с  $FLK2MMYY.DISP = 'ДБ4'$  при  $U.CODE\_USL = FLK2.CODE\_USL$

$TARIF\_B = 0$  для услуг с  $ED\_IZM = '12'$

$TARIF\_B=ROUND(TMUMMYY.TARIF*Кпс, 0)$  для услуг с  $FLK2MMYY.DISP = 'ДБ4'$  при  $U.CODE\_USL = FLK2.CODE\_USL$ . При этом:

- $Кпс=1$ , если по мероприятиям случая 1-го этапа диспансеризации взрослых, учтенных в файле  $MCCMMYY.(OT\_PER+CODE\_LPU+MSK\_OT+PERSCODE+NHISTORY) SUM(DVNMMYY.KOEFF\_DVN)\leq 0.15$  при  $MCCMMYY.ISP\_DVN='02'$ , то есть случай 1-го этапа диспансеризации взрослых считается законченным.
- $Кпс=SUM(DVNMMYY.KOEFF\_DVN)$  для  $MCCMMYY.ISP\_DVN='01'$ , если по мероприятиям случая 1 этапа диспансеризации взрослых  $MCCMMYY.(OT\_PER+CODE\_LPU+MSK\_OT+PERSCODE+NHISTORY) SUM(DVNMMYY.KOEFF\_DVN)>0.15$  при  $MCCMMYY.ISP\_DVN='02'$ . То есть случай 1-го этапа диспансеризации взрослых считается завершенным, но не законченным.

- 4) Правила расчета TARIF\_V по КСГ (ED\_IЗM = '16') описаны в п. 7.11.3.
- 5) Должно быть KOL\_USL=KOL\_FACT для MDUMMYU.ED\_IЗM={'01', '02'}.
- 6) TARIF\_D=0.
- 7) Значение полей OT\_PER и MSK\_OT должно быть одинаковым для всех записей файла.
- 8) DATE\_IN – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT\_PER\_U, значение поля DATE\_OUT, и не должно быть раньше даты рождения пациента (PССMMYU.BIRTHDAY). Для амбулаторно-поликлинической помощи (USL\_OK=3) значение DATE\_IN не должно быть меньше первого дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT\_PER\_U, за исключением:
  - услуг, указанных в Таблице 14;
  - услуг, входящих в обращение по заболеванию амбулаторное или в обращение стоматологическое (см. правило 7.3.1.1) при условии, что DATE\_IN не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
  - обращений по заболеванию MDUMMYU.GR\_PLAN='OA' при условии, что DATE\_IN не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
  - разовых посещений по заболеванию (MDUMMYU.ED\_IЗM='03', MDUMMYU.GR\_PLAN='RP') при условии, что RES\_GOSP={301, 302, 303} DATE\_IN=DATE\_OUT и DATE\_IN не меньше первого дня предыдущего отчетного периода.
  - для услуг из Таблицы 16, контроль DATE\_IN производится согласно таблице. При этом разница между DATE\_OUT и DATE\_IN не может быть больше года;
  - посещение школы сахарного диабета MDUMMYU.GR\_PLAN='SD' при условии, что DATE\_IN не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
  - услуг с MDUMMYU.ED\_IЗM = {'26', '28', '30'} при условии, что DATE\_IN не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
  - контроль DATE\_IN для услуг с GR\_PLAN = {'DP', 'DPU'} производится согласно правилу 20 текущего раздела.
- 9) DATE\_OUT – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT\_PER\_U. Значение не должно быть меньше первого дня месяца - отчетного периода оказания медицинской помощи OT\_PER\_U, за исключением:
  - случаев, когда результатом госпитализации является перевод в другое отделение стационара (RES\_GOSP={104, 204} по справочнику V009);
  - применения услуг заместительной почечной терапии (MDUMMYU.ED\_IЗM='10');
  - учет оперативных вмешательств и процедур (MDUMMYU.ED\_IЗM='12');
  - услуг, входящих в обращение по заболеванию амбулаторное или в обращение стоматологическое (см. правило 7.3.1.1) при условии, что DATE\_OUT не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
  - обращений по заболеванию MDUMMYU.GR\_PLAN='OA' при условии, что DATE\_OUT не меньше первого дня предыдущего отчетного периода;
  - разовых посещений по заболеванию (MDUMMYU.ED\_IЗM='03', MDUMMYU.GR\_PLAN='RP') при условии, что RES\_GOSP={301, 302, 303}

DATE\_IN=DATE\_OUT и DATE\_OUT не меньше первого дня предыдущего отчетного периода.

- Случаев с RES\_GOSP=109 описанных в правиле 34 семантической целостности объекта «Случай оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп (КСГ)».

- 10) KOL\_FACT=1 для случаев лечения в дневном или круглосуточном стационаре (за исключением услуг заместительной почечной терапии MDUMMY.ED\_IZM='10' и услуг с MDUMMY.ED\_IZM='12'), а также для услуг, относящихся к MDUMMY.ED\_IZM='04', при условии, что DATE\_IN=DATE\_OUT.
- 11) KOL\_FACT<=(DATE\_OUT-DATE\_IN) для случаев лечения в круглосуточном стационаре при условии, что DATE\_IN#DATE\_OUT, за исключением случаев лечения при использовании стандартов, схем, услуг заместительной почечной терапии (MDUMMY.ED\_IZM='10') и медицинских услуг, относящихся к хирургическим операциям или иным медицинским технологиям (MDUMMY.ED\_IZM='12').
- 12) KOL\_FACT<=(DATE\_OUT-DATE\_IN+1) для случаев лечения в дневном стационаре (за исключением услуг заместительной почечной терапии) и случаев лечения при использовании стандартов или схем при условии, что DATE\_IN#DATE\_OUT.
- 13) Поле KOL\_FACT=0 при:
- USL\_OK={3, 4} и MDUMMY.ED\_IZM#{'09', '20', '22', '26', '28', '30'};
  - услугах заместительной почечной терапии (MDUMMY.ED\_IZM='10').
- Поле KOL\_FACT#0 при USL\_OK=3 и MDUMMY.ED\_IZM='20';  
Поле KOL\_FACT>1 и DATE\_OUT-DATE\_IN>0 при USL\_OK=3 и MDUMMY.ED\_IZM='09';  
Начиная с OT\_PER\_U='0223' для комплексных услуг реабилитации и услуг школы сахарного диабета количество дней (KOL\_FACT) должно быть не менее нормированного количества дней для данной услуги: KOL\_FACT>=ODG.KSKPVAL и DATE\_OUT-DATE\_IN+1>= ODG.KSKPVAL при USL\_OK=3 и U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC='RB';
- 14) При учете услуг заместительной почечной терапии (MDUMMY.ED\_IZM='10') должны быть соблюдены следующие условия (VID\_SF#'14' и Таблица 14):

Таблица 13

Значение поля CODE_USL	Имя поля	Допустимые значения
A18.05.002 A18.05.002.002 A18.05.002.001 A18.05.011 A18.30.001 A18.30.001.002 A18.30.001.003	USL_OK	2 - дневной стационар 3 - амбулаторно
A18.05.002 A18.05.002.002 A18.05.002.001 A18.05.011	USL_OK	1 - круглосуточный стационар

A18.30.001		
A18.30.001.002		
A18.30.001.003		
A18.05.004		
A18.05.002.003		
A18.05.003		
A18.05.004.001		
A18.05.011.001		
A18.05.002.005		
A18.05.011.002		
A18.30.001.001		

- 15) Заполнение VID\_SF в файлах УССММYY.dbf:  
если СС#'50' (не межтерриториальная помощь), то должно быть VID\_SF#'12';  
если СС='50' (межтерриториальная помощь), то должно быть VID\_SF='12';  
если СС#'99' (не идентифицированные), то должно быть VID\_SF#'15';  
если СС='99' (не идентифицированные), то должно быть VID\_SF='15';
- 16) Контроль взаимного соответствия полей RES\_GOSP и ISH\_MOV проводится в соответствии со справочником взаимного соответствия исходов заболевания и результатов обращения за медицинской помощью – FLK1ММYY.DBF.  
Сочетание ISH\_MOV=306 и RES\_GOSP={317, 318, 321, 322, 323, 324, 325, 332, 333, 334, 335, 336, 343, 344, 347, 348, 349, 350, 351, 353, 355, 356, 357, 358, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374} допустимо только при MDUmmyu.GR\_PLAN={'DP','DPU'}, где MDUmmyu.CODE\_USL=УССММYY.CODE\_USL.
- 17) RES\_GOSP заполняется значениями не входящими в множество {317, 321, 332, 343, 347} при DS\_ONK=1
- 18) Для записей с OT\_PER\_U<'0122': если оказана медицинская помощь по профилю медицинской помощи УССММYY.PROFIL, медицинским работником, код специальности которого указан в поле DССММYY.PRVS в записи со значением полей DССММYY.CODE\_MD+DССММYY.MPCOD=УССММYY.CODE\_MD+УССММYY.MPCOD, то должна найтись запись в файле PSPММYY, для которой справедливо условие: PSPММYY.PROFIL=УССММYY.PROFIL и PSPММYY.IDSPEC=DССММYY.PRVS.  
Для записей с OT\_PER\_U>='0122': если оказана медицинская помощь по профилю медицинской помощи УССММYY.PROFIL медицинским работником, код специальности которого указан в поле DССММYY.PRVS в записи со значением полей DССММYY.CODE\_MD+DССММYY.PODR=УССММYY.CODE\_MD+УССММYY.PODR, то должна найтись запись в файле PSPММYY, для которой справедливо условие: PSPММYY.PROFIL=УССММYY.PROFIL и PSPММYY.IDSPEC=DССММYY.PRVS.
- 19) Если значение Uccmmyu.CODE\_USL найдено в справочнике FLK2ММYY.dbf и поле FLK2ММYY.VOZR заполнено, то вычисляемое значение  $VZR=YEAR(UCCMМYY.DATE\_IN)-YEAR(PCCMМYY.BIRTHDAY)$  из соответствующих записей файла «Пациент» и «Медицинская услуга» должно входить в список значений перечисленных в поле FLK2ММYY.VOZR.

При учете услуг по первому этапу диспансеризации взрослого населения (ДВН), по диспансеризации детей-сирот и детей без попечения родителей или в трудной жизненной ситуации, учете осмотров детей и профилактических медицинских

осмотрах взрослого населения (в соответствии с Приказом МЗРФ от 13.03.2019 №124н) для записей, удовлетворяющих условно  $UCCMMYY.OT\_PER + UCCMMYY.CODE\_LPU + UCCMMYY.MSK\_OT + UCCMMYY.PERSCODE = PCCMMYY.OT\_PER + PCCMMYY.CODE\_LPU + PCCMMYY.MSK\_OT + PCCMMYY.PERSCODE$  должны быть соблюдены условия, представленные в Таблице 15, где **VZR** — возраст пациента.  $VZR = YEAR(UCCMMYY.DATE\_IN) - YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)$ , VZR должен соответствовать возрасту пациента в год прохождения им 1 этапа ДВН или профилактического осмотра. Для профилактических осмотров детей до 3 лет ( $CODE\_USL = \{ '1096140000' - '1096150200' \}$ ) VZR не рассчитывается и не проверяется его соответствие.

**Таблица 14**

Значение поля $UCCMMYY.CODE\_USL$	Значение поля $PCCMMYY.SEX$	Значение параметра <b>VZR</b>
Первый этап ДВН (в соответствии с приказом МЗРФ от 13.03.2019 №124н) $VZR = YEAR(UCCMMYY.DATE\_IN) - YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)$		
2106501	01	21, 27, 33
2106511	01	18, 24, 30
2106611	01	39
2106521	01	36
2106531	01	41, 43, 47, 49, 53, 59, 61
2106541	01	51, 57, 63
2106551	01	55
2106561	01	40, 44, 46, 52, 56, 58, 62
2106571	01	42, 48, 54
2106581	01	50, 64
2106591	01	60
2106601	01	45
2106503	01	79, 81, 85, 87, 91, 93, 97, 99
2106513	01	77, 83, 89, 95
2106523	01	76, 78, 82, 84, 88, 90, 94, 96
2106533	01	80, 86, 92, 98
2106543	01	67, 69, 73, 75
2106553	01	65, 71
2106563	01	66, 70, 72
2106573	01	68, 74
2106502	02	21, 27, 33
2106512	02	41, 43, 47, 49, 53, 55, 59, 61
2106522	02	18, 24, 30
2106582	02	39
2106532	02	36
2106542	02	51, 57, 63
2106552	02	40, 44, 46, 50, 52, 56, 58, 62, 64
2106562	02	45
2106572	02	42, 48, 54, 60
2106504	02	79, 81, 85, 87, 91, 93, 97, 99
2106514	02	77, 83, 89, 95
2106524	02	76, 78, 82, 84, 88, 90, 94, 96

2106534	02	67, 69, 73, 75
2106544	02	80, 86, 92, 98
2106554	02	65, 71
2106564	02	66, 70, 72
2106574	02	68, 74
2679631	01, 02	19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99
2679641	02	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99
<p>Диспансеризация детей-сирот и детей в ТЖС (в соответствии с Приказом МЗРФ от 15.02.2013 №72н) и Диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (в соответствии с приказом МЗРФ от 11.04.2013 №216н) VZR=YEAR(UCCMMYY,DATE_IN)-YEAR(PCCMMYY,BIRTHDAY)</p>		
1096201	01	0, 1, 2
1096202	02	0, 1, 2
1096211	01	3, 4
1096212	02	3, 4
1096221	01	5, 6
1096222	02	5, 6
1096231	01	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
1096232	02	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
1096241	01	14
1096242	02	14
1096251	01	15, 16, 17
1096252	02	15, 16, 17
1096080	01, 02	0—17
<p>Медицинские осмотры несовершеннолетних (в соответствии с Приказом МЗРФ от 10.08.2017 №514н) VZR=YEAR(UCCMMYY,DATE_IN)-YEAR(PCCMMYY,BIRTHDAY)</p>		
1096140000	01	-
1096150000	02	-
1096140001	01	-
1096150001	02	-
1096140002	01	-
1096150002	02	-
1096140003	01	-
1096150003	02	-
1096140004	01	-
1096150004	02	-
1096140005	01	-
1096150005	02	-
1096140006	01	-
1096150006	02	-
1096140007	01	-



1096150007	02	-
1096140008	01	-
1096150008	02	-
1096140009	01	-
1096150009	02	-
1096140010	01	-
1096150010	02	-
1096140011	01	-
1096150011	02	-
1096140012	01	-
1096150012	02	-
1096140103	01	-
1096150103	02	-
1096140106	01	-
1096150106	02	-
1096140200	01	-
1096150200	02	-
1096140300	01	3
1096150300	02	3
1096140400	01	4
1096150400	02	4
1096140500	01	5
1096150500	02	5
1096140600	01	6
1096150600	02	6
1096140700	01	7
1096150700	02	7
1096140800	01	8
1096150800	02	8
1096140900	01	9
1096150900	02	9
1096141000	01	10
1096151000	02	10
1096141100	01	11
1096151100	02	11
1096141200	01	12
1096151200	02	12
1096141300	01	13
1096151300	02	13
1096141400	01	14
1096151400	02	14
1096141500	01	15
1096151500	02	15
1096141600	01	16
1096151600	02	16
1096141700	01	17

1096151700	02	17
Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в соответствии с Приказом МЗРФ от 13.03.2019 №124н) $VZR=YEAR(UCCMMYY,DATE\_IN)-YEAR(PCCMMYY,BIRTHDAY)$		
210604011	01	19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33
210604021	02	19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33
210604012	01	18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34
210604022	02	18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34
210604013	01	35, 37, 39
210604023	02	35, 37, 39
210604014	01	36, 38
210604024	02	36, 38
210604015	01	40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64
210604025	02	40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64
210604016	01	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63
210604026	02	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63
210604017	01	65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99
210604027	02	65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99
210604018	01	66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98
210604028	02	66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98

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

20) Если в справочнике FLK2mmyu.DBF найдена запись, у которой UCCMMYY.CODE\_USL=FLK2mmyu.CODE\_USL то:

- значение U.RES\_GOSP должно входить в перечень значений FLK2mmyu.RES\_GOSP при непустом FLK2mmyu.RES\_GOSP;
- значение U.ISH\_MOV должно входить в перечень значений FLK2mmyu.ISH\_MOV при непустом FLK2mmyu.ISH\_MOV;
- для услуг с FLK2mmyu.DISP = {'ДВ4', 'ДР1', 'ДС1', 'ДС2', 'ОПВ', 'УД1'} DATE\_OUT - DATE\_IN < 365;
- для услуг с FLK2mmyu.DISP = {'ДВ2', 'ДР2', 'ПН1', 'УД2'} DATE\_OUT = DATE\_IN.

Условия контроля заполнения полей PROFIL, ISH\_MOV, RES\_GOSP, DATE\_IN, DATE\_OUT в зависимости от значения поля CODE\_USL при учете услуг по диспансеризации, профилактическим и медицинским осмотрам представлены в таблице 16 (символ X — одно целое число в диапазоне 0-9):

Таблица 15

Значения поля CODE_USL	Значение поля
---------------------------	---------------

(шаблон)	PROFIL	RES_GOSP (V009.IDRMP)	ISH_MOV (V012.IDIZ)	DATE_IN; DATE_OUT
2106501, 2106511, 2106611, 2106521, 2106531, 2106541, 2106551, 2106561, 2106571, 2106581, 2106591, 2106601, 2106503, 2106513, 2106523, 2106533, 2106543, 2106553, 2106563, 2106573, 2106502, 2106512, 2106522, 2106532, 2106542, 2106552, 2106562, 2106582 2106572, 2106504, 2106514, 2106524, 2106534, 2106544, 2106554, 2106564, 2106574	97; 57; 42	317, 318, 355, 356, 353, 357, 358	306	DATE_IN—значение не должно превышать дату последнего дня месяца отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U и значение поля DATE_OUT;  DATE_OUT не может быть меньше даты первого дня месяца—отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U
2679631, 2679641	78		306	
2109501, 2109502	97; 57	317, 318, 355, 356	306	
2149501	108; 112	317, 318, 355, 356	306	DATE_IN=DATE_OUT; DATE_IN не может быть меньше даты первого дня месяца—отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U
2199501, 2199502	30, 112			
2239501, 2239502	162			
2249501, 2249502	65			
2329502	136			
2109503, 2109504	97; 57; 42			
2259501, 2259502	53			
1096080	68; 57	321-325, 365-368	306	DATE_IN—значение не должно превышать дату последнего дня месяца отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U и значение поля DATE_OUT;
1096201, 1096202, 1096211, 1096212, 1096221, 1096222, 1096231, 1096232, 1096241, 1096242, 1096251, 1096252		347-351, 365-368		
210604011, 210604012, 210604013, 210604014, 210604015, 210604016, 210604017, 210604018, 210604021, 210604022,	97; 57; 42	343, 344, 345, 373, 374	306	DATE_OUT не может быть меньше даты первого дня месяца—отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U

210604023, 210604024, 210604025, 210604026, 210604027, 210604028				
109614XXXX, 109615XXXX	68; 57	332-336, 361-364	306, 304	
2107000	97; 57; 58	308, 315, 317, 318, 353, 355-358	302-306	DATE_IN — значение не должно превышать дату последнего дня месяца отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U и значение поля DATE_OUT; DATE_OUT не может быть меньше даты первого дня месяца отчетного периода оказания медицинской помощи OT_PER_U
A23.30.023	97; 29; 57; 58; 41			
A09.05.051.001	34; 37; 38			
A04.10.002	106	317, 318, 355, 356	302-304	
		317, 318, 355, 356	306	
A06.09.005	78	305-308, 310, 311, 314, 315, 317, 318, 355, 356	302-304	
		317, 318, 355, 356	306	
A04.12.006.002	106	317, 318, 355, 356	302-304	
		317, 318, 355, 356	306	

Условия Таблицы 16 относятся и к услугам, которые оказаны мобильными медицинскими бригадами, с кодами '\*\*\*M' (Таблица 16.CODE\_USL+'M').

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

22) Правила контроля заполнения поля VID\_SF осуществляется строго в следующей последовательности (при выполнении условия пункта, условия последующих пунктов не проверяются):

1. Если MSK\_OT = 99, то VID\_SF = 15
2. Если MSK\_OT = 50, то VID\_SF = 12
3. VID\_SF = 14 если в справочнике QPFmмуу существует запись с QPF.OT\_PER = U.OT\_PER\_U и QPF.CODE\_UR = U.CODE\_LPU и QPF.USL\_OK = 0 и в справочнике MDUmмуу существует запись с MDU.CODE\_USL = U.CODE\_USL и MDU.PDF = {0,3,4}
4. VID\_SF = 14 если в справочнике QPFmмуу существует запись с QPF.OT\_PER = U.OT\_PER\_U и QPF.CODE\_UR = U.CODE\_LPU и QPF.USL\_OK = 3 и в

- справочнике MDUммуу существует запись с MDU.CODE\_USL = U.CODE\_USL и MDU.PDF = 3.
5. VID\_SF = 14 если в справочнике QPFммуу существует запись с QPF.OT\_PER = U.OT\_PER\_U и QPF.CODE\_UR = U.CODE\_LPU и QPF.USL\_OK = {0,3} и в справочнике MDUммуу существует запись с MDU.CODE\_USL = U.CODE\_USL и MDU.PDF = 5 и в справочнике LPUммуу существует запись для которой верно условие U.CODE\_LPU = LPU.CODE\_LPU и U.MCOD\_OUT = LPU.IDMO
  6. VID\_SF = 14 если в справочнике QPFммуу существует запись с QPF.OT\_PER = U.OT\_PER\_U и QPF.CODE\_UR = U.CODE\_LPU и QPF.USL\_OK = {0,3} и в справочнике MDUммуу существует запись с MDU.CODE\_USL = U.CODE\_USL и MDU.PDF = 4 и U.PROFIL = {97, 68, 53, 20, 112, 57, 42}
  7. VID\_SF = 14 если в справочнике QPFммуу существует запись с QPF.OT\_PER = U.OT\_PER\_U и QPF.CODE\_UR = U.CODE\_LPU и QPF.USL\_OK = 4 и U.USL\_OK = 4
  8. VID\_SF = 18 если в справочнике QVAммуу существует запись с QVA.OT\_PER = U.OT\_PER\_U и QVA.CODE\_UR = U.CODE\_LPU и в справочнике MDUммуу существует запись с MDU.CODE\_USL = U.CODE\_USL и MDU.PDF = 8
  9. VID\_SF = 18 если в справочнике QVAммуу существует запись с QVA.OT\_PER = U.OT\_PER\_U и QVA.CODE\_UR = U.CODE\_LPU и в справочнике MDUммуу существует запись с MDU.CODE\_USL = U.CODE\_USL и MDU.PDF = 6 и в справочнике LPUммуу существует запись для которой верно условие U.CODE\_LPU = LPU.CODE\_LPU и U.MCOD\_OUT = LPU.IDMO
  10. VID\_SF = 09 во всех остальных случаях.
- 23) Для медицинских услуг «обращение по поводу заболевания» (MDUммуу.ED\_IЗM='09') должны выполняться следующие условия: USL\_OK=3, KOL\_USL=1.
- 24) Допускается LEFT(МКВ1,3)={ 'R95', 'R96', 'R98', 'R99'} только для USL\_OK=4.
- 25) Для услуг, относящихся к стандартам медицинской помощи или схемам ведения пациента (MDUммуу.ED\_IЗM='04'), заполнение поля KOL\_FACT при USL\_OK={3, 4} не контролируется.
- 26) Для записей реестра медицинских услуг, относящихся к медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица (MSK\_OT='99'): VID\_SF={ '00', '15'}.
- 27) Для любой (каждой) записи реестра медицинских услуг, удовлетворяющей условию UCCMммуу.VID\_SF={ '09', '14'} и UCCMммуу.SUM\_RUB>0 и MDUммуу.GR\_PLAN# { 'RPM', 'RSC', 'TM', 'БИО', 'АНЕ', 'UZC', 'LBC', 'RGC', 'VAC', 'ЕМ', 'LDI', 'КТ1', 'MT1'} и not(MDUммуу.GR\_PLAN={ 'GD', 'PD'} и UCCMммуу.USL\_OK=1) [\*\*], должна иметь место хотя бы одна запись справочника «Квартальное (и месячное) распределение объемов медицинской помощи» (QMVммуу.DBF), соответствующая следующему условию:

$$fCODE\_UR(UCCMммуу.CODE\_LPU) + UCCMммуу.OT\_PER + \Gamma\Pi = QMVммуу.CODE\_UR + QMVммуу.OT\_PER + QMVммуу.GR\_PLAN, \text{ где:}$$

$fCODE\_UR(UCCMммуу.CODE\_LPU)$  – принимает значение LPUммуу.CODE\_UR для UCCMммуу.CODE\_LPU=LPUммуу.CODE\_LPU;

Под значением **ГП** понимается значение, рассчитанное в соответствии с п. 6.3.7.1.

[\*\*] не должны контролироваться услуги с MDUMMY.GR\_PLAN={'RPM', 'RSC', 'TM', 'BIO', 'ANE', 'UZC', 'LBC', 'RGC', 'VAC', 'EM', 'LDI', 'KT1', 'MT1', 'IP'} и услуги с MDUMMY.GR\_PLAN={'GD', 'PD'} в сочетании с UCCMMYY.USL\_OK=1

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

- Суммарное значение количества оказанных медицинских услуг UCCMMYY.KOL\_USL в разрезе планируемых показателей не должно превышать соответствующего значения QMVMMYY.VALUE\_V#0 (кроме услуг, относящихся к планируемому показателю GR\_PLAN='UE').
- Количество UET для каждой записи реестра счетов с медицинской услугой, относящейся к планируемому показателю GR\_PLAN='UE', рассчитывается как  $ROUND(UCCMMYY.KOL_USL * MDUMMY.KOL_UET, 2)$ .
- Целочисленная часть суммарного количества UET по оказанным медицинским услугам, относящимся к планируемому показателю GR\_PLAN='UE', не должна превышать соответствующего непустого значения QMVMMYY.VALUE\_V.

Если QMVMMYY.USL\_OK=1, то UCCMMYY.USL\_OK=1 – специализированная медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного стационара, включая ВМП, или UCCMMYY.USL\_OK=2, если ВМП оказана в условиях дневного стационара.

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

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

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

29) Для USL\_OK=4 (скорая медицинская помощь вне медицинской организации) **не допускается** VID\_SF='09' («объемный» способ оплаты для застрахованных в Московской области).

30) Поле EXTR обязательно к заполнению значением =2 при:  
1) USL\_OK=4; 2) USL\_OK=1 и VID\_SF='15'.

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

32) Для учета услуги A26.08.076 (молекулярно-биологическое исследование на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР) и услуг тестирования, соответствующих условию *alltrim*(MDU.GR\_PLAN)='TS' допустимы следующие коды по МКБ-10: U07.1, U07.2, Z22.8, Z11.5, B34.2, B33.8.

- 33) Для медицинских услуг, соответствующих условию  $LEFT(MDUMMY.GR\_PLAN,2)='UE'$ , должно выполняться условие  $PROFIL=\{63, 85, 86, 87, 89, 90, 171, 140\}$ . В реестрах счетов **не должно** быть услуг  $LEFT(MDUMMY.GR\_PLAN,2)='UE'$  с  $PROFIL\#\{63, 85, 86, 87, 89, 90, 171, 140\}$ . Каждый случай оказания стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях ( $USL\_OK=3$ ), определяемый как выборка услуг  $LEFT(MDUMMY.GR\_PLAN,2)='UE'$  с  $PROFIL=\{63, 85, 86, 87, 89, 90, 171, 140\}$  по совокупности полей  $OT\_PER+OT\_PER\_U+CODE\_LPU+MSK\_OT+PERSCODE+VID\_MP+USL\_OK+PROFIL+LEFT(MKB1,3)+P\_CEL+IDCASE$ , должен содержать при  $P\_CEL\#3.0'$  хотя бы одну запись с услугой, соответствующей условию  $MDUMMY.ED\_IZM\#05'$ . При  $P\_CEL=3.0'$  (записи относятся к поликлиническому обращению) совокупность должна содержать не менее 2 записей с услугами, соответствующими условию:  $MDUMMY.ED\_IZM\#05'$ . Не допускается использование при  $P\_CEL=3.0'$  более одной услуги с признаком  $MDUMMY.DOP\_M='1'$  (первичных приемов). Данное правило не распространяется на услуги телемедицины, оказанные в рамках стоматологической помощи:  $LEFT(MDUMMY.GR\_PLAN,2)='TM'$  и  $PROFIL=\{63, 85, 86, 87, 89, 90, 171, 140\}$ .
- 34) Не должно быть более одной услуги на пациента (определяемого как уникальное сочетание  $OT\_PER+OT\_PER\_U+CODE\_LPU+MSK\_OT+PERSCODE+PROFIL$ ) за отчетный период по каждому коду медицинской услуги из перечня первичных приемов  $LEFT(CODE\_USL,11)='B01.064.003', 'B01.065.007', 'B01.065.001', 'B01.065.003', 'B01.065.005', 'B01.067.001', 'B01.063.001', 'B01.003.001'$ .
- 35) Для каждой записи реестра медицинских услуг  $USSMMYY.DBF$ , соответствующей условию  $MDUMMY.GR\_PLAN='UE'$  и  $MDUMMY.OZ='1'$ , в объекте информационного обмена «Формула зуба»  $ZSSMMYY.DBF$  по ключу  $OT\_PER+CODE\_LPU+MSK\_OT+PERSCODE+NHISTORY+CODE\_USL+DATE\_OUT$  должна находиться хотя бы одна запись с заполненными значениями  $ZSSMMYY.TEETH\_CODE$  и  $ZSSMMYY.OCCLUSION$ .
- 36) Для каждой записи реестра медицинских услуг  $USSMMYY.DBF$ , соответствующей условию  $MDUMMY.DOP\_M='R'$  (кроме записей с  $USSMMYY.MSK\_OT='50'$ ), должна находиться запись в справочнике медицинских организаций, для которой  $LPUMMY.DOP\_M='R'$ , и код ЛПУ соответствует коду ЛПУ, указанному записи реестра медицинских услуг, т.е.:  $USSMMYY.CODE\_LPU+MDUMMY.DOP\_M=LPUMMY.CODE\_LPU+LPUMMY.DOP\_M$ .
- 37) Для каждой записи реестра медицинских услуг  $USSMMYY.DBF$  с  $CODE\_USL$ , не относящемуся к  $MDUMMY.ED\_IZM=\{12, 19\}$ , соответствующей условию  $USSMMYY.VID\_MP=32$ , должны быть заполнены  $TAL\_HMP$ ,  $DATE\_HMP$ , и  $TAL\_P$ .
1.  $TAL\_HMP$  должен заполняться в соответствии с шаблоном: 99.9999.99999.999, где 9 – любая десятичная цифра (обязательная), символ «точка» обязателен.  
Начиная с  $OT\_PER\_U\geq'0420'$ :
  2.  $TAL\_P\geq P.BIRTHDAY$
  3.  $TAL\_P\geq DATE\_HMP$
  4.  $DATE\_HMP\geq P.BIRTHDAY$
  5.  $DATE\_HMP\leq DATE\_IN$

- 38) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0221' для каждой записи реестра медицинских услуг УССММYY.DBF, содержащей CODE\_USL, для которой MDU.GR\_PLAN={'RPM', 'LDI'} поля MСOD\_OUT, NOM\_NPR и DATE\_NPR должны быть обязательно заполнены и должны соблюдаться условия:
- Для записей с MDU.GR\_PLAN = 'RPM' и MDU.LEVEL1 = .Т. и MSK\_OT#'50' хотя бы в одном из справочников QPFММYY [\*] должна присутствовать запись, соответствующая УССММYY.MСOD\_OUT (QPFММYY.CODE\_UR=LPUMMYY.CODE\_LPU при LPUMMYY.IDMO=УССММYY.MСOD\_OUT), и должно быть:
    - VID\_SF='14' при УССММYY.CODE\_LPU=QPFММYY.CODE\_UR
    - VID\_SF='09' при УССММYY.CODE\_LPU#QPFММYY.CODE\_UR
  - Для записей с ((MDU.GR\_PLAN = 'RPM' (за исключением CODE\_USL={'A13.29.009.3.1', 'A13.29.009.4.1'}) и MDU.LEVEL1 = .F.) и MSK\_OT#'50' должно быть VID\_SF='09' и в справочнике LPUMMYY должна присутствовать запись, у которой LPUMMYY.IDMO=УССММYY.MСOD\_OUT, но при этом LPUMMYY.CODE\_LPU#УССММYY.CODE\_LPU.
- [\*] **Примечание:** Значение ММYY принадлежит множеству {U.OT\_PER\_U, '01' + RIGHT(U.OT\_PER\_U, 2)}. То есть, если код МО не найден в текущем справочнике QPFММYY, где ММYY=U.OT\_PER\_U, то поиск производится в справочнике QPF актуальном на январь текущего года.
- 39) Для каждой записи реестра медицинских услуг УССММYY.DBF DBF с CODE\_USL, не относящемуся к пустым MDUMMYY.GR\_PLAN, поле DATE\_NPR должно быть обязательно заполнено при заполненном поле MСOD\_OUT.
- 40) P\_CEL должно быть обязательно заполнено для всех записей УССММYY.DBF с USL\_OK=3, заполняется в соответствии со справочником V025ММYY.XML.
- 41) Для каждой записи реестра медицинских услуг УССММYY.DBF при условии, что USL\_OK=3 и P\_CEL='1.3', должно выполняться условие DN={1, 2, 4, 6}.
- 42) Для каждой записи реестра медицинских услуг УССММYY.DBF с CODE\_USL, не относящемуся к пустым MDUMMYY.GR\_PLAN, заполнение ISH\_MOV и RES\_GOSP обязательно.
- 43) • При MSK\_OT='50' и при УССММYY.MСOD\_OUT=**F003**ММYY.MСOD и U.DATE\_NPR<01.01.2024, значение DATE\_NPR должно находиться внутри диапазона дат включения в федеральный реестр медицинских организаций соответствующей записи в справочнике «Медицинские организации РФ» (**F003**ММYY.XML) и исключения из него. Т.е. **F003**ММYY.D\_BEGIN<=DATE\_NPR<=**F003**ММYY.D\_END при заполненных значениях **F003**ММYY.D\_BEGIN или **F003**ММYY.D\_END, **F003**ММYY.D\_BEGIN<= DATE\_NPR при заполненном значении **F003**ММYY.D\_BEGIN и незаполненном **F003**ММYY.D\_END.
- При MSK\_OT='50' и при УССММYY.MСOD\_OUT=**F032**ММYY.MСOD и U.DATE\_NPR>=01.01.2024, значение DATE\_NPR должно находиться внутри диапазона дат включения в федеральный реестр медицинских организаций соответствующей записи в справочнике «Медицинские организации РФ» (**F032**ММYY.XML) и исключения из него. Т.е. **F032**ММYY.D\_BEGIN<=DATE\_NPR<=**F032**ММYY.D\_END при заполненных значениях **F032**ММYY.D\_BEGIN и **F032**ММYY.D\_END, **F032**ММYY.D\_BEGIN<= DATE\_NPR при заполненном значении **F032**ММYY.D\_BEGIN и незаполненном **F032**ММYY.D\_END.



- 44) Правила заполнения и контроля IDCASE:
1. Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0720' для USL\_OK={1, 2, 4} IDCASE должен принимать одинаковое значение для следующей совокупности полей: OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ VID\_MP+ NHISTORY+MDU.SP\_OPL.
  2. Записи со значением USL\_OK=3 и одинаковым значением IDCASE должны содержать одинаковую по значению (совпадающую) совокупность полей: OT\_PER+ OT\_PER\_U+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ PROFIL+ left(MKB1,3)+P\_CEL. При этом данная совокупность (в сочетании с IDCASE) может содержать единственную услугу с MDUMMY.DOP\_M='1', и эта услуга должна иметь самую раннюю дату начала оказания услуги (DATE\_IN).
  3. IDCASE начиная с OT\_PER\_U='0719' должен заполняться ТОЛЬКО цифровыми символами, начальный символ не должен быть '0' (без ведущих '0').
  4. Поле IDCASE обязательно должно быть заполнено при OT\_PER\_U>='0419'.
  5. Записи со значением USL\_OK={1, 2, 4} и одинаковым значением IDCASE должны содержать одинаковую по значению (совпадающую) совокупность полей: OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ VID\_MP+ USL\_OK+ NHISTORY
  6. Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='1023' для USL\_OK={1, 2, 4} IDCASE должен принимать одинаковое значение для следующей совокупности полей: OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+VID\_MP+USL\_OK+NHISTORY+ +MDU.SP\_OPL.
- 45) DATE\_NPR должна быть больше или равна даты рождения пациента и меньше или равна даты начала оказания медицинской помощи. P.BIRTHDAY<=DATE\_NPR<= MIN(DATE\_IN) по всем записям CODE\_LPU+IDCASE
- 46) MKB2 не должен быть равен MKB1, MKB3 не должен быть равен MKB1, MKB3 не должен быть равен MKB2 для непустых значений MKB2 и MKB3.
- 47) Для каждой записи реестра медицинских услуг UCCMMYY.DBF, соответствующей условию MDUMMY.GR\_PLAN='0A', значение P\_CEL должно быть равно '3.0'.
- 48) Правило исключено
- 49) Правило исключено
- 50) Для записей реестра со значением поля PROFIL, относящимся к категории «детский» (PMP.DET=1) возраст пациента не должен превышать 18 лет (PCCMMYY.BIRTHDAY>AddYear(DATE\_IN, -18))
- 51) Значение VID\_MP должно входить в множества:
1. {2, 21, 22, 23} при USL\_OK=4
  2. {1, 2, 11, 12, 13, 4, 14} при USL\_OK=3
  3. {12, 13, 14, 31, 32, 33} при USL\_OK=2
  4. {3, 31, 32, 33} при USL\_OK=1
- 52) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0720' для услуги U.CODE\_USL='A13.29.009.1' поле MCODE\_OUT заполняется кодом MO, которая оказывает консультацию, при этом U.MCODE\_OUT # U.CODE\_LPU->LPU.IDMO

- 53) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0720' для услуги U.CODE\_USL='A13.29.009.2' поле MСOD\_OUT заполняется кодом МО, которая запросила консультацию, при этом U.MСOD\_OUT#U.CODE\_LPU->LPU.IDМО
- 54) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0920' осуществляется проверка сочетания значений полей Uссmmyy.VID\_MP и Dссmmyy.PRVS. Недопустимо наличие сочетаний Uссmmyy.VID\_MP+Dссmmyy.PRVS в справочнике VSP VSPmmyy.VID\_MP+VSPmmyy.IDСПЕС.
- 55) Диагноз и пол пациента должны соответствовать справочнику МКВММYY:  
 UCCMMYY.MKB1+PCCMMYY.SEX=МКВММYY.MKB+МКВММYY.SEX  
 UCCMMYY.MKB2+PCCMMYY.SEX=МКВММYY.MKB+МКВММYY.SEX  
 UCCMMYY.MKB3+PCCMMYY.SEX=МКВММYY.MKB+МКВММYY.SEX  
**Примечание:**  
 МКВММYY.SEX:  
 '01' - диагноз применим для лиц мужского пола;  
 '02' - диагноз применим для лиц женского пола;  
 '03' - диагноз применим для лиц любого пола.
- 56) UCCMMYY.PROFIL+PCCMMYY.SEX=PMPMMYY.PROFIL+PMPMMYY.SEX  
**И**  
 PMPMMYY.VOZR\_IN<=VZR<=PMPMMYY.VOZR\_OUT, где VZR - возраст пациента на дату начала оказания услуги (UCCMMYY.DATE\_IN)  
**Примечание:**  
 PMPMMYY.SEX:  
 '01' - профиль применим для лиц мужского пола;  
 '02' - профиль применим для лиц женского пола;  
 '03' - профиль применим для лиц любого пола.
- 57) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0121' недопустимо наличие записей с VID\_MP=32 и LPUmmyy.VMP=0 при U.CODE\_LPU=LPUmmyy.CODE\_LPU.
- 58) Недопустимо наличие записей с USL\_OK=1 и LPUmmyy.SUBLEVEL\_S='99' при U.CODE\_LPU=LPUmmyy.CODE\_LPU.
- 59) Недопустимо наличие записей с USL\_OK=2 и LPUmmyy.SUBLEVEL\_D='99' при U.CODE\_LPU=LPUmmyy.CODE\_LPU.
- 60) Недопустимо наличие записей с USL\_OK=1, MSK\_OT='50' и LPUmmyy.SUBLEVEL\_S='50' при U.CODE\_LPU=LPUmmyy.CODE\_LPU.
- 61) Недопустимо наличие записей с USL\_OK=2, MSK\_OT='50' и LPUmmyy.SUBLEVEL\_D='50' при U.CODE\_LPU=LPUmmyy.CODE\_LPU.
- 62) Если в справочнике FLK2mmyy.DBF найдена запись, у которой UCCMMYY.CODE\_USL=FLK2mmyy.CODE\_USL и значение FLK2mmyy.P\_CEL непустое, то UCCMMYY.P\_CEL=FLK2mmyy.P\_CEL.
- 63) Начиная с отчетного периода '0721', если в реестре присутствует запись с U.USL\_OK=1 и с услугой, найденной в справочнике FLK6mmyy по ключу FLK6.KOD=U.CODE\_USL (случай С1), то в том же своде обязательно должна

присутствовать запись (случай C2), для которого одновременно выполняются следующие условия:

1. в справочнике FLK6 присутствует строка с C1.CODE\_USL=FLK6.KOD и C2.CODE\_USL=FLK6.CODE\_USL и C2.MKB1= FLK6.MKB;
  2. C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER и C1.DATE\_OUT>=C2.DATE\_IN и C1.DATE\_OUT<=C2.DATE\_OUT.
- 64) Для медицинских услуг «случай оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп (КСГ)» (MDUMMYY.ED\_IZM='16') должны выполняться следующие условия: KOL\_USL=1.
- 65) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0821' недопустимо наличие записей с MSK\_OT = '99' и LPUmmyu.NEIDENT=0 при U.CODE\_LPU=LPUmmyu.CODE\_LPU.
- 66) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U >= '1021' поле KOL\_USL не должно превышать значение MDUmmyu.MAX\_KOL при U.CODE\_USL = MDUmmyu.CODE\_USL и MDUmmyu.MAX\_KOL > 0.
- 67) В случае, если заполнено хотя бы одно из полей {MCOД\_OUT, NOM\_NPR, DATE\_NPR} остальные поля из этого набора также не должны быть пустыми.
- 68) Для записей с OT\_PER\_U >='0222, непустыми MCOД\_OUT и услугами с MDUmmyu.GR\_PLAN = {'RPM' ,LDI'} должны одновременно выполняться условия:
1. В справочнике LPUmmyu присутствует запись с MCOД\_OUT = LPUmmyu.IDMO;
  2. в справочнике QMVmmyu должна присутствовать хотя бы одна запись с VALUE\_V>0 при LPUmmyu.CODE\_LPU=QMVmmyu.CODE\_UR.
- 69) Для услуг со значением MDUmmyu.LEVEL2=. Т. значение P\_CEL='1.3'
- 70) Если услуга (Y1) найдена в справочнике ODGmmyu по ключу U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1 и left(ODG.TYPE\_EXC,1)='U', то недопустимо наличие в реестре второй услуги (Y2) найденной в ODGmmyu по ключу U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL2 и left(ODG.TYPE\_EXC,1)='U', для которых одновременно выполняются условия:
1. Y1.U.PERSCODE=Y2.U.PERSCODE
  2. Y1.U.DATE\_IN=Y2.U.DATE\_IN
  3. Y1.ODG.TYPE\_EXC=Y2.ODG.TYPE\_EXC
- 71) Недопустимо наличие услуг с U.MKB1=MKBmmyu.MKBmmyu для которых не выполняется условие MKBmmyu.VOZR\_IN<=VZR<=MKBmmyu.VOZR\_OUT, где VZR – возраст пациента на дату начала оказания услуги (UCCMMYY.DATE\_IN).
- 72) Недопустимо наличие записей с пустыми полями ФИО (EMPTY(P.FAM+P.IM+P.OT)) если разность даты начала лечения и даты рождения (U.DATE\_IN - P.BIRTHDAY) более 90 дней.
- 73) Порядок контроля одинаковых услуг в один день:
1. Начиная с отчетного периода '0324' недопустимо наличие записей с одинаковыми значениями полей PERSCODE, CODE\_LPU, MSK\_OT, CODE\_USL, DATE\_IN, для

- которых  $SUM(KOL\_USL) > MDU.MAX\_KOL$  при  $U.CODE\_USL = MDU.CODE\_USL$  и  $MDU.MAX\_KOL > 0$  и  $PROFIL \neq 60$  и  $LEFT(MDU.GR\_PLAN, 2) \neq 'DN'$  и  $GR\_PLAN \neq 'NP'$  (за исключением  $U.CODE\_USL = \{ 'B01.047.A09', 'B01.047.A09.1' \}$ )
2. Начиная с отчетного периода '0522' недопустимо наличие записей с одинаковыми значениями полей PERSCODE, CODE\_LPU, MSK\_OT, CODE\_USL, DATE\_IN, PRVS, CODE\_MD для которых  $SUM(KOL\_USL) > MDU.MAX\_KOL$  при  $U.CODE\_USL = MDU.CODE\_USL$  и  $MDU.MAX\_KOL > 0$  и  $PROFIL = 60$ .
  3. Начиная с отчетного периода '0324' недопустимо наличие записей с одинаковыми значениями полей PERSCODE, CODE\_LPU, MSK\_OT, CODE\_USL, DATE\_IN, MKB.KLASS для которых  $SUM(KOL\_USL) > MDU.MAX\_KOL$  при  $U.CODE\_USL = MDU.CODE\_USL$  и  $MDU.MAX\_KOL > 0$  и  $(LEFT(MDU.GR\_PLAN, 2) = 'DN')$ .
  4. Начиная с отчетного периода '0323' недопустимо наличие записей с одинаковыми значениями полей PERSCODE, CODE\_LPU, MSK\_OT, CODE\_USL, DATE\_IN, LEFT(MKB1,3) для которых  $SUM(KOL\_USL) > MDU.MAX\_KOL$  при  $U.CODE\_USL = MDU.CODE\_USL$  и  $MDU.MAX\_KOL > 0$  и  $GR\_PLAN = 'NP'$  (за исключением  $U.CODE\_USL = \{ 'B01.047.A09', 'B01.047.A09.1' \}$ )
- 74) Правило исключено
- 75) Начиная с отчетного периода '1222' недопустимо наличие записей, для которых выполняется хотя бы одно из условий:
- $LEFT(U.MKB1, 3) = 'Z38'$  и  $U.USL\_OK = 1$  и  $U.PROFIL < 55$  и  $D.PRVS < 15$ ;
  - $LEFT(U.MKB1, 3) = 'Z38'$  и  $U.USL\_OK = 3$  и  $U.PROFIL < 68$  и  $D.PRVS < 22$
  - $LEFT(U.MKB1, 3) = 'Z38'$  и  $U.DATE\_IN - P.BIRHTDAY > 28$ .
- 76) Начиная с отчетного периода '0123' недопустимо наличие услуг  $MDU.GR\_PLAN = 'ANE'$  (за исключением услуги  $CODE\_USL = \{ 'B01.003.004', 'B01.003.004C' \}$ ) без услуги  $MDU.GR\_PLAN = 'END'$  или  $MDU.GR\_PLAN = 'BIO'$  (за исключением  $CODE\_USL = \{ 'A08.30.006.001', 'A08.30.006.001C' \}$ ). оказанных пациенту в один день
- 77) Начиная с отчетного периода '0123' недопустимо наличие услуг  $CODE\_USL = \{ 'B01.003.004', 'B01.003.004C' \}$  без услуги  $MDU.GR\_PLAN = 'END'$ , оказанных пациенту в один день
- 78) Начиная с отчетного периода '0123' недопустимо наличие услуг  $MDU.GR\_PLAN = 'GIS'$  (за исключением  $CODE\_USL = 'A08.20.017.002'$ ) и  $(U.MKB1, 1) = 'Z'$
- 79) Начиная с отчетного периода '0223' недопустимо  $MSK\_OT = '99'$  и  $MDU.GR\_PLAN = \{ 'DP', 'DPU' \}$
- 80) Если услуга (Y1) найдена в справочнике ODGmмуу по ключу  $U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1$  и  $left(ODG.TYPE\_EXC, 1) = 'X'$ , то обязательно наличие в реестре второй услуги (Y2) найденной в ODGmмуу по ключу  $U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL2$  и  $left(ODG.TYPE\_EXC, 1) = 'X'$ , для которых одновременно выполняются условия:
1.  $Y1.U.PERSCODE = Y2.U.PERSCODE$
  2.  $Y1.U.DATE\_IN = Y2.U.DATE\_IN$
  3.  $Y1.ODG.TYPE\_EXC = Y2.ODG.TYPE\_EXC$
  4.  $Y1 = ODG.CODE\_USL1$  и  $Y2 = ODG.CODE\_USL2$

- 81) Если услуга найдена в справочнике ODGmмуу по ключу U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC='SP', то в ODGmмуу должна присутствовать запись найденная по ключу U.CODE\_USL= ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC='SP' и ODG.PRVS=D.PRVS.
- 82) Если услуга найдена в справочнике ODGmмуу по ключу U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC='DS', то в ODGmмуу должна присутствовать запись найденная по ключу U.CODE\_USL=ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC='DS' и ODG.MKB=U.MKB1.
- 83) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U = '0323' недопустимо наличие записей, для которых одновременно выполняются условия:
- U.CODE\_USL={st19.001-st19.026, st19.123-st19.124}
  - U.MKB0 не заполнено
- 84) Значение KOL\_FACT > 0 для услуг с MDUmмуу.GR\_PLAN = {'CD2', 'CHT', 'CK1', 'D2', 'EC', 'HT', 'K1', 'OA' }
- 85) Контроль VID\_SF осуществляется по следующим правилам
- Для записей с VID\_SF = 14 и USL\_OK = 3 обязательно наличие записи в файле QPFmмуу (mмуу = OT\_PER) у которой U.CODE\_LPU = QPF.CODE\_UR и QPF.USL\_OK = {0,3}
  - Для записей с VID\_SF = 14 и USL\_OK = {1,2} обязательно наличие записи в файле QPFmмуу (mмуу = OT\_PER) у которой U.CODE\_LPU = QPF.CODE\_UR и QPF.USL\_OK = 0
  - Для записей с VID\_SF = 14 и USL\_OK = {4} обязательно наличие записи в файле QPFmмуу (mмуу = OT\_PER) у которой U.CODE\_LPU = QPF.CODE\_UR и QPF.USL\_OK = 4
  - Для записей с VID\_SF = 18 обязательно наличие записи в файле QVAmмуу (mмуу = OT\_PER) у которой U.CODE\_LPU = QVA.CODE\_UR
- 86) Для записей с OT\_PER\_U>='0923' значение LPUmмуу.OGRN = ERMmмуу.OGRN при LPUmмуу.CODE\_LPU = U.CODE\_LPU и ERMmмуу.PODR = U.PODR.
- 87) Недопустимо наличие записи
- U.CODE\_USL={st36.004.4-st36.004.6} или MDU.ED\_IЗM='23' (случай C1) при условии существования в том же своде УССММУУ другой записи с LEFT(U.CODE\_USL,2)='st' (случай C2), у которых C2.DATE\_IN=C1.DATE\_IN, C1.P.ENP=C2.P.ENP и MSK\_OT#='99'.
  - U.CODE\_USL={st36.004.4-st36.004.6} или MDU.ED\_IЗM='23' (случай C1) при условии существования в том же своде УССММУУ другой записи с LEFT(U.CODE\_USL,2)='st' (случай C2), у которых C2.DATE\_IN=C1.DATE\_IN, C1.P.PERSCODE=C2.P.PERSCODE и MSK\_OT='99'.
- 88) Если услуга найдена в справочнике ODGmмуу по ключу U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1, ODG.MKB=U.MKB1 и ODG.TYPE\_EXC='DU'(случай C1), то в том же своде должна присутствовать запись, найденная по ключу U.CODE\_USL=ODG.CODE\_USL2 и ODG.TYPE\_EXC='DU' и ODG.MKB=U.MKB1 (случай C2), у которых (C1.P.ENP=C2.P.ENP (при MSK\_OT#99) или C1.PERSCODE=C2.PERSCODE (при MSK\_OT=99))

89) Если U.PROFIL='60' и D.PRVS='19', то в справочнике GDG должна быть найдена запись GDG.CODE\_USL+GDG.MKB=U.CODE\_USL+U.MKB1 и GDG.VOZG='7' и возраст пациента на дату начала лечения (U.DATE\_IN) больше или равно 18 полных лет и меньше 22 лет.

90) Если услуга найдена в справочнике ODGmмуу по ключу U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC='BP', то в ODGmмуу должна присутствовать запись, найденная по ключу U.CODE\_USL= ODG.CODE\_USL1, U.MKB0=ODG.MKB и ODG.TYPE\_EXC='BP'.

91) Начиная с отчетного периода '0324' поле VID\_TR обязательно к заполнению при RES\_GOSP = 105 и MKB1 = {'S00'-'T98'}

92) Значение OT\_PER\_U не должно превышать значение текущего отчетного периода (OT\_PER\_U<=OT\_PER) и не должно быть меньше текущего года.

Исключения составляют:

- Записи с MSK\_OT='50' и SUBSTR(OT\_PER\_U,3,2)={'22', '23'}
- Записи для которых в справочнике FLK7MMYY существует запись с U.CODE\_LPU = FLK7.CODE\_LPU и U.OT\_PER\_U = FLK7.OT\_PER\_U.

93) FOR\_POM может принимать значения:

- Для USL\_OK=1 допустимы значения FOR\_POM={1,2,3};
- Для USL\_OK=2 допустимы значения FOR\_POM={2,3};
- Для USL\_OK=3 допустимы значения FOR\_POM={2,3};
- Для USL\_OK=4 допустимы значения FOR\_POM={1,2}.

94) MCODE\_OUT (медицинская организация, направившая на обследование или госпитализацию) – обязательно заполняется значением F003MMYY.MCOD при U.DATE\_NPR<01.01.2024, значением F032MMYY.MCOD при U.DATE\_NPR>=01.01.2024 для:

1) FOR\_POM=3 и USL\_OK=1;

2) USL\_OK=2;

3) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0422' MDUMMY.GR\_PLAN={'RPM', 'TS', 'LDI'};

4) услуг с MDUMMY.GR\_PLAN={'KT', 'MT'};

5) начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0123' MDUMMY.GR\_PLAN={'UZI', 'END', 'MG', 'GIS', 'ST', 'BIO'}, за исключением услуг A08.05.001, A08.20.017.002, A08.30.016.001, A08.30.018.000;

95) TAL\_HMP, DATE\_HMP, TAL\_P: обязательно к заполнению при VID\_MP=32.

96) При USL\_OK=3 и P\_CEL='1.3' значение DN = {1, 2, 4, 6}.

97) DS\_ONK принимает значение:

- 0 или 1 (при подозрении на злокачественное образование) при USL\_OK#4 и условии ОНКО\_ДИАГ\*='.F. ('false', "ложь");
- 2 – при USL\_OK#4, ОНКО\_ДИАГ\*='.T. и MDUMMY.GR\_PLAN # {'DP', 'DPU'}. и непустых MDUMMY.GR\_PLAN и DRGMMYY.KPG#{'st37', 'ds37'}
- 0 – при одном из условий:

- 1) при USL\_OK=4;
  - 2) пустых MDUMMY.GR\_PLAN;
  - 3) при ОНКО\_ДИАГ\*='.Т. и GR\_PLAN = {'DP', 'DPU'}
  - 4) при ОНКО\_ДИАГ\*='.Т. и DRGMMYY.KPG={'st37', 'ds37'}
- Для записей с OT\_PER\_U<'0620' допустимо DS\_ONK=2 и DRGMMYY.KPG={'st37', 'ds37'}

Примечание:

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

- LEFT(MKB1, 1)='С' или
- BETWEEN(LEFT(MKB1, 3), 'D00', 'D09') или
- BETWEEN(LEFT(MKB1, 3), 'D45', 'D47')

#### 98) C\_ZAB

- обязательно к заполнению и может принимать значения {2, 3} при USL\_OK={1, 2, 3} и DS\_ONK=2 и не пустых значениях MDUMMY.GR\_PLAN;
- обязательно к заполнению и может принимать значения {1, 2, 3} при USL\_OK=3 и одновременно выполняются следующие условия:

- a. основной диагноз (MKB1) не входит в рубрику 'Z'  
(LEFT(MKB1,1)!='Z')
- b. MKB1 # 'U11.9';
- c. GR\_PLAN # {'DP', 'DPU'}

- обязательно к заполнению и должен принимать значение 0 при пустых MDUMMY.GR\_PLAN;
- Может принимать значения {0, 1, 2, 3} во всех остальных случаях.

99) NAPR\_MO, медицинская организация, куда оформлено направление или назначение, обязательно к заполнению значением F032MMYY.MCOD при направлении в другую МО для случаев:

- если UCCMMYY.DS\_ONK=1 и NCCMMYY.NAZ\_R={2, 3};
- если UCCMMYY.DS\_ONK#0 и CCCMMYY.NAPR\_V#0.

100) UCCMMYY.P\_CEL должно входить в набор MDUMMY.P\_CEL для UCCMMYY.CODE\_USL=MDUMMY.CODE\_USL при непустом MDUMMY.P\_CEL.

101) Начиная с UCCMMYY.OT\_PER\_U='0424' недопустимо наличие записей с UCCMMYY.CODE\_USL=ODGMMYY.CODE\_USL при ODGMMYY.TYPE\_EXC='LG' и RIGHT(UCCMMYY.PR\_LG,1)<>ODGMMYY.DOP\_M.

## 7.4 Объект «Медицинский работник».

### 7.4.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «Медицинский работник» предназначен для предоставления сведений об исполнителях медицинских услуг. Предоставляются сведения о медицинских работниках, оказавших хотя бы одну медицинскую услугу в

амбулаторно-поликлинических условиях, представленную в составе файла «Реестр медицинских услуг».

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

#### 7.4.2 Структура объекта

Таблица 16

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля	Тип	Размер
1.	Отчетный период	О	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация	О	CODE_LPU	CHR	6
3.	Код подразделения	У	MPCOD	CHR	8
4.	Код подразделения в ЕРМО	У	PODR	CHR	17
5.	Уникальный идентификатор	О	CODE_MD	CHR	6
6.	ФИО	О	FIO_MD	CHR	50
7.	Категория медицинского персонала	О	KATEG_MD	CHR	2
8.	Медицинская специальность	Н	SPEC_MD	CHR	10
9.	Медицинская должность	НЗ	POST_MD	CHR	10
10.	СНИЛС медицинского работника	У	MD_SS	CHR	14
11.	Специальность лечащего врача (или врача, закрывшего талон либо историю болезни) по справочнику V021MMYY	О	PRVS	NUM	4

#### Примечание

1. НЗ – поле не заполняется, Н - не обязательно.
2. MPCOD, PODR могут быть пустыми.

#### 7.4.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER + CODE\_LPU + PODR+CODE\_MD

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

OT\_PER – значение должно соответствовать коду текущего отчетного периода

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

Таблица 17

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	CODE_LPU	LPUММYY.DBF	CODE_LPU	
2.	'KATEG_M'+ KATEG_MD	SBRММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + CODE_OBJ	'KATEG_MD' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
3.	OT_PER+ CODE_LPU+	UCCММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+	Не должно быть «медицинских



	CODE_MD+ MPCOD		CODE_MD+ MPCOD	работников» без «услуг» для U.OT_PER_U< '0122'
4.	OT_PER+ CODE_LPU+ CODE_MD+ PODR	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ CODE_MD+ PODR	Не должно быть «медицинских работников» без «услуг» для U.OT_PER_U >= '0122'
5.	PRVS	V021MMYY.XML	IDSPEC	Справочник медицинских специальностей ФОМС

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

1. Поле «СНИЛС медицинского работника» (MD\_SS) должно быть заполнено, в случае если выполняется хотя бы одно из следующих условий:
  - U.DS\_ONK='2'
  - MDUmmyy.GR\_PLAN=' DP'
  - PRVS={ 39,49,76,95,206,224 }
2. Для непустых значений поля MD\_SS должны соблюдаться следующие требования к формированию номера СНИЛС лица, застрахованного в системе обязательного пенсионного страхования РФ:
  - значение поля MD\_SS не может начинаться с «000»;
  - значение должно соответствовать правилам расчета контрольной суммы СНИЛС.
3. Для поля CODE\_MD допустимы цифры, строчные и прописные буквы латинского алфавита
4. При непустом значении поля MD\_SS недопустимо наличие двух или более записей с одинаковыми значениями MD\_SS+MPCOD+PODR+PRVS

## 7.5 Объект «Коэффициент изменения тарифа».

### 7.5.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена **«Коэффициент изменения тарифа»** предназначен для предоставления сведений о коэффициентах, предусмотренных «Положением о порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по Московской областной программе ОМС», предназначенных для изменения в порядке согласования или индексации базового или дополнительного тарифа на медицинские услуги в зависимости от вида медицинской помощи и условий ее оказания, а именно:

**Кс** – коэффициент соответствия плановым объемам.

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

## 7.5.2 Структура объекта

Таблица 18

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

## 7.5.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ USL\_OK+ VID\_MP+VID\_SF+ VID\_KOEFF

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

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

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

.....

12 – декабрь

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

VID\_KOEFF = {'01', '06', '08'}

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

Таблица 19

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	CODE_LPU	LPUMMY.DBF	CODE_LPU	
2.	'46000000'+ MSK_OT	SMOMMY.DBF	REGION+ CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код МО
3.	USL_OK	V006MYY.XML	IDUMP	
4.	'VID_SF'+ VID_SF	SBRMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ)+ ALLTRIM(CODE_OBJ)	'VID_SF' – регулярное выражение – тип кодированного объекта

5.	'VID_KOEFF'+ VID_KOEFF	SBRММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ)+ ALLTRIM(CODE_OBJ)	'VID_KOEFF' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
----	---------------------------	-------------	---	---

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

1) При VID\_SF='09' значение коэффициента соответствия (VID\_KOEFF='01') для каждого месяца квартала принимает следующие значения:

**VAL\_KOEFF=1** для USL\_OK={1, 2, 3, 4}.

2) Если значение поля VID\_SF={'12', '15'} то должно быть VID\_KOEFF='01', а значение поля **VAL\_KOEFF=1**.

3) Если значение поля VID\_SF='14', то должно быть VID\_KOEFF='06', а значение поля USL\_OK принимает значение согласно условий оказания, указанных для медицинской организации (юрид. лица) в справочнике «Плановая стоимость медицинской помощи при подушевом финансировании» QPFММYY.DBF (CODE\_LPU=QPFММYY.CODE\_UR):

a. USL\_OK=QPFММYY.USL\_OK для QPFММYY.USL\_OK={3, 4}.

b. USL\_OK={1, 2, 3} для QPFММYY.USL\_OK=0;

4) Если значение поля VID\_SF='18', то должно быть VID\_KOEFF='08'. Если значение поля VID\_KOEFF='08', то должно быть VID\_SF='18'.

5) Значение VAL\_KOEFF при VID\_KOEFF='06' (подушевое финансирование по QPFММYY.USL\_OK=3 или QPFММYY.USL\_OK=4) должно быть одинаковым при всех видах медицинской помощи (VID\_MP) для одинаковых значений полей CODE\_LPU+MSK\_OT+USL\_OK+VID\_SF, и рассчитывается медицинской организацией по каждой СМО-плательщику (MSK\_OT) при наличии медицинских услуг лицам, застрахованным данной СМО (подлежащих оплате подушевым способом), как соотношение плановой суммы подушевого финансирования медицинской организации QPFММYY.VAL\_PDF по этой СМО и условию оказания, к суммарной стоимости по базовому тарифу оказанных медицинских услуг по данной СМО и условию оказания, с округлением результата до 8 знаков после запятой, для каждого месяца (отчетного периода).

**VAL\_KOEFF=ROUND(QPF.VAL\_PDF / SUM(U.SUM\_RUB)СМО, 8)**

QPF.VAL\_PDF – значение плановой суммы месячного подушевого финансирования медицинской организации по условию оказания для СМО из справочника QPFММYY.DBF  
SUM(U.SUM\_RUB)СМО – суммарная стоимость по базовому тарифу оказанных медицинских услуг при VID\_SF='14' из реестра УССММYY.DBF по СМО и условию оказания.

6) Значение VAL\_KOEFF при VID\_KOEFF='08' (финансирование ФАП) должно быть одинаковым при всех видах медицинской помощи (VID\_MP) и условиях оказания (USL\_OK=3) для одинаковых значений полей CODE\_LPU+VID\_SF. VAL\_KOEFF рассчитывается медицинской организацией как соотношение плановой суммы месячного финансирования ФАП медицинской организации QVAMМYY.VAL\_FAP к суммарной стоимости по базовому тарифу оказанных медицинских услуг с VID\_SF='18' по всем СМО, с округлением результата до 8 знаков после запятой.

**VAL\_KOEFF=ROUND(QVA.VAL\_FAP / SUM(U.SUM\_RUB)<sub>фап</sub>, 8)**

QVA.VAL\_FAP – значение плановой суммы месячного финансирования ФАП медицинской организации из справочника QVAmму.DBF  
SUM(U.SUM\_RUB)<sub>фап</sub> - суммарная стоимость оказанных медицинских услуг с VID\_SF='18' по базовому тарифу по всем СМО.

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

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

9) Значение VAL\_KOEFF при VID\_KOEFF='06' и QPFмму.УСЛ ОК=0 (подушевое финансирование по всем видам и условиям медицинской помощи, кроме скорой) должно быть одинаковым при всех видах медицинской помощи (VID\_MP) и условиях оказания (УСЛ ОК={ 1, 2, 3}) для одинаковых сочетаний полей CODE\_LPU+MSK\_OT+VID\_SF, и рассчитывается медицинской организацией отдельно по каждой СМО-плательщику (MSK\_OT#'50') при наличии медицинских услуг лицам, застрахованным данной СМО, как соотношение плановой суммы финансирования медицинской организации по данной СМО QPFмму.VAL\_PDF, к суммарной фактической стоимости по базовому тарифу оказанных медицинских услуг по данной СМО, подлежащих оплате по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям медицинской помощи, с округлением результата до 8 знаков после запятой, для каждого месяца (отчетного периода).

**VAL\_KOEFF=ROUND(QPF.VAL\_PDF / SUM(U.SUM\_RUB)<sub>смо</sub>, 8)**

QPF.VAL\_PDF – значение плановой суммы месячного подушевого финансирования медицинской организации по СМО из справочника QPFмму.DBF для QPFмму.УСЛ ОК=0  
SUM(U.SUM\_RUB)<sub>смо</sub> – единая для УСЛ ОК={ 1, 2, 3} суммарная стоимость по базовому тарифу оказанных медицинских услуг при VID\_SF='14' из реестра УССмму.DBF по СМО.

Примечание: Для записей с ОТ\_PER\_U>='0123' при расчете значений VAL\_KOEFF по п.п.5,6,9 необходимо использовать справочники QPFмму или QVAmму текущего отчетного периода (мму = ОТ\_PER). В расчет SUM(U.SUM\_RUB) должны попадать записи с любым ОТ\_PER\_U>='0123' удовлетворяющие условию каждого из пунктов.

## **7.6 Объект «Показатель текущего месячного плана медицинской организации».**

### **7.6.1 Краткая характеристика объекта**

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

Начиная с отчетного периода «0120» объект может отсутствовать.

### **7.6.2 Структура объекта**

Таблица 20

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

### 7.6.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER + CODE\_UR + USL\_TMP

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

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

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

02 – февраль

.....

12 – декабрь

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

USL\_TMP={'01', '02', '03', '07'}.

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

Таблица 21

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

### Контроль семантической целостности объекта

Проверяется так же положительный остаток плановой стоимости (VAL\_TMP), рассчитанный отдельно по каждому условию предоставления USL\_TMP на основе планового квартального объема финансирования (QVFMYY.VAL\_QUART) по **сверхбазовой** программе ОМС (VID\_SF={'16', '17'}).

Должно быть VAL\_TMP >= 0, при том, что:

- 1) UCCMMYY.CODE\_LPU соответствуют LPUMMY.CODE\_UR для LPUMMY.CODE\_LPU;
- 2) Условия оказания медицинской помощи: USL\_TMP='01' для USL\_OK=1, USL\_TMP='02' для USL\_OK=2, USL\_TMP='03' для USL\_OK=3, USL\_TMP='07' для USL\_OK=4;
- 3) VAL\_TMP при USL\_TMP={'01', '02', '03', '07'} должны принимать следующие значения:  

$$VAL\_TMP = \text{round}(QVFMMYY.VAL\_QUART/3, 0) - SUM\_MTR,$$

где:

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

SUM\_MTR – сумма значений поля UCCMMYY.SUM\_RUB по записям, для которых VID\_SF='17' (реестр счетов по «иногородним»), для каждого условия предоставления медицинской помощи (USL\_TMP) текущего отчетного периода.

## 7.9 Объект «Время оказания скорой медицинской помощи».

### 7.9.1 Краткая характеристика объекта

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

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

### 7.9.2 Структура объекта

Таблица 22

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	О	OT_PER	CHARACTER	4
2.	Медицинская организация (МО)	О	CODE_LPU	CHARACTER	6
3.	Плательщик за медицинскую услугу	О	MSK_OT	CHARACTER	2
4.	Уникальный учетный код в МО	О	PERSCODE	CHARACTER	15
5.	Номер карты вызова СМП	О	NHISTORY	CHARACTER	20
6.	Медицинская услуга	О	CODE_USL	CHARACTER	15
7.	Дата начала вызова	О	DATE_IN	DATE	8
8.	Дата окончания вызова	О	DATE_OUT	DATE	8
9.	Время фиксации вызова	О	TIME_FIX	CHARACTER	4
10.	Время начала вызова	О	TIME_IN	CHARACTER	4
11.	Время окончания вызова	О	TIME_OUT	CHARACTER	4
12.	Дата фиксации вызова	О	DATE_FIX	DATE	8

### 7.9.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE\_USL+ DATE\_IN+ DATE\_OUT

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

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

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

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

Таблица 23

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

### 7.10 Объект «Медицинские мероприятия первого этапа диспансеризации взрослого населения и детальные услуги в составе комплексных услуг».

#### 7.10.1 Краткая характеристика объекта

Объект информационного обмена «Медицинские мероприятия первого этапа диспансеризации взрослого населения и детальные услуги в составе комплексных услуг» предназначен для предоставления сведений о мероприятиях, осуществленных в ходе первого этапа диспансеризации взрослого населения лицам, застрахованным по ОМС и

прикрепленным к данной медицинской организации, а также сведений о выполнении обязательных простых услуг из состава КПМУ.

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

### 7.10.2 Структура объекта

Таблица 24

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

### 7.10.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+CODE\_LPU+MSK\_OT+PERSCODE+NHISTORY+ **CODE\_KPMU** +CODE\_USL+DATE\_DVN

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

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

TYPE – может принимать значения:

- 'D' - услуга первого этапа диспансеризации взрослого населения;
- 'R' - услуга в составе комплексной услуги реабилитации;
- 'P' - услуга в составе комплексной услуги приемного отделения;
- 'F' - для подгрупп, выделенных в рамках КСГ st36.004 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения»;
- 'K' - услуга в составе комплексного приема врача рефлексотерапевта;
- 'A' - услуга в составе комплексного приема врача аллерголога-иммунолога;
- 'B' - услуга в составе диагностики болезней печени.



- 'Z' – услуга в составе диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста

NEW\_DVN – для TYPE = 'D' значение поля должно соответствовать:

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

Для TYPE#'D' значения NEW\_DVN и ISP\_DVN должны быть пустыми.

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

**Таблица 25**

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ <b>CODE_KPMU</b>	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ <b>CODE_USL</b>	
2.	CODE_USL+ '13'	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL+ ED_IZM	для TYPE='D'
3.	CODE_USL+ '21'	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL+ ED_IZM	для TYPE='R'
4.	'ISP_DVN'+ ISP_DVN	SBRMMYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	для TYPE='D', 'ISP_DVN' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
5.	CODE_USL	DVNMMYY.DBF	CODE_USL	для TYPE='D'
6.	CODE_USL+ '24'	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL+ ED_IZM	для TYPE='P'
7.	CODE_USL+ '25'	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL+ ED_IZM	для TYPE='F'
8.	CODE_USL+ '27'	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL+ ED_IZM	для TYPE='K'
9.	CODE_USL+ '29'	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL+ ED_IZM	для TYPE='A'
10.	CODE_USL+ '31'	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL+ ED_IZM	для TYPE='B'
11.	CODE_USL+ '33'	MDUMMY.Y.DBF	CODE_USL+ ED_IZM	для TYPE='Z'

**Контроль семантической целостности объекта** производится:

1) Для TYPE = {'D', 'R', 'P', 'F', 'K', 'A', 'B', 'Z'} DATE\_DVN – должна находиться внутри диапазона {UCCMMYY.DATE\_IN, UCCMMYY.DATE\_OUT} дат проведения законченного случая 1 этапа диспансеризации взрослого населения, выполнения КППМУ или комплексных услуг.

Примечание. Для услуг, выполненных ранее и учтенных в ходе выполнения 1 этапа диспансеризации или КППМУ, должна указываться дата приема результатов исследований к рассмотрению в ходе данного этапа, а не дата их фактического исполнения.

2) Для каждого случая 1 этапа диспансеризации взрослых, определенного набором атрибутов OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ NEW\_DVN (при NEW\_DVN#2 и TYPE='D'), сумма «весовых» коэффициентов  $K_{ДВН}$  услуг (мероприятий) должна быть равна 1,  $SUM(DVN_{ММYY}.DBF.KOEFF\_DVN)=1$ .

3) Для каждого случая 1 этапа диспансеризации взрослых (TYPE='D'), определенного набором атрибутов OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY, услуги (мероприятия) с кодами CODE\_USL={'210800001', '210800028'} должны иметь статус ISP\_DVN='01'.

4) Для TYPE='D' должно выполняться условие  $SUM(DVN_{ММYY}.DBF.KOEFF\_DVN) \geq 0.85$  для ISP\_DVN#'03', кроме услуг с NEW\_DVN=2.

5) Для PCCMMYY.PR\_LG#{'01', '02', '03'} при NEW\_DVN#2 и TYPE='D' должно выполняться условие:  $MCCMMYY.CODE\_USL + PCCMMYY.SEX + sVZR = DVN_{ММYY}.CODE\_USL + DVN_{ММYY}.SEX + DVN_{ММYY}.VOZR\_DISP$ , где значение параметра  $sVZR = STR((YEAR(UCCMMYY.DATE\_OUT) - YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY)))$

6) Для PCCMMYY.PR\_LG={'01', '02', '03'} при NEW\_DVN#2 и TYPE='D' должно выполняться одно из условий:

а)  $MCCMMYY.CODE\_USL + PCCMMYY.SEX + sVZR = DVN_{ММYY}.CODE\_USL + DVN_{ММYY}.SEX + DVN_{ММYY}.VOZR\_DISP$ ;

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

в)  $MCCMMYY.CODE\_USL + PCCMMYY.SEX + STR(VZR + 1) = DVN_{ММYY}.CODE\_USL + DVN_{ММYY}.SEX + DVN_{ММYY}.VOZR\_DISP$ .

7) Для каждого случая 1 этапа диспансеризации взрослых (TYPE='D'), определенного набором атрибутов OT\_PER+CODE\_LPU+MSK\_OT+PERSCODE+NHISTORY, в объекте MCCMMYY должно быть мероприятие (услуга) с кодом MCCMMYY.CODE\_USL='210800028'.

8) Для услуг с NEW\_DVN=2 и TYPE='D' поле ISP\_DVN заполнять значением '02'

9) Для услуг с TYPE='P' должны соблюдаться следующие условия:

- В файле ODGmmyu должна присутствовать запись, найденная по ключу  $U.CODE\_USL + M.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1 + ODG.CODE\_USL2$  и  $ODG.TYPE\_EXC = 'PO'$ ;
- Весовой коэффициент услуги определяется как значение  $ODG.KSKPVAL$  найденное по ключу  $M.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL2$  и  $ODG.TYPE\_EXC =$

'PO'. Сумма весовых коэффициентов для совокупности услуг с одинаковым значением OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY должна быть не менее 60% от суммы весовых коэффициентов ODG.KSKPVAL всех строк файла ODGmmуу найденных по ключу U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC = 'PO'.

10) Для услуг с TYPE='F' должны соблюдаться следующие условия:

- В файле ODGmmуу должна присутствовать запись, найденная по ключу U.CODE\_USL+M.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1+ ODG.CODE\_USL2 и ODG.TYPE\_EXC = 'PF';

11) Для услуг с TYPE='K' должны соблюдаться следующие условия:

- В файле ODGmmуу должна присутствовать запись, найденная по ключу U.CODE\_USL+M.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1+ ODG.CODE\_USL2 и ODG.TYPE\_EXC = 'RT';
- В файле MCCMMYY должны присутствовать все услуги ODG.CODE\_USL2, где U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC = 'RT';
- Количество услуг M.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL2 при ODG.TYPE\_EXC = 'RT' с одинаковым значением OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE\_USL должно быть больше или равно ODG.KSKPVAL

12) Для услуг с TYPE='A' должны соблюдаться следующие условия:

- В файле ODGmmуу должна присутствовать запись, найденная по ключу U.CODE\_USL+M.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1+ ODG.CODE\_USL2 и ODG.TYPE\_EXC = 'AL';
- Для одинаковых OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY каждое сочетание U.CODE\_USL+M.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1+ ODG.CODE\_USL2 при ODG.TYPE\_EXC = 'AL' может быть учтено не более одного раза. При этом, в наборе услуг может присутствовать только одна услуга с ODG.PRIOR=1;
- Весовой коэффициент услуги определяется как значение ODG.KSKPVAL найденное по ключу M.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL2 и ODG.TYPE\_EXC = 'AL'. Сумма весовых коэффициентов для совокупности услуг с одинаковым значением OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY должна быть не менее 70% от суммы весовых коэффициентов ODG.KSKPVAL всех строк файла ODGmmуу найденных по ключу U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC = 'AL';

13) Для услуг с TYPE='B' должны соблюдаться следующие условия:

- В файле ODGmmуу должна присутствовать запись, найденная по ключу U.CODE\_USL+M.CODE\_USL+ U.MKB0 = ODG.CODE\_USL1+ ODG.CODE\_USL2+ODG.MKB и ODG.TYPE\_EXC = 'BP';
- В файле MCCMMYY должны присутствовать все услуги ODG.CODE\_USL2, где совпадает U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1, U.MKB0= ODG.MKB и ODG.TYPE\_EXC = 'BP' и ODG.KSKPVAL=1. При этом, в наборе услуг может присутствовать только одна услуга с ODG.PRIOR=1 и одна услуга с ODG.PRIOR=2. Если для указанного U.MKB0 в ODG присутствуют несколько наборов мероприятий (!EMPTY(DOP\_M) при ODG.TYPE\_EXC = 'BP'), в файле MCCMMYY должны присутствовать записи, относящиеся к одному набору (с одинаковым DOP\_M);

14) Для услуг с TYPE='Z' должны соблюдаться следующие условия:

- В файле ODGmmyu должна присутствовать запись, найденная по ключу U.CODE\_USL+M.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1+ ODG.CODE\_USL2 и ODG.TYPE\_EXC = 'RD';
- В файле MCCMMYY должны присутствовать все услуги ODG.CODE\_USL2, где U.CODE\_USL = ODG.CODE\_USL1, ODG.TYPE\_EXC = 'RD' и ODG.KSKPVAL=1.

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

### 7.11.1 Краткая характеристика объекта

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

**7.11.1.1** В 2023 году, в общем случае, выбор КСГ осуществляется в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

В случае наличия хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, применения схем лекарственной терапии, как при использовании препаратов химиотерапевтического лечения, так и при использовании генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, указанные схемы являются основным приоритетом для выбора КСГ. Исключения составляют некоторые диагнозы группы «Т», которые имеют наивысший приоритет. Таким образом, если непустое значение поля DKK1, DKK2 или DKK3 присутствует в справочнике ODGmmyu (при G.DKKi=ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC='06' и G.USL\_OK=ODG.USL\_OK), непустое значение поля CODE\_NOM1, CODE\_NOM2 или CODE\_NOM3 присутствует в справочнике ODGmmyu (при G.CODE\_NOMi=ODG.CODE\_USL1 и ODG.TYPE\_EXC='06' и G.USL\_OK=ODG.USL\_OK), а также значение МКБ1 присутствует в справочнике ODGmmyu (при G.MKB1=ODG.MKB и ODG.TYPE\_EXC = '06' и G.USL\_OK = ODG.USL\_OK) или значение МКБ3 присутствует в справочнике ODGmmyu (при G.MKB3=ODG.MKB и ODG.TYPE\_EXC = '06' и G.USL\_OK = ODG.USL\_OK и G.MKB3=GDG.MKB3), то приоритет имеет КСГ для которой указанная схема/операция/технология или диагноз является критерием выбора.

Если поля МКБ1 (или МКБ3), DKKi и CODE\_NOMi содержат несколько непустых значений, каждое из которых в свою очередь имеет запись в (ODG.CODE\_USL1 и/или ODG.MKB) и ODG.TYPE\_EXC='06, то приоритетом при выборе КСГ является схема/операция/технология/диагноз с наибольшим значением ODG.PRIOR. В случае равенства значений ODG.PRIOR приоритетной при выборе КСГ должна являться схема/операция/технология, по которой формируется КСГ с большей стоимостью.

### 7.11.2 Структура объекта

Таблица 26

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF	
1.	Отчетный период	O	OT_PER	CHR	4	
2.	Медицинская организация (МО)	O	CODE_LPU	CHR	6	
3.	Платательщик за медицинскую услугу	O	MSK_OT	CHR	2	
4.	Уникальный учетный код в МО	O	PERSCODE	CHR	15	
5.	Категория сводной справки (отчета)	O	VID_SF	CHR	2	
6.	Вид медицинской помощи	O	VID_MP	NUM	4	
7.	Условия оказания медицинской помощи	O	USL_OK	NUM	1	
8.	Номер истории болезни	O	NHISTORY	CHR	20	
9.	Профиль медицинской помощи	O	PROFIL	NUM	3	
10.	Основной диагноз	O	MKB1	CHR	6	
11.	Сопутствующий диагноз	Y	MKB2	CHR	6	
12.	Диагноз осложнения	Y	MKB3	CHR	6	
13.	Код КСГ как медицинской услуги	O	CODE_USL	CHR	15	
14.	Код Отделения	H	CODE_OTD	CHR	12	
15.	Медицинский работник	O	CODE_MD	CHR	6	
16.	Дата начала оказания медицинской услуги	O	DATE_IN	DAT	8	
17.	Дата окончания оказания медицинской услуги	O	DATE_OUT	DAT	8	
18.	Количество фактических койко-(пациенто-) дней	Y	KOL_FACT	NUM	3	
19.	Исход госпитализации	O	ISH_MOV	NUM	3	
20.	Результат обращения/ госпитализации	O	RES_GOSP	NUM	3	
21.	Стоимость медицинской услуги (руб.)	O	SUM_RUB	NUM	10	2
22.	Код 1 хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии (#DKK1, #DKK2)	Y	CODE_NOM1	CHR	15	
23.	Код 2 хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии (#DKK1, #DKK2)	Y	CODE_NOM2	CHR	15	
24.	Код 3 хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии (#DKK1, #DKK2)	Y	CODE_NOM3	CHR	15	
25.	Признак экстренности госпитализации	Y	EXTR	NUM	1	
26.	Вид травм	H	VID_TR	CHR	2	
27.	Особый случай	Y	SP_CASE	NUM	1	
28.	Коэффициент затратноности	O	KZ	NUM	10	5
29.	Коэффициент уровня и подуровня стационара	O	KUS	NUM	6	2
30.	Управленческий коэффициент	O	KU	NUM	6	4
31.	Итоговый Коэффициент сложности лечения пациента (IT_SL)	O	KSLP	NUM	7	5
32.	Коэффициент прерванного случая	O	KPS	NUM	4	2
33.	Признак внутрибольничного перевода	Y	VB_P	NUM	1	0
34.	Коэффициент дифференциации	O	KD	NUM	6	4
35.	Коэффициент доли заработной платы	O	KDZP	NUM	7	5

36.	Профиль койки	O	PROFIL_K	NUM	3	0
37.	Признак поступления/перевода	O	P_PER	NUM	1	0
38.	Дополнительный классификационный критерий №1 (#CODE_NOMi)	Y	DKK1	CHR	10	
39.	Дополнительный классификационный критерий №2 (#CODE_NOMi)	Y	DKK2	CHR	10	
40.	Иной классификационный критерий	Y	DKK3	CHR	10	
41.	Коэффициент сложности лечения пациента №1	O	Z_SL1	NUM	7	5
42.	Коэффициент сложности лечения пациента №2	Y	Z_SL2	NUM	7	5
43.	Коэффициент сложности лечения пациента №3	Y	Z_SL3	NUM	7	5
44.	Коэффициент сложности лечения пациента №4	Y	Z_SL4	NUM	7	5
45.	Обозначение Коэффициента сложности лечения пациента №1	Y	K_SL1	CHR	3	
46.	Обозначение Коэффициента сложности лечения пациента №2	Y	K_SL2	CHR	3	
47.	Обозначение Коэффициента сложности лечения пациента №3	Y	K_SL3	CHR	3	
48.	Обозначение Коэффициента сложности лечения пациента №4	Y	K_SL4	CHR	3	
49.	Классификационный критерий при проведении сопроводительной лекарственной терапии	H	DKK4	CHR	10	

### 7.11.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ USL\_OK+ VID\_SF+ NHISTORY+ CODE\_USL+ str(SP\_CASE)+ DATE\_IN+ DATE\_OUT

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

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

USL\_OK = {1, 2} для ED\_IЗM='16' (для КСГ)

VID\_MP = {12, 13, 31} для USL\_OK=2, VID\_MP=31 для USL\_OK=1

VID\_SF = {'09', '12', '14', '15'}

EXTR: '1' – плановая медицинская помощь;

'2' – экстренная медицинская помощь.

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

**SP\_CASE – допустимые значения {0-9,NULL.}**

SP\_CASE=0 или SP\_CASE=.NULL. – признак «особый случай» отсутствует.

SP\_CASE=1 – медицинская помощь оказана по VID\_MP=31 ребенку с необходимостью предоставления спального места и питания законному представителю ребенка при наличии медицинских показаний.

SP\_CASE=5 – признак реабилитации после замены речевого процессора (VID\_MP=31).

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

SP\_CASE=8 – Кпс=1 при прерванном случае (KOL\_FACT<=3) для КСГ, предусматривающих применение схемы лекарственной терапии (LEFT(Gccmmyy.DKK1, 2)='sh'), если фактическое количество дней введения соответствует нормативному количеству дней введения MDUmmyy.D\_NOR, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии.

При наличии критериев плановой госпитализации в круглосуточном стационаре согласно Приложению 3 к Протоколу заседания Комиссии по разработке Московской областной программы ОМС от 29.03.2024 № 160, соблюдение которых невозможно проверить при проведении медико-экономического контроля, SP\_CASE заполняется соответствующими значениями SBR.CODE\_OBJ при SBR.TYPE\_OBJ = 'SP\_CASE'.

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

P\_PER, признак поступления/перевода, обязателен для USL\_OK={1, 2}:

- 1 – самостоятельное;
- 2 – по скорой медицинской помощи;
- 3 – перевод из другой медицинской организации;
- 4 – перевод внутри медицинской организации с другого профиля PROFIL.

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

Таблица 27

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	'46000000'+ MSK_OT	SMOMMY.DBF	REGION+ CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код Московской области
2.	OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT+ PERSCODE	PCCMMYY.DBF	OT_PER + CODE_LPU + MSK_OT + PERSCODE	
3.	CODE_LPU	LPUmmyy.DBF	CODE_LPU	
4.	'VID_MP' + VID_MP	SBRmmyy.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'VID_MP' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
5.	USL_OK	V006mmyy.XML	IDUMP	
6.	PROFIL	PMPmmyy.DBF	PROFIL	
7.	MKB1	MKBmmyy.DBF	MKB	
8.	MKB2	MKBmmyy.DBF	MKB	
9.	MKB3	MKBmmyy.DBF	MKB	
10.	CODE_USL	MDUmmyy.DBF	CODE_USL	
11.	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD	DCCMMYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ CODE_MD	
12.	ISH_MOV	V012mmyy.XML	IDIZ	
13.	RES_GOSP	V009mmyy.XML	IDRMP	

14.	'VID_SF' + VID_SF	<b>SBR</b> ММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'VID_SF' – регулярное выражение – тип кодированного объекта
15.	'VID_TR' + VID_TR	<b>SBR</b> ММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'VID_TR' – регулярное выражение – тип кодированного объекта. Для непустых.
16.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ c <b>VID_KOEFF</b> , где константа <b>cVID_KOEFF='01'</b>	<b>KCC</b> ММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU + MSK_OT+ USL_OK+ VID_SF+ VID_KOEFF	Для медицинских услуг базовой программы ОМС с «объемным» способом оплаты VID_SF={'09','12'}
17.	USL_OK+ CODE_USL	<b>DRG</b> ММYY.DBF	USL_OK+ CODE_USL	[*]=ММYY соответствует значению для U.OT_PER_U
18.	USL_OK+ CODE_NOM1	<b>GDG</b> ММYY.DBF	USL_OK+CODE_OPER или USL_OK+CODE_OPER2	Для услуг при ED_IZM='16', при непустых
19.	USL_OK+ CODE_NOM2	<b>GDG</b> ММYY.DBF	USL_OK+CODE_OPER или USL_OK+CODE_OPER2	G.CODE_NOMi# G.DKK1, G.CODE_NOMi# G.DKK2 (i={1,2,3}), [*]
20.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ VID_MP+USL_OK+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+ DATE_OUT+ KOL_USL+KOL_FACT + ISH_MOV+ RES_GOSP+ SUM_RUB	<b>UCC</b> ММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ VID_MP+USL_OK+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+CODE_USL+ CODE_MD+ DATE_IN+ DATE_OUT+ KOL_USL+KOL_FACT + ISH_MOV+ RES_GOSP+ SUM_RUB	Для услуг с ED_IZM='16'
21.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+ USL_OK + VID_SF+ c <b>VID_KOEFF</b> , где константа <b>cVID_KOEFF='06'</b> , '06' для VID_SF='14'	<b>KCC</b> ММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU + MSK_OT+ USL_OK+ VID_SF+ VID_KOEFF	Для медицинских услуг базовой программы ОМС с «подушевым» способом оплаты VID_SF={'14'} и OT_PER=OT_PER_U
22.	PROFIL_K	<b>V020</b> ММYY.XML	IDK_PR	Справочник профилей койки ФОМС
23.	DKK1	<b>V024</b> ММYY.XML	IDDKK	Справочник классификационных критериев ФОМС Для непустых, кроме случаев заполнения значением 'нет' согласно п.16 контроля семантической целостности объекта.



24.	DKK2	V024ММYY.XML	IDDKK	Справочник классификационных критериев ФОМС. Для непустых.
25.	CODE_USL+ CODE_NOM1	GDGММYY.DBF	CODE_USL+ CODE_OPER	Для услуг с ED_IZM='16' [*]
26.	CODE_USL + DKK2	GDGММYY.DBF	CODE_USL + FRAC	Начиная с отчетного периода U.OT_PER_U>='0920' [*]
27.	CODE_USL + DKK1	GDGММYY.DBF	CODE_USL + DKK	Начиная с отчетного периода U.OT_PER_U >='0920'. Кроме случаев заполнения значением DKK1='нет' согласно п.16 контроля семантической целостности объекта. [*]
28.	CODE_USL + DKK3	GDGММYY.DBF	CODE_USL+ CODE_OPER2	Для непустых. [*]
29.	'KSLP' + K_SL1	SBRММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'KSLP' – регулярное выражение – тип кодированного объекта, для непустых K_SL1
30.	'KSLP' + K_SL2	SBRММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'KSLP' – регулярное выражение – тип кодированного объекта, для непустых K_SL2
31.	'KSLP' + K_SL3	SBRММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'KSLP' – регулярное выражение – тип кодированного объекта, для непустых K_SL3
32.	'KSLP' + K_SL4	SBRММYY.DBF	ALLTRIM(TYPE_OBJ) + ALLTRIM(CODE_OBJ)	'KSLP' – регулярное выражение – тип кодированного объекта, для непустых K_SL4
33.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1+ CODE_MD+ PROFIL+ CODE_NOM1+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	ICCMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1+ CODE_MD+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Начиная с U.OT_PER_U >= '0222' для записей с CODE_NOM1 найденных в V036mmyy, где CODE_NOM1= S_CODE и V036.Parameter={1,3}
34.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1+ CODE_MD+ PROFIL+	ICCMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1+ CODE_MD+ PROFIL+ CODE_USL+	Начиная с U.OT_PER_U >= '0222' для записей с CODE_NOM2 найденных в

	CODE_NOM2+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)		dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	V036mmyy, где CODE_NOM2= S_CODE и V036.Parameter={1,3}
35.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1+ CODE_MD+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	ГССММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ MKB1+ CODE_MD+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Начиная с U.OT_PER_U >= '0222' для записей с CODE_NOM3 найденных в V036mmyy, где CODE_NOM3= S_CODE и V036.Parameter={1,3}
36.	CODE_USL + DKK1+DKK4	ГДКММYY.DBF	CODE_USL + DKK1 + DKK4	Начиная с отчетного периода U.OT_PER_U >='0123'. Для записей с <b>непустыми DKK4</b>

[\*] ММYY соответствует значению для U.OT\_PER\_U

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

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

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

#### **Коэффициент прерванного случая (K<sub>пс</sub>)**

Для расчета K<sub>пс</sub> случаев лекарственной противоопухолевой терапии (значение left(DKK1,2)='sh') применяется параметр KOL\_DAT, вычисляемый следующим образом:  
KOL\_DAT=(DATE\_OUT-DATE\_IN+1) при DATE\_IN#DATE\_OUT,  
KOL\_DAT=1 при DATE\_IN=DATE\_OUT

Расчет K<sub>пс</sub> осуществляется строго в следующей последовательности (при выполнении условия пункта, условия последующих пунктов не проверяются):

- 1) K<sub>пс</sub>=0.3, если значение left(DKK1,2)='sh' и left(DKK3,2)='sh' и KOL\_DAT<=3 и KOL\_DAT<MAX(MDU.D\_NOR), где MAX(MDU.D\_NOR) – максимальное значение, которое определяется по одному из ключей: MDU.CODE\_USL = Gccmmyy.DKK1 или MDU.CODE\_USL = Gccmmyy.DKK3
- 2) K<sub>пс</sub>=0.5, если значение left(DKK1,2)='sh' и left(DKK3,2)='sh' и KOL\_DAT>3 и KOL\_DAT<MAX(MDU.D\_NOR), где MAX(MDU.D\_NOR) – максимальное значение, которое определяется по одному из ключей: MDU.CODE\_USL = Gccmmyy.DKK1 или MDU.CODE\_USL = Gccmmyy.DKK3

- 3)  $K_{пс}=0.3$ , если значение  $\text{left}(\text{DKK1},2)='sh'$  и  $\text{KOL\_DAT} \leq 3$  и  $\text{KOL\_DAT} < \text{MDU.D\_NOR}$  для  $\text{MDU.CODE\_USL}=\text{Gccmmyy.DKK1}$
- 4)  $K_{пс}=0.5$ , если значение  $\text{left}(\text{DKK1},2)='sh'$  и  $\text{KOL\_DAT} > 3$  и  $\text{KOL\_DAT} < \text{MDU.D\_NOR}$  для  $\text{MDU.CODE\_USL}=\text{Gccmmyy.DKK1}$
- 5)  $K_{пс}=0.2$ , если значение  $\text{G.CODE\_USL}=\{\text{'st37.001' - 'st37.013'}\}$  (включая подгруппы КСГ), и  $\text{G.KOL\_FACT} \leq 3$  и  $\text{G.KOL\_FACT} < \text{MDU.D\_NOR}$  и  $\text{U.OT\_PER\_U} \geq \text{'0323'}$  для  $\text{MDU.CODE\_USL}=\text{G.CODE\_USL}$
- 6)  $K_{пс}=0.5$ , если значение  $\text{G.CODE\_USL}=\{\text{'st37.001' - 'st37.013'}\}$  (включая подгруппы КСГ) и  $\text{G.KOL\_FACT}/\text{MDU.D\_NOR} * 100 < 70$  и  $\text{U.OT\_PER\_U} \geq \text{'0323'}$  для  $\text{MDU.CODE\_USL}=\text{G.CODE\_USL}$
- 7)  $K_{пс}=0.7$ , если значение  $\text{G.CODE\_USL}=\{\text{'st37.001' - 'st37.013'}\}$  (включая подгруппы КСГ) и  $\text{G.KOL\_FACT}/\text{MDU.D\_NOR} * 100 \geq 70$  и  $\text{G.KOL\_FACT} < \text{MDU.D\_NOR}$  и  $\text{U.OT\_PER\_U} \geq \text{'0323'}$  для  $\text{MDU.CODE\_USL}=\text{G.CODE\_USL}$
- 8)  $K_{пс}=\text{DRG.KPS\_B}$ , если одновременно выполняются следующие условия:
  - $\text{MDU.D\_NOR} > 0$  при  $\text{G.CODE\_USL} = \text{MDU.CODE\_USL}$ ;
  - $\text{G.KOL\_FACT} > 3$  и  $\text{G.KOL\_FACT} < \text{MDU.D\_NOR}$ ;
  - в справочнике КСГ  $\text{DRGMMYY.DBF}$  существует строка, соответствующая значению  $\text{GCCMMYY.CODE\_USL}=\text{DRG.CODE\_USL}$ .
- 9)  $K_{пс}=1$ , если в справочнике КСГ  $\text{DRGMMYY.DBF}$  (далее – DRG) существует строка, соответствующая значению  $\text{GCCMMYY.CODE\_USL}=\text{DRG.CODE\_USL}$  и  $\text{DRG.ULTRASHORT}=.T.$  и  $\text{G.RES\_GOSP} = \{101, 102, 103, 104, 109, 201, 202, 203, 204\}$
- 10)  $K_{пс}=1$ , если  $\text{G.RES\_GOSP} = \{103, 104, 203, 204\}$  (случай C1) и в том же своде  $\text{GCCMMYY}$  существует запись с  $\text{CODE\_USL}=\{\text{'st37.001'-'st37.026'}\}$  (включая подгруппы КСГ) (случай C2), у которых  $\text{C2.DATE\_IN}=\text{C1.DATE\_OUT}$  и  $(\text{C1.P.ENP}=\text{C2.P.ENP}$  (при  $\text{MSK\_OT}\#99$ ) или  $\text{C1.PERSCODE}=\text{C2.PERSCODE}$  (при  $\text{MSK\_OT}=99$ ))
- 11)  $K_{пс}=1$ , если  $\text{G.RES\_GOSP} = \{103, 104, 203, 204\}$   
 $\text{G.CODE\_USL}=\text{ODG.CODE\_USL1}$  при  $\text{ODG.TYPE\_EX}='PS'$  (случай C1) и в том же своде  $\text{GCCMMYY}$  существует запись с  $\text{CODE\_USL} = \{\text{st19.038, ds19.028}\}$  (включая подгруппы КСГ) (случай C2), у которых  $\text{C2.DATE\_IN}=\text{C1.DATE\_OUT}$  и  $(\text{C1.P.ENP}=\text{C2.P.ENP}$  (при  $\text{MSK\_OT}\#99$ ) или  $\text{C1.PERSCODE}=\text{C2.PERSCODE}$  (при  $\text{MSK\_OT}=99$ ))
- 12)  $K_{пс}=1$ , , если  $\text{G.RES\_GOSP} = \{103, 104, 203, 204\}$   
 $\text{G.CODE\_USL}=\text{ODG.CODE\_USL1}$  при  $\text{ODG.TYPE\_EX}='HL'$  (случай C1) и в том же своде  $\text{GCCMMYY}$  существует запись с

G.CODE\_USL=ODG.CODE\_USL1 при ODG.TYPE\_EX='HL' (случай C2), у которых C2.DATE\_IN=C1.DATE\_OUT и (C1.P.ENP=C2.P.ENP (при MSK\_OT#99) или C1.PERSCODE=C2.PERSCODE (при MSK\_OT=99))

13) Кпс=1 при непустом DKK2, любом RES\_GOSP и KOL\_FACT>3

14) Кпс=DRG.KPS\_A, если одновременно выполняются следующие условия:

- в справочнике КСГ DRGММYY.DBF существует строка, соответствующая значению G.CODE\_USL=DRG.CODE\_USL
- KOL\_FACT<=3

15) Кпс=DRG.KPS\_B, если одновременно выполняются следующие условия:

- CODE\_USL # {st36.009 - st36.011, st36.013 - st36.015}
- в справочнике КСГ DRGММYY.DBF существует строка, соответствующая значению GCCММYY.CODE\_USL=DRG.CODE\_USL
- G.RES\_GOSP={102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 202, 203, 204, 205, 207, 208}
- KOL\_FACT>3

16) Кпс=DRG.KPS\_B, если одновременно выполняются следующие условия:

- CODE\_USL = {st36.009 - st36.011, st36.013 - st36.015}
- в справочнике КСГ DRGММYY.DBF существует строка, соответствующая значению GCCММYY.CODE\_USL=DRG.CODE\_USL
- G.RES\_GOSP={105, 107, 108, 110, 205, 207, 208}
- KOL\_FACT>3

Кпс=1 во всех остальных случаях.

2) для услуг с MDUММYY.ED\_IЗM='16' (КСГ):

Для записей с OT\_PER\_U = {'0122'-'1222'}

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

Для записей с OT\_PER\_U>='0123':

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

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

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

**Коэффициент управления (коэффициент спецификации) :**

КУ = DRGММYY.KU\_VALUE если в справочнике LPUММYY строка соответствующая LPUММYY.CODE\_LPU = UCCММYY.CODE\_LPU содержит значение LEVEL\_A=0

КУ = DRGММYY.KPS\_AH если в справочнике LPUММYY строка соответствующая LPUММYY.CODE\_LPU = UCCММYY.CODE\_LPU содержит значение LEVEL\_A=1

**Коэффициент дифференциации:** КД=KDGММYY.VALUE для KDGММYY.CODE='12'

**Коэффициент доли заработной платы:**  $DЗП=DRG_{MMYY}.DZ\_VALUE$

### **Коэффициент уровня и подуровня круглосуточного и дневного стационара (КУС)**

Для записей с  $OT\_PER\_U \geq '0122'$  расчет КУС осуществляется строго в следующей последовательности (при выполнении условия пункта, условия последующих пунктов не проверяются):

- 1) Если в справочнике КСГ  $DRG_{MMYY}.DBF$  (DRG) существует строка, соответствующая значению  $G_{SSMMYY}.CODE\_USL=DRG.CODE\_USL$  и значение  $DRG.KUS1='1'$ , то **КУС=1**
- 2) Если в справочнике «Коэффициенты подуровней стационарной медицинской помощи»  $SDG_{MMYY}.DBF$  (SDG) существует строка, соответствующая значению  $U_{SSMMYY}.PODR=SDG.PODR$  и  $G.USL\_OK=SDG.USL\_OK$  и  $G_{SSMMYY}.PROFIL=SDG.PROFIL$ , то значение КУС равно значению  **$KDG_{MMYY}.VALUE$**  для  $KDG_{MMYY}.CODE=SDG.SUBLEVEL$
- 3) Если в файле  $SDG_{MMYY}.DBF$  существует строка, соответствующая значению  $U_{SSMMYY}.PODR=SDG.PODR$  и  $G_{SSMMYY}.USL\_OK=SDG.USL\_OK$  и  $SDG.PROFIL=0$ , то значение КУС равно значению  **$KDG_{MMYY}.VALUE$**  для  $KDG_{MMYY}.CODE=SDG.SUBLEVEL$
- 4) Если в файле  $SDG_{MMYY}.DBF$  существует строка, соответствующая значению  $G_{SSMMYY}.CODE\_LPU=SDG.CODE\_UR$  и  $G_{SSMMYY}.USL\_OK=SDG.USL\_OK$  и  $G_{SSMMYY}.PROFIL=SDG.PROFIL$ , то значение КУС равно значению  **$KDG_{MMYY}.VALUE$**  для  $KDG_{MMYY}.CODE=SDG.SUBLEVEL$
- 5) Если в файле  $SDG_{MMYY}.DBF$  существует строка, соответствующая значению  $G_{SSMMYY}.CODE\_LPU=SDG.CODE\_UR$  и  $G_{SSMMYY}.USL\_OK=SDG.USL\_OK$  и  $SDG.PROFIL=0$ , то значение КУС равно значению  **$KDG_{MMYY}.VALUE$**  для  $KDG_{MMYY}.CODE=SDG.SUBLEVEL$

Если при выборе КУС не выполнено ни одно из условий, то такая запись в файле  $G_{SSMMYY}.DBF$  (G) считается ошибочной.

**$G_{SSMMYY}.KUS=КУС$ .**

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

Если в условии критерия применения КСЛП сформулировано "до N года", "до N лет" - дата рождения (N-летия) НЕ входит во временной интервал применения КСЛП.

Если условие критерия применения КСЛП сформулировано по типу "N лет и старше" - дата рождения (N-летия) входит во временной интервал применения КСЛП.

Если условие критерия применения КСЛП содержит фразу "после достижения возраста N лет" - дата исполнения N лет входит во временной интервал применения КСЛП.

Если условие критерия применения КСЛП содержит фразу "в возрасте до N лет включительно" - дата исполнения N+1 лет НЕ входит во временной интервал применения КСЛП.

Согласно \*\*\* значение КСЛП соответствует значению  $KDG_{MMYY}.VALUE$  в следующих случаях:

- Критерий K1 (\*\*\*): для  $KDG_{MMYY}.CODE='K1'$  и  $KDG_{MMYY}.USL\_OK=G_{SSMMYY}.USL\_OK$ , если возраст пациента на дату  $DATE\_IN$  составляет от 0 до 17 полных лет и  $G.PROFIL\_K \# \{ '20', '15' \}$  КСЛП=  $KDG_{MMYY}.VALUE$ .

- **Критерий К2 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='K2' и KDGMMYY.USL\_OK=GССММYY.USL\_OK, если возраст пациента на дату DATE\_IN составляет от 0 до 17 полных лет, и G.PROFIL\_K = {'20', '15'} КСЛП= KDGMMYY.VALUE.
- **Критерий К3 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='K3' и KDGMMYY.USL\_OK=GССММYY.USL\_OK, если возраст пациента на дату DATE\_IN не менее 75 полных лет и GССММYY.PROFIL\_K#16.
- **Критерий К4 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='K4' и KDGMMYY.USL\_OK=GССММYY.USL\_OK КСЛП=KDGMMYY.VALUE. Указывается медицинской организацией при учете сведений о медицинской помощи самостоятельно в случае развертывания индивидуального поста (должно быть отражено в первичной медицинской документации).
- **Критерий К5 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='K5' если в справочнике ODGmmuu существует запись с
  - ODGMMYY.TYPE\_EXC='K5' и G.CODE\_USL+G.MKB2 = ODG.CODE\_USL1+MKB;
  - или
  - ODGMMYY.TYPE\_EXC='K5' и G.CODE\_USL+G.MKB3 = ODG.CODE\_USL1+MKB;
- **Критерий К6 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='K6' если в справочнике ODGmmuu существует запись, найденная по совокупностям полей, представленным в Таблице 31 и ODGMMYY.TYPE\_EXC='K6'
- **Критерий К7 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='K7' если в справочнике ODGmmuu существует запись, найденная по совокупностям полей, представленным в Таблице 31 и ODGMMYY.TYPE\_EXC='K7'
- **Критерий К8 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='K8' если в справочнике ODGmmuu существует запись, найденная по совокупностям полей, представленным в Таблице 31 и ODGMMYY.TYPE\_EXC='K8'
- **Критерий К9 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='K9' если в справочнике ODGmmuu существует запись, найденная по совокупностям полей, представленным в Таблице 31 и ODGMMYY.TYPE\_EXC='K9'
- **Критерий КА (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='KA' если в справочнике ODGmmuu существует запись, найденная по совокупностям полей, представленным в Таблице 31 и ODGMMYY.TYPE\_EXC='KA'

**Таблица 28**

<b>ГССММYY</b>	<b>ODGMMYY</b>
USL_OK+CODE_NOM1+CODE_NOM2	USL_OK+ CODE_USL1+ CODE_USL2
USL_OK+CODE_NOM2+CODE_NOM1	
USL_OK+CODE_NOM1+CODE_NOM3	
USL_OK+CODE_NOM3+CODE_NOM1	
USL_OK+CODE_NOM2+CODE_NOM3	
USL_OK+CODE_NOM3+CODE_NOM2	

- **Критерий KB (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='KB' при проведении 1 этапа медицинской реабилитации пациентов.
- **Критерий KC (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='KC' при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях. Допустимо применение при одновременном выполнении условий:
  - a) CODE\_USL={'st19.084' – 'st19.089', 'st19.094' – 'st19.102', 'st19.125' – 'st19.143'} при U.OT\_PER\_U = {'0123'-'1223'}

- b) CODE\_USL={'st19.084' – 'st19.089', 'st19.094' – 'st19.102', 'st19.144' – 'st19.162'} при U.OT\_PER\_U >= '0124'
- c) DKK4={'supt01' – 'supt12'}
- Критерий KD (\*\*\*): для KDGMMYY.CODE='KD' при проведении тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (грипп, COVID-19) в период госпитализации. Допустимо применение при условии CODE\_USL#{st12.012, st12.015-st12.019}

Примечание: применение КСЛП по критериям К1-К5, КВ, КС, КD не является обязательным.

Критерии применения Коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) при расчете стоимости случая заболевания в условиях КС, включенного в КСГ, приведены в Таблице 31.1, а их возможные сочетания (отмечены символом «+» допустимые сочетания) приведены в Таблице 31.2. К расчету совокупного КСЛП случая GCCMMYY.KSLP привлекаются критерии, входящие в набор (комбинацию) из всех допустимых сочетаний. КСЛП для каждого критерия учитывается 1 раз. Если допустимых критериев в комбинации несколько, то

- для записей с OT\_PER\_U={'0122' – '1222'} итоговый КСЛП случая рассчитывается по формуле  $КСЛП = (КСЛП_1 + КСЛП_2 + \dots + КСЛП_N)$ , где  $КСЛП_N$  – значение КСЛП для каждого критерия, применимого к случаю лечения.
- для записей с OT\_PER\_U >='0123' итоговая сумма КСЛП рассчитывается по формуле  $SKСЛП = BC * (G.Z\_SL1 * KSL.KDD_1 + G.Z\_SL2 * KSL.KDD_2 + G.Z\_SL3 * KSL.KDD_3 + G.Z\_SL4 * KSL.KDD_4)$ , где  $KSL.KDD_i$  – значение поля KSL.KDD из записи справочника KSL, в которой KSL.CODE= G.K\_SLi

Указанные значения заполняются отдельно для каждого критерия в GCCMMYY.Z\_SL1, GCCMMYY.Z\_SL2, GCCMMYY.Z\_SL3, GCCMMYY.Z\_SL4 поочередно: 1) при наличии в комбинации 1 критерия заполняется Z\_SL1, а Z\_SL2=Z\_SL3=Z\_SL4=0; 2) при наличии в комбинации 2 критериев заполняются Z\_SL1 и Z\_SL2, а Z\_SL3=Z\_SL4=0 и т.д.

**Таблица 31.1 Критерии КСЛП при расчете стоимости случая заболевания в условиях КС**

№ критерия в справочнике, KSLMYY.IDSL	Код критерия (SBRMYY.CODE_OBJ при TYPE_OBJ='KSLP')	Условие оказания USL_OK	Значение KDGMMYY.CODE	Особые случаи, значение ODGMYY.TYPE_EXC
31	К1	1	К1	
32	К2	1	К2	
33	К3	1	К3	
34	К4	1	К4	
35	К5	1	К5	К5
36	К6	1	К6	К6
37	К7	1	К7	К7
38	К8	1	К8	К8
39	К9	1	К9	К9
40	КА	1	КА	КА
41	КВ	1	КВ	
42	КС	1	КС	
43	КD	1	КD	

Таблица 31.2 Сочетания критериев КСЛП в круглосуточном стационаре.

Код критерия	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	KA	KB	KC	KD
K1				+		+	+	+	+	+	+	+	+
K2				+		+	+	+	+	+	+	+	+
K3				+		+	+	+	+	+	+	+	+
K4	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+
K5				+		+	+	+	+	+	+	+	+
K6	+	+	+	+							+	+	+
K7	+	+	+	+							+	+	+
K8	+	+	+	+							+	+	+
K9	+	+	+	+							+	+	+
KA	+	+	+	+							+	+	+
KB	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+
KC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+
KD	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

### Применение КСЛП в условиях дневного стационара

Согласно \*\*\* значение КСЛП соответствует значению KDGMMYY.VALUE в следующих случаях:

- **Критерий D3 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='D3' и KDGMMYY.USL\_OK= GССMMYY.USL\_OK, если возраст пациента на дату DATE\_IN не менее 75 полных лет и GССMMYY.PROFIL\_K#16.
- **Критерий D6 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='D6' если в справочнике ODGmmуу существует запись, найденная по совокупностям полей, представленным в Таблице 31 и ODGMMYY.TYPE\_EXC='D6'
- **Критерий D7 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='D7' если в справочнике ODGmmуу существует запись, найденная по совокупностям полей, представленным в Таблице 31 и ODGMMYY.TYPE\_EXC='D7'
- **Критерий D8 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='D8' если в справочнике ODGmmуу существует запись, найденная по совокупностям полей, представленным в Таблице 31 и ODGMMYY.TYPE\_EXC='D8'
- **Критерий D9 (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='D9' если в справочнике ODGmmуу существует запись, найденная по совокупностям полей, представленным в Таблице 31 и ODGMMYY.TYPE\_EXC='D9'
- **Критерий DA (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='DA' если в справочнике ODGmmуу существует запись, найденная по совокупностям полей, представленным в Таблице 31 и ODGMMYY.TYPE\_EXC='DA'
- **Критерий DC (\*\*\*)**: для KDGMMYY.CODE='DC' при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях. Допустимо применение при одновременном выполнении условий:
  - a) CODE\_USL={'ds19.067' – 'ds19.078', 'ds19.097' – 'ds19.115'} при U.OT\_PER\_U = {'0123'-'1223'}
  - b) CODE\_USL={'ds19.058' – 'ds19.062', 'ds19.067' – 'ds19.078', 'ds19.116' – 'ds19.134'} при U.OT\_PER\_U >= '0124'
  - c) DKK4={'supt01' – 'supt12'}

Примечание: применение КСЛП по критериям D3, DC не является обязательным.



Критерии применения Коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) при расчете стоимости случая заболевания в условиях ДС, включенного в КСГ, приведены в Таблице 32.1, а их возможные сочетания (отмечены символом «+» допустимые сочетания) приведены в Таблице 32.2. К расчету совокупного КСЛП случая GCCMMYY.KSLP привлекаются критерии, входящие в набор (комбинацию) из всех допустимых сочетаний. КСЛП для каждого критерия учитывается 1 раз. Если допустимых критериев в комбинации несколько, то

- итоговая сумма КСЛП рассчитывается по формуле  $SK_{КСЛП} = BC * (G.Z\_SL1 * KSL.KDD_1 + G.Z\_SL2 * KSL.KDD_2 + G.Z\_SL3 * KSL.KDD_3 + G.Z\_SL4 * KSL.KDD_4)$ , где  $KSL.KDD_i$  – значение поля  $KSL.KDD$  из записи справочника  $KSL$ , в которой  $KSL.CODE = G.K\_SL_i$

Указанные значения заполняются отдельно для каждого критерия в GCCMMYY.Z\_SL1, GCCMMYY.Z\_SL2, GCCMMYY.Z\_SL3, GCCMMYY.Z\_SL4 поочередно: 1) при наличии в комбинации 1 критерия заполняется Z\_SL1, а Z\_SL2=Z\_SL3=Z\_SL4=0; 2) при наличии в комбинации 2 критериев заполняются Z\_SL1 и Z\_SL2, а Z\_SL3=Z\_SL4=0 и т.д.

**Таблица 32.1 Критерии КСЛП при расчете стоимости случая заболевания в условиях ДС**

№ критерия в справочнике, KSLMMYY.IDSL	Код критерия (SBRMMYY.CODE_OBJ при TYPE_OBJ='KSLP')	Условие оказания USL_OK	Значение KDGMMYY.CODE	Особые случаи, значение ODGMMYY.TYPE_EXC
44	D3	2	D3	
45	D6	2	D6	D6
46	D7	2	D7	D7
47	D8	2	D8	D8
48	D9	2	D9	D9
49	DA	2	DA	DA
50	DC	2	DC	

**Таблица 292.2 Сочетания критериев КСЛП в круглосуточном стационаре.**

Код критерия	D3	D6	D7	D8	D9	DA	DC
D3		+	+	+	+	+	+
D6	+						+
D7	+						+
D8	+						+
D9	+						+
DA	+						+
DC	+	+	+	+	+	+	

- 3) Значение полей OT\_PER и MSK\_OT должно быть одинаковым для всех записей файла.
- 4) DATE\_IN – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода и значение поля DATE\_OUT.
- 5) DATE\_OUT – значение не должно превышать дату последнего дня месяца - отчетного периода. Значение не должно быть меньше первого дня месяца - отчетного периода за исключением случаев, когда исходом госпитализации является перевод в другое отделение стационара.

- 6)  $KOL\_FACT=1$  для случаев лечения в дневном или круглосуточном стационаре при условии, что  $DATE\_IN=DATE\_OUT$ .
- 7)  $KOL\_FACT \leq DATE\_OUT - DATE\_IN$  для случаев лечения в круглосуточном стационаре при условии, что  $DATE\_IN \neq DATE\_OUT$ , за исключением случаев лечения при использовании СМП, СВП, услуг заместительной почечной терапии ( $MDUMMY.ED\_IZM='10'$ ) и медицинских услуг, относящихся к хирургическим операциям или иным медицинским технологиям ( $MDUMMY.ED\_IZM='12'$ ).
- 8)  $KOL\_FACT \leq DATE\_OUT - DATE\_IN + 1$  для случаев лечения в дневном стационаре при условии, что  $DATE\_IN \neq DATE\_OUT$ .
- 9) Условия Контроль взаимного соответствия полей RES\_GOSP и ISH\_MOV проводится в соответствии со справочником взаимного соответствия исходов заболевания и результатов обращения за медицинской помощью – FLK1MMY.DBF.
- 10) Для записей реестра медицинских услуг, относящихся к медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по ОМС лица ( $MSK\_OT='99'$ ):  $VID\_SF='15'$ .  
 $VID\_SF='15'$  допустим только для  $MSK\_OT='99'$ .
- 11) Если для КСГ ( $VID\_MP=31$ ) указан признак особого случая  $SP\_CASE=2$ , то должны соблюдаться условия:  
 $MKB1=\{'I69.3', 'I69.8', 'T90.5', 'T90.8', 'T91.3', 'T91.1', 'I69.0', 'I69.1'\}$ ;  
 $CODE\_USL='st37.003'$ ;  $CODE\_NOM3='A19.23.002.017'$ .
- 12) Для всех записей реестра случаев при оказании специализированной медицинской помощи ( $VID\_MP=31$ ) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе клинко-статистических групп (КСГ) или клинко-профильных групп (КПГ), оказанной в дневных стационарах всех типов и учтенных по клинко-профильным группам, должно выполняться условие: если  $GCCMMY.USL\_OK=2$  и  $MDUMMY.ED\_IZM='04'$ , то должно выполняться условие:  
 $GCCMMY.PROFIL=DRGMMY.PROFIL$  при  
 $GCCMMY.CODE\_USL=DRGMMY.CODE\_USL$
- 13) Для всех записей реестра случаев лечения по КСГ должны выполняться условия:  $GCCMMY.KZ=DRGMMY.KZ\_VALUE$ ,  $GCCMMY.KU=KY$ , рассчитанному по правилу 2 контроля семантической целостности,  $G.KD=KDGMMY.VALUE$  для  $KDGMMY.CODE='12'$ ,  $G.KDZP=DRGMMY.DZ\_VALUE$ .
- 14) Для всех записей реестра случаев лечения должны выполняться условия:  $VB\_P=1$  при  $RES\_GOSP=\{104, 204\}$ .
- 15) Признак P\_PER должен быть обязательно заполнен для всех записей с  $USL\_OK=\{1,2\}$ .
- 16) Дополнительный классификационный критерий DKK1 заполняется:
- Значением  $V024MMY.IDDKK$  в случае наличия значения  $GDGMMY.DKK$  в справочнике  $V024MMY$  ( $GDG.DKK=V024.IDDKK$ ) при условии  $G.DATE\_OUT > V024.DATEBEG$  and  $G.DATE\_OUT < V024.DATEEND$ ;
  - Значением 'нет' при лечении злокачественных новообразований у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет:  $U.DS\_ONK=2$  и

USL\_OK={1, 2} и Cmmуy.USL\_TIP={2, 4} и VZR<18, где VZR=YEAR(U.DATE\_IN) – YEAR(P.BIRTHDAY)

В остальных случаях DKK1 не заполняется.

- 17) Дополнительный классификационный критерий DKK2 заполняется значением GDGММYY.FRAC для случаев лечения с применением лучевой (или смешанной) терапии злокачественных новообразований. При этом должны выполняться условия:
- LEFT(GCCММYY.DKK2, 2)='fr'
  - В справочнике GDGММYY.DBF есть запись, соответствующая условию G.CODE\_USL=GDG.CODE\_USL и G.DKK2= GDG.FRAC и G.DKK1=GDG.DKK и G.CODE\_NOM1=GDG.CODE\_OPER
  - G.DKK2=V024ММYY.IDDKK при условии G.DATE\_OUT>V024ММYY.DATEBEG и G.DATE\_OUT<V024ММYY.DATEEND.

- 18) Иной классификационный критерий DKK3 заполняется значением GDGММYY.CODE\_OPER2 для случаев:
- лечения с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также иных источников, за исключением средств ОМС.
  - в рамках подгрупп КСГ ds12.010, ds12.011, st12.016, st12.017, st12.018, st36.003, ds36.004, ds37.001 – ds37.016, st02.001, st02.003, st02.004, st12.019, st37.021, st37.022, st37.023, ds29.004, st29.009, st29.011, st31.002, st15.004, st31.003, st34.003

При этом должны выполняться условия:

- GCCММYY.DKK3 не пустое
- В справочнике GDGММYY есть запись, соответствующая условию G.CODE\_USL=GDG.CODE\_USL и G.DKK2=GDG.FRAC и G.DKK1=GDG.DKK и G.CODE\_NOM1=GDG.CODE\_OPER и G.DKK3=GDG.CODE\_OPER2

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

- 19) Для записей с OT\_PER\_U>='0122' значение поля KSLP= Z\_SL1+ Z\_SL2+ Z\_SL3+ Z\_SL4

20) Правило упразднено

21) Правило упразднено

- 22) Для записей с OT\_PER\_U>='0122' заполнение полей K\_SLi должны удовлетворять условиям:

K\_SL1=SBRММYY.CODE\_OBJ при Z\_SL1>0,

K\_SL2=SBRММYY.CODE\_OBJ при Z\_SL2>0,

K\_SL3=SBRММYY.CODE\_OBJ при Z\_SL3>0,

K\_SL4=SBRММYY.CODE\_OBJ при Z\_SL4>0.

K\_SL1#K\_SL2, K\_SL1#K\_SL3, K\_SL1#K\_SL4, K\_SL2#K\_SL3, K\_SL2#K\_SL4, K\_SL3#K\_SL4.

- 23) Не должно быть CODE\_NOMi=DKK1 и CODE\_NOMi=DKK2 при заполненных CODE\_NOMi (i={1, 2, 3}).
- 24) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='1020' недопустимо наличие записей для которых одновременно выполняются следующие условия:
- Сочетание CODE\_USL+DKK3 не найдено в GDGmmyu.CODE\_USL+GDGmmyu.CODE\_OPER2
  - Сочетание CODE\_USL+CODE\_NOM2 не найдено в GDGmmyu.CODE\_USL+GDGmmyu.CODE\_OPER2
- 25) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='1020' для непустых CODE\_NOM2 должно соблюдаться правило LEFT(CODE\_NOM2,1)={'A', 'B'}, где 'A' и 'B' латинские символы.
- 26) Согласно ТС недопустимо наличие законченного случая состоящего из двух записей с одинаковыми значениями U.IDCASE, где в одной из записей CODE\_USL='st02.001.x', а в другой CODE\_USL={'st02.003.x', 'st02.004.x'} и одновременно выполняются следующие условия:
- В записи с CODE\_USL='st02.001.x' значение KOL\_FACT<6;
  - и
  - В записи с CODE\_USL='st02.001.x' значение MKB1 не входит в перечень {'O14.1', 'O34.2', 'O36.3', 'O36.4', 'O42.2'};
  - и
  - В записи с CODE\_USL='st02.001.x' значение RES\_GOSP=104
- 27) Согласно ТС недопустимо наличие записи с MSK\_OT#'99' и CODE\_USL='st02.001.x' и RES\_GOSP#{104, 109} (случай C1) при условии существования в том же своде GCCMMYY записи с CODE\_USL={'st02.003.x', 'st02.004.x'} (случай C2), у которых C2.DATE\_IN=C1.DATE\_OUT и C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER.
- 28) Согласно ТС недопустимо наличие записи с MSK\_OT#' 99' и CODE\_USL={'st12.015', 'st12.016.x', 'st12.017.x', 'st12.018x'} ('x' – цифра, в случае применения подгруппы) и RES\_GOSP=101 (случай C1) при условии существования в том же своде GCCMMYY записи с CODE\_USL='st12.019.x' (случай C2), у которых C2.DATE\_IN-C1.DATE\_OUT<2 и C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER.
- 29) Недопустимо наличие записи с MSK\_OT#'99' и CODE\_USL={'st12.015', 'st12.016.x', 'st12.017.x', 'st12.018x'} ('x' – цифра, в случае применения подгруппы) и (случай C1) при условии существования в том же своде GCCMMYY записи с CODE\_USL={'st12.015', 'st12.016.x', 'st12.017.x', 'st12.018x'} (случай C2), у которых C2.DATE\_IN=C1.DATE\_OUT и C1.IDCASE#C2.IDCASE и C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER и C1.RES\_GOSP#107.
- 30) Недопустимо наличие записи с MSK\_OT#'99' и CODE\_USL='st12.019.x' (случай C1) при условии существования в том же своде GCCMMYY записи с CODE\_USL='st12.019.x' (случай C2), у которых C2.DATE\_IN=C1.DATE\_OUT и C1.IDCASE#C2.IDCASE и C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER.
- 31) Недопустимо наличие записей:  
 KOL\_FACT>11 при DKK3='days1-11'  
 KOL\_FACT<12 при DKK3='days12-99'

KOL\_FACT>13 при DKK3='days1-13'  
 KOL\_FACT<14 при DKK3='days14-99'  
 KOL\_FACT>5 при DKK3='days1-5'  
 KOL\_FACT<6 или KOL\_FACT>11 при DKK3='days6-11'  
 KOL\_FACT>6 при DKK3='days1-6'  
 KOL\_FACT<7 или KOL\_FACT>11 при DKK3='days7-11'  
 KOL\_FACT>20 при DKK3='days1-20'  
 KOL\_FACT<21 при DKK3='days21-99'  
 KOL\_FACT>27 при DKK3='days1-27'  
 KOL\_FACT<28 при DKK3='days28-99'  
 KOL\_FACT<14 или KOL\_FACT>20 при DKK3='days14-20'  
 KOL\_FACT<21 или KOL\_FACT>26 при DKK3='days21-26'  
 KOL\_FACT<27 при DKK3='days27-99'  
 KOL\_FACT<28 или KOL\_FACT>33 при DKK3='days28-33'  
 KOL\_FACT<34 при DKK3='days34-99'  
 KOL\_FACT<14 или KOL\_FACT>30 при DKK3='days14-30'  
 KOL\_FACT<31 при DKK3='days31-99'  
 KOL\_FACT<12 или KOL\_FACT>30 при DKK3='days12-30'  
 KOL\_FACT<12 или KOL\_FACT>23 при DKK3='days12-23'  
 KOL\_FACT<24 при DKK3='days24-99'  
 KOL\_FACT>5 при DKK3='rob1-5'  
 KOL\_FACT>5 при DKK3='reab1-5'  
 KOL\_FACT<6 при DKK3='rob6-99' и (YEAR(GCCMMYY.DATE\_IN)–  
 YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY))<=65  
 KOL\_FACT<6 при DKK3='reab6-99' и (YEAR(GCCMMYY.DATE\_IN)–  
 YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY))<=65  
 KOL\_FACT<20 при DKK3='reab20-99'  
 KOL\_FACT<6 или KOL\_FACT>19 при DKK3='reab6-19' и  
 (YEAR(GCCMMYY.DATE\_IN)–YEAR(PCCMMYY.BIRTHDAY))<=65

- 32) Недопустимо наличие записи с MSK\_OT#99' и USL\_OK={1, 2} и RES\_GOSP=102 (случай C1) при условии существования в том же своде GCCMMYY записи с USL\_OK={1, 2} (случай C2), у которых C2.DATE\_IN=C1.DATE\_OUT (за исключением случаев, где C1.DATE\_IN=C1.DATE\_OUT и C2.DATE\_IN=C2.DATE\_OUT) и C1.P.SERIES=C2.P.SERIES и C1.P.NUMBER=C2.P.NUMBER и C1.P.NOVOB=C2.P.NOVOB.
- 33) Начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='1021' недопустимо наличие записей, для которых одновременно выполняются следующие условия:
- В справочнике GDGmmyu отсутствуют записи, для которых верно условие GDGmmyu.CODE\_USL+ GDGmmyu.MKB=G.CODE\_USL+SPACE(6);
  - В справочнике GDGmmyu отсутствуют записи, для которых верно условие GDGmmyu.CODE\_USL+ GDGmmyu.MKB=G.CODE\_USL + G.MKB1.
- 34) Для КСГ из диапазонов CODE\_USL={'st36.013' – 'st36.015'} (случай C1) обязательно наличие записи с «основной» КСГ с USL\_OK=1 и CODE\_USL#{'st36.013' – 'st36.015'} (случай C2), у которых:
- U.IDCASE(C1)=U.IDCASE(C2);
  - U.DATE\_IN(C1)>=U.DATE\_IN(C2);
  - U.DATE\_OUT(C1)<=U.DATE\_OUT(C2).

- 35) Если в файле FLK8mmyu присутствует хотя бы одна запись, для которой верно условие  $G.USL\_OK+G.CODE\_LPU=FLK8.USL\_OK+FLK8.CODE\_LPU$ , то совокупность значений  $G.USL\_OK+G.CODE\_LPU+G.CODE\_USL$  также должна быть найдена в FLK8mmyu ( $G.USL\_OK+G.CODE\_LPU+G.CODE\_USL=FLK8.USL\_OK+FLK8.CODE\_LPU+FLK8.CODE\_USL$ ).
- 36) Недопустимо наличие записей с непустыми DKK1 и MDUmmyu.MAX\_KOL>0 (при  $G.DKK1=MDUmmyu.CODE\_USL$ ) и  $G.RES\_GOSP\#\{102, 103, 104, 105, 107, 108, 110, 202, 203, 205, 207, 208\}$  и  $KOL\_FACT<MDUmmyu.MAX\_KOL$ .
- 37) Для КСГ случаев медицинской реабилитации  $left(CODE\_USL,4)='st37', 'ds37'$  обязателен профиль медицинской помощи  $G.PROFIL='158'$ . Если в файле Gscmmyu указан  $PROFIL='158'$ , то должно быть  $left(CODE\_USL,4)='st37'$  или  $left(CODE\_USL,4)='ds37'$ .
- 38) Значения  $Z\_SLi$  должны соответствовать значению  $KSLmmyu.ZKOEf$  при  $G.K\_SLi=KSLmmyu.CODE$
- 39) Начиная с  $OT\_PER\_U='0223'$   $KOL\_FACT\geq ODG.KSKPVAL$  и  $DATE\_OUT-DATE\_IN+1\geq ODG.KSKPVAL$  при  $G.DKK1=ODG.CODE\_USL1$  и  $ODG.TYPE\_EXC='AT'$ .
- 40) Если  $CODE\_USL$  найдена в справочнике ODGmmyu по ключу  $G.CODE\_USL=ODG.CODE\_USL1$  и  $ODG.TYPE\_EXC='LK'$ , то в ODGmmyu должна присутствовать запись, найденная по ключу  $U.CODE\_USL=ODG.CODE\_USL1$  и  $ODG.TYPE\_EXC='LK'$  и  $ODG.CODE\_UR=G.CODE\_LPU$ .
- 41) Если  $K\_SLi$ , где  $i = \{1-4\}$ , найдена в справочнике ODGmmyu по ключу  $G.K\_SLi=ODG.K\_SL$  и  $ODG.TYPE\_EXC='LS'$ , то в ODGmmyu должна присутствовать запись, найденная по ключу  $G.K\_SLi=ODG.K\_SL$  и  $ODG.TYPE\_EXC='LS'$  и  $ODG.CODE\_UR=G.CODE\_LPU$ .
- 42) Если  $U.OT\_PER\_U\geq '0323'$  и  $G.CODE\_USL=\{ 'st37.024' - 'st37.026' \}$  (включая подгруппы КСГ), то  $G.KOL\_FACT\geq 30$
- 43) Недопустимы значения  $PROFIL = \{5,167\}$  при  $CODE\_USL \# \{st36.009, st36.010, st36.011\}$ . Недопустимо значение  $PROFIL\_K = \{10\}$  при  $CODE\_USL \# \{st36.009, st36.010, st36.011\}$  и  $RES\_GOSP \# \{105, 102\}$ .
- 44) Если сочетание  $CODE\_USL+CODE\_NOM1$  найдена в справочнике ODGmmyu по ключу  $G.CODE\_USL=ODG.CODE\_USL1$  и  $G.CODE\_NOM1=ODG.CODE\_USL2$  и  $ODG.TYPE\_EXC='LL'$ , то в ODGmmyu должна присутствовать запись, найденная по ключу  $U.CODE\_USL=ODG.CODE\_USL1$  и  $G.CODE\_NOM1=ODG.CODE\_USL2$  и  $ODG.TYPE\_EXC='LL'$  и  $ODG.CODE\_UR=G.CODE\_LPU$ .

## 7.12 Объект «Формула зуба».

### 7.12.1 Краткая характеристика объекта

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

## 7.12.2 Структура объекта

Таблица 30

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

### Примечание.

Дата оказания услуги ZCCMMYY.DATE\_OUT заполняется автоматически по UCCMMYY.DATE\_OUT.

## 7.12.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ CODE\_USL+ DATE\_OUT+ TEETH\_CODE+ OCCLUSION

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

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

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

Таблица 31

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

**Контроль семантической целостности объекта** производится :

DATE\_OUT – должна находиться внутри диапазона {УССММYY.DATE\_IN, УССММYY.DATE\_OUT} дат оказания стоматологической услуги.

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

#### 7.13.1 Краткая характеристика объекта

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

#### 7.13.2 Структура объекта

Таблица 32

№ п.п.	Атрибут объекта	O31	O32	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	O	O	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	O	O	CODE_LPU	CHR	6
3.	Платательщик за медицинскую услугу	O	O	MSK_OT	CHR	2
4.	Уникальный учетный код в МО	O	O	PERSCODE	CHR	15
5.	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента	O	O	NHISTORY	CHR	20
6.	Профиль медицинской помощи	O	O	PROFIL	NUM	3
7.	Медицинская услуга	O	O	CODE_USL	CHR	15
8.	Основной диагноз	O	O	MKB1	CHR	6
9.	Дата начала оказания медицинской услуги	O	O	DATE_IN	DAT	8
10.	Дата окончания оказания медицинской услуги	O	O	DATE_OUT	DAT	8
11.	Тип диспансеризации	O	H	DISP	CHR	3
12.	Признак мобильной медицинской бригады	O	H	VBR	NUM	1
13.	Результат диспансеризации	O	H	RSLT_D	NUM	2
14.	Признак впервые выявленного основного заболевания	O	H	DS1_PR	NUM	1
15.	Диспансерное наблюдение по поводу основного заболевания	O	H	PR_D_N	NUM	1
16.	Признак впервые выявленного сопутствующего заболевания	O	H	DS2_PR	NUM	1
17.	Диспансерное наблюдение по поводу сопутствующего заболевания	O	H	PR_DS2_N	NUM	1
18.	Вид назначения	O	H	NAZ_R	NUM	2
19.	Специальность врача	Y	H	NAZ_SP	NUM	4
20.	Вид обследования (по V029)	Y	H	NAZ_V	NUM	1



21.	Профиль назначения медицинской помощи	У	Н	NAZ_PMP	NUM	3
22.	Профиль койки	У	Н	NAZ_PK	NUM	3

### 7.13.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+  
MKB1+CODE\_USL+ DATE\_IN+ DATE\_OUT+ NAZ\_R+ NAZ\_SP +NAZ\_V

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

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

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

02 – февраль

.....

12 – декабрь

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

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

DISP: заполняется значениями V016ММYY.IDDT.

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

RSLT\_D, результат диспансеризации: заполняется значениями V017ММYY.IDDR.

DS1\_PR, признак впервые выявленного основного заболевания (состояния):

1 – выявлен впервые; 0 – прочее.

PR\_D\_N, сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния):

1 – состоит;

2 – взят;

3 – не подлежит диспансерному наблюдению.

DS2\_PR, признак впервые выявленного сопутствующего заболевания (состояния):

1 – выявлен впервые; 0 – прочее.

PR\_DS2\_N, сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания (состояния):

1 – состоит;

2 – взят;

3 – не подлежит диспансерному наблюдению.

NAZ\_R, вид назначения. Допустимые значения:

- 1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления;
- 2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию;
- 3 – направлен на обследование;
- 4 – направлен в дневной стационар;
- 5 – направлен на госпитализацию;
- 6 – направлен в реабилитационное отделение;
- 0 – назначение отсутствует.

NAZ\_SP, специальность врача: заполняется при NAZ\_R=1 или NAZ\_R=2 значениями V021ММУУ.IDSPEC; 0 – при других NAZ\_R.

NAZ\_V, вид обследования:

- 1) заполняется согласно справочнику V029ММУУ.DBF при NAZ\_R=3;
- 2) 0 – заполнение отсутствует (NAZ\_R#3).

NAZ\_PMP, профиль медицинской помощи: заполняется при NAZ\_R=4 или NAZ\_R=5 значениями PMPММУУ.IDPR; 0 – при других NAZ\_R.

NAZ\_PK, профиль койки: заполняется при NAZ\_R=6 значениями V020ММУУ.IDK\_PR; 0 – при NAZ\_R#6.

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

Таблица 33

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	'46000000' + MSK_OT	SMOММУУ.DBF	REGION+CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код Московской области
2.	OT_PER+CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE	PCCММУУ.DBF	OT_PER+CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE	
3.	CODE_LPU	LPUММУУ.DBF	CODE_LPU	
4.	PROFIL	PMPММУУ.DBF	PROFIL	
5.	CODE_USL	MDUММУУ.DBF	CODE_USL	
6.	OT_PER+ CODE_LPU+MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+MKB1+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	UCCММУУ.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+MSK_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	
7.	DISP	V016ММУУ.xml	IDDT	Классификатор типов диспансеризации
8.	RSLT_D	V017ММУУ.xml	IDDR	Классификатор результатов диспансеризации
9.	DISP+str(RSLT_D)	V016ММУУ.xml	IDDT+str(RULE)	Если значение N.DISP найдено в справочнике V016ММУУ и

				V016ММYY. DATEBEG<= N.DATE_OUT<= V016ММYY. DATEEND значение N.RSLT_D должно принадлежать набору значений V016ММYY. DTRULE.
10.	NAZ_SP	V021ММYY.xml	IDSPEC	Классификатор медицинских специальностей
11.	NAZ_PMP	PMPММYY.DBF	IDPR	Справочник профилей медицинской помощи
12.	NAZ_PK	V020ММYY.xml	IDK_PR	Классификатор профилей коек
13.	NAZ_V	V029ММYY.xml	IDMET	Классификатор методов диагностического исследования
14.	CODE_USL+DISP	FLK2ММYY.dbf	CODE_USL+DISP	Справочник соответствия типа диспансеризации и медицинской услуги

**Контроль семантической целостности объекта** производится :

Контроль семантической целостности производится для записей файла Nссммуу начиная с отчетного периода U.OT\_PER\_U>='0920'.

1. Если значение Nссммуу.CODE\_USL найдено в справочнике FLK2ММYY.dbf и поле FLK2ММYY.SEX заполнено, то значение поля Pссммуу.SEX в соответствующей записи файла «Пациент» должно быть равно FLK2ММYY.SEX.
2. Если значение Nссммуу.CODE\_USL найдено в справочнике FLK2ММYY.dbf и поле FLK2ММYY.VOZR заполнено, то вычисляемое значение  $VZR=YEAR(UCCММYY.DATE\_IN)-YEAR(PCCММYY.BIRTHDAY)$  из соответствующих записей файла «Пациент» и «Медицинская услуга» должно входить в список значений перечисленных в поле FLK2ММYY.VOZR.
3. Если в значении Nссммуу.CODE\_USL присутствует латинский символ «M», то значение VBR=1.
4. Если значение VBR=1, то в значении NCCММYY.CODE\_USL должен присутствовать латинский символ «M».
5. При RSLT\_D={3,4,5,31,32} NAZ\_R#0.

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

**7.14.1 Краткая характеристика объекта**

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

#### 7.14.2 Структура объекта

Таблица 34

№ п.п.	Атрибут объекта	O31	O32	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	O	O	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	O	O	CODE_LPU	CHR	6
3.	СМО-платательщик за медицинскую услугу	O	O	MSK_OT	CHR	2
4.	Уникальный учетный код в МО	O	O	PERSCODE	CHR	15
5.	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента	O	O	NHISTORY	CHR	20
6.	Профиль медицинской помощи	O	O	PROFIL	NUM	3
7.	Основной диагноз	O	O	MKB1	CHR	6
8.	Медицинский работник	O	O	CODE_MD	CHR	6
9.	Медицинская услуга	O	O	CODE_USL	CHR	15
10.	Дата начала оказания медицинской услуги	O	O	DATE_IN	DAT	8
11.	Дата окончания оказания медицинской услуги	O	O	DATE_OUT	DAT	8
12.	Повод обращения (по N018 при УССММУУ.DS_ONK=2)	Y	H	DS1_T	NUM	1
13.	Стадия заболевания (по N002)	Y	H	STAD	NUM	3
14.	Значение Tumor (по N003)	Y	H	ONK_T	NUM	3
15.	Значение Nodus (по N004)	Y	H	ONK_N	NUM	3
16.	Значение Metastasis (по N005)	Y	H	ONK_M	NUM	3
17.	Признак выявления отдаленных метастазов (при DS1_T=1 или 2)	Y	H	MTSTZ	NUM	1
18.	Тип диагностического показателя	Y	H	DIAG_TIP	NUM	1
19.	Код диагностического показателя (по N007 или N010)	Y	H	DIAG_CODE	NUM	3
20.	Код результата диагностики (по	Y	H	DIAG_RSLT	NUM	3

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

### 7.14.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+  
CODE\_MD+ CODE\_USL+ DATE\_IN+ DATE\_OUT+ DIAG\_TIP+ DIAG\_CODE +  
PR\_CONS+ B\_PROT+ PROT+ NAPR\_USL+ NAPR\_V+ MET\_ISSL+ HIR\_TIP+  
LEK\_TIP\_L+ LEK\_TIP\_V+ LUCH\_TIP+ REGNUM+ DATE\_INJ+ CODE\_SH+ VID\_VME

**Контроль доменной целостности объекта** производится для полей:

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

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

.....

12 – декабрь

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

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

VZR=YEAR(UCCMMYY.DATE\_IN)-YEAR(PCMMYY.BIRTHDAY)

DS1\_T, повод обращения:

- 1) заполняется согласно справочнику N018ММYY.XML для UCCMMYY.DS\_ONK=2;
- 2) 9 – при UCCMMYY.DS\_ONK#2.

STAD, стадия заболевания:

Заполняется по справочнику N002ММYY.XML, обязательно к заполнению (STAD>0) при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1\_T={0, 1, 2, 3, 4});

Начиная с OT\_PER\_U>='0220' для STAD#{0, 145-161} значение С.МKB1 должно совпадать со значением N002.DS\_ST записи, соответствующей STAD (до подрубрики включительно при ее наличии в N002.DS\_ST и без учета подрубрики при ее отсутствии в N002.DS\_ST).

ONK\_T:

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

Начиная с OT\_PER\_U>='0220' для ONK\_T#{0, 182-188} значение С.МKB1 должно совпадать со значением N003.DS\_T записи, соответствующей ONK\_T (до подрубрики включительно при ее наличии в N003.DS\_T и без учета подрубрики при ее отсутствии в N003.DS\_T)

ONK\_N:

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

Начиная с OT\_PER\_U>='0220' для ONK\_N#{0, 99-103} значение С.МKB1 должно совпадать со значением N004.DS\_N записи, соответствующей ONK\_N (до подрубрики включительно при ее наличии в N004.DS\_N и без учета подрубрики при ее отсутствии в N004.DS\_N)

#### ONK\_M:

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

Начиная с ОТ\_PER\_U>='0220' для ONK\_M#{0, 56-58} значение С.МКВ1 должно совпадать со значением N005.DS\_M записи, соответствующей ONK\_M (до подрубрики включительно при ее наличии в N005.DS\_M и без учета подрубрики при ее отсутствии в N005.DS\_M)

#### MTSTZ, признак выявления отдаленных метастазов:

1 – при выявлении в случае DS1\_T={1, 2};

0 – не выявлено

#### DIAG\_TIP, тип диагностического показателя:

1 – гистологический признак (при наличии диагностических мероприятий и DS1\_T#9);

2 – маркер (ИГХ или МГИ) (при наличии диагностических мероприятий и DS1\_T#9);

0 – при отсутствии диагностических мероприятий или DS1\_T=9.

#### DIAG\_CODE, код диагностического показателя:

1) при DIAG\_TIP=1:

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

2) при DIAG\_TIP=2:

- заполняется по справочнику N010ММYY.XML;
- если значение LEFT(С.МКВ1, 3) есть в справочнике N012ММYY.XML, то поле С.DIAG\_CODE должно быть заполнено значением N012ММYY.ID\_IGH из одной из записей справочника N012ММYY.XML, соответствующих ключевому выражению: LEFT(N012ММYY.DS\_IGH, 3)=LEFT(С.МКВ1, 3);

3) 0 – при DIAG\_TIP=0.

#### DIAG\_RSLT, код результата диагностики:

1) при DIAG\_TIP=1 заполняется по справочнику N008ММYY.XML;

2) при DIAG\_TIP=2 заполняется по справочнику N011ММYY.XML;

3) 0 – при DIAG\_TIP=0 или REC\_RSLT=0.

#### DIAG\_DATE, дата взятия материала для проведения диагностики начиная с отчетного периода ОТ\_PER\_U>='0919' :

Обязательно к заполнению при проведении диагностики (DIAG\_TIP#0) для DS1\_T#9.

#### REC\_RSLT, признак получения результата диагностики:

1) 1 – при получении результата диагностики;

2) 0 – при отсутствии диагностики или её результата.

#### В\_PROT, признак наличия противопоказания или отказа:

1) 1 – при наличии противопоказания или отказа и DS1\_T#9;

2) 0 – при отсутствии противопоказания или отказа или DS1\_T=9.

#### PROT, код противопоказания или отказа:

- 1) при B\_PROT=1 (наличие противопоказания или отказа и DS1\_T#9) – заполняется по справочнику N001ММYY.XML;
- 2) при B\_PROT=0 – игнорируется.

D\_PROT, дата регистрации противопоказания или отказа:

- 1) заполняется только при B\_PROT=1;
- 2) D\_PROT не должна быть больше DATE\_OUT.

NAPR\_V, вид направления, заполняется согласно справочнику V028:

- 1) обязателен к заполнению значением > 0 при UCCММYY.DS\_ONK=1
- 2) Может быть заполнен при UCCММYY.DS\_ONK=2 и наличии направления
- 3) Заполняется значением 0 при UCCММYY.DS\_ONK=2 и отсутствии направления.

NAPR\_DATE, дата направления или назначения:

- 1) обязательна к заполнению при NAPR\_V#0;
- 2) обязательна к заполнению при UCCММYY.DS\_ONK=1 и NCCММYY.NAZ\_R={2, 3}
- 3) должно быть DATE\_IN<=NAPR\_DATE<=DATE\_OUT.

MET\_ISSL, метод диагностического исследования:

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

NAPR\_USL, медицинская услуга, указанная в направлении: обязательно заполняется по номенклатуре услуг из справочника V001ММYY.xml при одном из условий:

- MET\_ISSL#0
- N.NAZ\_R=3 и U.DS\_ONK=1

PR\_CONS, сведения о проведении консилиума:

заполняется согласно справочнику N019ММYY.XML при UCCММYY.DS\_ONK#0.

DT\_CONS, дата проведения консилиума начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0919':

- 1) обязательно заполняется только при PR\_CONS={1, 2, 3};
- 2) DT\_CONS не должна быть больше DATE\_OUT, DT\_CONS<=DATE\_OUT.

NUM\_CONS, номер (идентификатор) консилиума:

заполняется при наличии.

USL\_TIP, тип услуги начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0919':

- 1) при DS1\_T#9 и B\_PROT=0 и USL\_OK={1, 2} заполняется по справочнику N013ММYY.XML;
- 2) 0 – при DS1\_T=9;
- 3) при B\_PROT#0 принимает значение 0;
- 4) при DS1\_T#9 и B\_PROT=0 и USL\_OK#{1, 2} принимает значение по справочнику N013ММYY.DBF или не заполняется.
- 5) USL\_TIP может принимать значение 2 только при условии LEFT(CODE\_SH,2)='sh' или LEFT(CODE\_SH,3)='gem' или LEFT(CODE\_SH,3)='net';
- 6) USL\_TIP может принимать значение 4 только при условии LEFT(CODE\_SH,2)='mt' или LEFT(CODE\_SH,2)='sh' или LEFT(CODE\_SH,3)='net'.

HIR\_TIP, тип хирургического лечения:

- 1) при USL\_TIP=1 заполняется по справочнику N014ММYY.XML;



2) 0 – при USL\_TIP#1.

LEK\_TIP\_L, линия лекарственной терапии:

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

LEK\_TIP\_V, цикл лекарственной терапии:

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

LUCH\_TIP, тип лучевой терапии:

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

SOD, суммарная очаговая доза:

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

DS1\_F, признак первичности выявления заболевания, заполняется цифрой 1 или 0 для УССММYY.DS\_ONK=2 и УССММYY.P\_CEL#1.3':

1 – впервые; 0 – ранее.

REGNUM, регистрационный номер лекарственного противоопухолевого препарата:

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

DATE\_INJ, дата введения лекарственного противоопухолевого препарата начиная с отчетного периода ОТ\_PER\_U>='0919' :

- 1) обязательно заполняется при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4;
- 2) не заполняется при USL\_TIP#2 и USL\_TIP#4;
- 3) DATE\_INJ не должна быть больше DATE\_OUT и не должна быть меньше DATE\_IN, DATE\_IN<=DATE\_INJ<=DATE\_OUT.

K\_FR, Количество фракций проведения лучевой терапии:

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

WEI, Масса тела (кг):

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

HEI, Рост (см):

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

BSA, Площадь поверхности тела (м<sup>2</sup>):

- 1) обязательно заполняется при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4;
- 2) может принимать значение 0 при любых USL\_TIP;

3) значение BSA может быть больше 0 только при HEI>0 и WEI>0 и не может быть больше 5,99.

PPTR, Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса:

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

0 - при отсутствии.

CODE\_SH, Код схемы лекарственной терапии:

1) при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4 начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0419' обязательно заполняется значением V024ММYY.IDDKK в случае наличия значения CODE\_SH в справочнике V024ММYY (CODE\_SH=V024ММYY.IDDKK) при условии CссММYY.DATE\_OUT>V024ММYY.DATEBEG и CссММYY.DATE\_OUT<V024ММYY.DATEEND, за исключением:

- лечения злокачественных новообразований у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет - при UссММYY.DS\_ONK=2 и USL\_OK={1, 2} и VZR<18, где VZR=YEAR(UссММYY.DATE\_IN)-YEAR(PссММYY.BIRTHDAY) заполняется значением 'нет'.

2) начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0321' не заполняется при USL\_TIP={1,3} или (USL\_TIP>4 и MKB1#{C81-C97, D45-D47})

3) начиная с отчетного периода OT\_PER\_U>='0321' заполняется значением «нет» при USL\_TIP>4 и MKB1={C81-C97, D45-D47}

VID\_VME, Вид медицинского вмешательства. Начиная с отчетного периода

OT\_PER\_U>='0419' обязателен к заполнению по справочнику V001ММYY.XML при выполнении одного из условий:

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

**Контроль ссылочной целостности объекта производится для полей:**

Таблица 35

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	'46000000'+ MSK_OT	SMOMМYY.DBF	REGION+ CODE_SMO	'46000000' - регулярное выражение – код Московской области
2.	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE	PссММYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+ MSK_OT+ PERSCODE	
3.	CODE_LPU	LPUMМYY.DBF	CODE_LPU	
4.	PROFIL	PMPММYY.DBF	PROFIL	
5.	CODE_USL	MDUMМYY.DBF	CODE_USL	
6.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	UссММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	При OT_PER_U<'0320'
	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ NHISTORY + MKB1 +	UссММYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ NHISTORY + MKB1 +	Начиная с OT_PER_U='0320'

	CODE_MD + PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)		CODE_MD + PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	
7.	PROT	N001MMYY.XML	ID_PROT	Классификатор противопоказаний и отказов
8.	STAD#0	N002MMYY.XML	ID_ST	Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N002mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута STAD = ID_ST и условием: U.DATE_OUT> N002.DATEBEG and U.DATE_OUT< N002.DATEEND
9.	ONK_T#0	N003MMYY.XML	ID_T	Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N003mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута ONK_T = ID_T и условием: U.DATE_OUT> N003.DATEBEG and U.DATE_OUT< N003.DATEEND
10.	ONK_N#0	N004MMYY.XML	ID_N	Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N004mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута ONK_N = ID_N и условием: U.DATE_OUT> N004.DATEBEG and U.DATE_OUT< N004.DATEEND
11.	ONK_M#0	N005MMYY.XML	ID_M	Начиная с отчетного периода OT_PER_U>='0919' В справочнике N005mmyu.xml выбирается элемент со значением

				атрибута ONK_M = ID_M и условием: U.DATE_OUT> N005.DATEBEG and U.DATE_OUT< N005.DATEEND
12.	DIAG_CODE при DIAG_TIP=1	N007ММYY.XML	ID_MRF	Классификатор гистологических признаков
13.	DIAG_CODE при DIAG_TIP=2	N010ММYY.XML	ID_IGH	Классификатор маркёров
14.	str(DIAG_CODE)+ str(DIAG_RSLT) при DIAG_TIP=1	N008ММYY.XML	str(ID_MRF)+ str(ID_R_M)	Начиная с отчетного периода ОТ_PER_U>='0919' В справочнике N008mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута str(DIAG_CODE)+ str(DIAG_RSLT) = str(ID_MRF)+ str(ID_R_M) и условием: C.DIAG_DATE > N008.DATEBEG and C.DIAG_DATE <N008.DATEEND
15.	str(DIAG_CODE)+ str(DIAG_RSLT) при DIAG_TIP=2	N011ММYY.XML	str(ID_IGH)+ str(ID_R_I)	Начиная с отчетного периода ОТ_PER_U>='0919' В справочнике N011mmyu.xml выбирается элемент со значением атрибута str(DIAG_CODE)+ str(DIAG_RSLT) = str(ID_IGH)+ str(ID_R_I) и условием: C.DIAG_DATE> N011.DATEBEG and C.DIAG_DATE <N011.DATEEND
16.	USL_TIP#0	N013ММYY.XML	ID_TLECH	Классификатор типов лечения
17.	HIR_TIP#0	N014ММYY.XML	ID_THIR	Классификатор типов хирургического лечения
18.	LEK_TIP_L#0	N015ММYY.XML	ID_TLEK_L	Классификатор линий лекарственной терапии

19.	LEK_TIP_V#0	N016ММYY.XML	ID_TLEK_V	Классификатор циклов лекарственной терапии
20.	LUCH_TIP#0	N017ММYY.XML	ID_TLUCH	Классификатор типов лучевой терапии
21.	DS1_T#9	N018ММYY.XML	ID_REAS	Классификатор поводов обращения
22.	PR_CONS#0	N019ММYY.XML	ID_CONS	Классификатор целей консилиума
23.	NAPR_V при UCCММYY.DS_ONK=1	V028ММYY.XML	IDVN	Классификатор видов направления
24.	MET_ISSL при NAPR_V=3	V029ММYY.XML	IDMET	Классификатор методов диагностического исследования
25.	OT_PER+CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+NHISTORY+ PROFIL+CODE_USL+dtos(DATE_IN)+dtos(DATE_OUT)	GCCММYY.DBF	OT_PER+CODE_LPU+MSK_OT+PERSCODE+NHISTORY+PROFIL+CODE_USL+dtos(DATE_IN)+dtos(DATE_OUT)	Для USL_OK={1,2}
26.	REGNUM при USL_TIP=2 или USL_TIP=4	N020ММYY.XML	ID_LEKP	Классификатор лекарственных препаратов, применяемых при проведении лекарственной терапии
27.	CODE_SH+ REGNUM	N021ММYY.XML	CODE_SH+ ID_LEKP	Контроль проводится начиная с отчетного периода OT_PER_U>='1119' для записей с (USL_TIP=2 или USL_TIP=4) и С.CODE_SH присутствует среди значений N021. CODE_SH
28.	CODE_SH при USL_TIP=2 или USL_TIP=4	V024ММYY.XML	IDDKK	Справочник классификационных критериев ФОМС. Кроме случаев заполнения значением 'нет' согласно контроля доменной целостности объекта.
29.	VID_VME при USL_TIP={1, 3, 4, 6}	V001ММYY.XML	S_CODE	Справочник «Классификатор НРУЗ ФОМС»

30.	NAPR_USL при MET_ISSL#0	V001MMYY.XML	S_CODE	Справочник «Классификатор НРУЗ ФОМС»
31.	U.MKB1+CODE_SH	GDGmmyy.dbf	MKB+DKK	Для left(CODE_SH,2) = {'sh', 'ge'} и MDU.GR_PLAN = {'K1','D2'}

### Контроль семантической целостности объекта СССММYY:

1. Начиная с OT\_PER\_U>='0123' недопустимо наличие записей, для которых одновременно выполняются условия:

- C.NUM\_CONS не заполнено;
- MDU,GR\_PLAN='PT';
- U.MKB1#{ 'C34', 'C37.9', 'C38.1', 'C38.2', 'C38.3', 'C43', 'C51', 'C60.9', 'C63.2', 'C69.0', 'C00'-'C26', 'C30-C32', 'C52', 'C53', 'C77', 'C78', 'C79', 'C45.0', 'C45.1', 'C45.2', 'C45.7', 'C45.9', 'C76'-'C80', 'C81', 'C82', 'C83.3', 'C83.7', 'C85.2', 'C91.8', 'C84.5', 'C84.6', 'C84.7', 'C84.9', 'C86.0', 'C86.5', 'C90', 'C90.0', 'C90.1', 'C90.2', 'C90.3', 'C91.0', 'C91.5', 'C91.7', 'C91.8', 'C91.9', 'C83.5', 'C83.7', 'C91.1'}

Примечание: для диагнозов, указанных до группы, правило распространяется на все входящие подгруппы.

2. Начиная с OT\_PER\_U>='0124' если C.REGNUM непустое и в справочнике FLK9mmyu найдено сочетание при котором U.MKB1 = FLK9.MKB и C.DIAG\_TIP = FLK9.DIAG\_TIP и C.DIAG\_CODE = FLK9.DIAG\_CODE и C.DIAG\_RSLT = FLK9.DIAG\_RSLT, то в справочнике FLK9mmyu должна присутствовать строка с U.MKB1 = FLK9.MKB и C.DIAG\_TIP = FLK9.DIAG\_TIP и C.DIAG\_CODE = FLK9.DIAG\_CODE и C.DIAG\_RSLT = FLK9.DIAG\_RSLT и C.REGNUM = FLK9.REGNUM.

## 7.15 Объект «Сведения о лечении заболеваний новой коронавирусной инфекцией COVID-19».

### 7.15.1 Краткая характеристика объекта

Объект «Сведения о лечении заболеваний новой коронавирусной инфекцией COVID-19» представляется в виде записи файла «Сведения о лечении заболеваний новой коронавирусной инфекцией COVID-19» и является дополнением к объекту «Медицинская услуга» (YССММYY.DBF).

### 7.15.2 Структура объекта

Таблица 36

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
1.	Отчетный период	О	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	О	CODE_LPU	CHR	6
3.	СМО-плательщик за медицинскую	О	MSK_OT	CHR	2

	услугу				
4.	Уникальный учетный код в МО	O	PERSCODE	CHR	15
5.	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента	O	NHISTORY	CHR	20
6.	Профиль медицинской помощи	O	PROFIL	NUM	3
7.	Основной диагноз	O	MKB1	CHR	6
8.	Медицинский работник	O	CODE_MD	CHR	6
9.	Медицинская услуга	O	CODE_USL	CHR	15
10.	Дата начала оказания медицинской услуги	O	DATE_IN	DAT	8
11.	Дата окончания оказания медицинской услуги	O	DATE_OUT	DAT	8
12.	Вес пациента (кг)	Y	WEI	NUM	3
13.	Если USL_OK=1, то "Дата введения лекарственного препарата", если USL_OK=3, то "Дата назначения лекарственного препарата"	Y	DATA_INJ	DAT	8
14.	Код схемы лечения пациента/код группы препарата	Y	CODE_SH	CHR	5
15.	Идентификатор лекарственного препарата	Y	REGNUM	CHR	6
16.	Код маркировки лекарственного препарата (заполняется при наличии)	Y	COD_MARK	CHR	100
17.	Единица измерения дозы лекарственного препарата	Y	ED_IZM	CHR	3
18.	Доза введения лекарственного препарата	Y	DOSE_INJ	NUM	8,2
19.	Путь введения лекарственного препарата	Y	METHOD_INJ	CHR	3
20.	Количество введений	Y	COL_INJ	NUM	5

### 7.15.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+  
CODE\_MD+ CODE\_USL+ DATE\_IN+ DATE\_OUT+ DATA\_INJ+ CODE\_SH+ REGNUM+  
DOSE\_INJ+ COL\_INJ

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

Таблица 37

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

1.	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ NHISTORY + MKB1 + CODE_MD + PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	UCCMMYY.DBF	OT_PER+ CODE_LPU+ MSK_OT+PERSCODE+ NHISTORY + MKB1 + CODE_MD + PROFIL+ CODE_USL+ dtos(DATE_IN)+ dtos(DATE_OUT)	Начиная с U.OT_PER_U = '0122'
2.	METHOD_INJ	M003MMYY.XML	ID	
3.	ED_IZM	M004MMYY.XML	ID	
4.	CODE_SH+ REGNUM	V033MMYY.XML	ScheDrugGrCd + DrugCode	Для заполненных CODE_SH
5.	REGNUM	N020MMYY.XML	ID_LEKP	Для заполненных

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

- 1) Поля CODE\_SH, DATA\_INJ обязательны для заполнения при ( $LEFT(CODE\_USL,2)='st'$  или  $MDU.GR\_PLAN=\{'RP', 'PP', 'OA'\}$ ) и  $G.DKK1\#'stt5'$  и  $LEFT(CODE\_USL,4)\#'st37'$  и  $U.MKB2\#\{O00-O99, Z34-Z35\}$  и возраст пациента на дату начала лечения больше или равно 18 лет. Допустимо заполнение в остальных случаях.
- 2) Поля REGNUM, ED\_IZM, DOSE\_INJ, METHOD\_INJ, COL\_INJ обязательны для заполнения, если в справочнике V031 "Группа препаратов" найдена запись с  $SUBSTR(CODE\_SH,5,1)=V031.DrugGroupCode$  и  $V031.ManIndMNN=1$ .
- 3)  $MKB1=\{'U07.1', 'U07.2'\}$ .
- 4)  $LEFT(CODE\_USL,2)='st'$  или  $MDU.GR\_PLAN=\{'RP', 'PP', 'OA'\}$
- 5) Поле WEI обязательно для заполнения и должно быть больше 0 и не может быть больше 500 при  $left(CODE\_USL,2)='st'$  и  $G.DKK1\#'stt5'$  и  $LEFT(CODE\_USL,4)\#'st37'$  и  $U.MKB2\#\{O00-O99, Z34-Z35\}$  и возраст пациента на дату начала лечения больше или равно 18 лет. В остальных случаях поле WEI может равняться 0.

## 7.16 Объект «Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека».

### 7.16.1 Краткая характеристика объекта

Объект «Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека» представляется в виде записи файла «Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека» и является дополнением к объекту «Медицинская услуга» (ICSMYY.DBF).

### 7.16.2 Структура объекта

Таблица 38

№ п.п.	Атрибут объекта	ОЗ	Имя поля DBF	Тип DBF	Размер DBF
--------	-----------------	----	--------------	---------	------------



1.	Отчетный период	O	OT_PER	CHR	4
2.	Медицинская организация (МО)	O	CODE_LPU	CHR	6
3.	СМО-плательщик за медицинскую услугу	O	MSK_OT	CHR	2
4.	Уникальный учетный код в МО	O	PERSCODE	CHR	15
5.	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента	O	NHISTORY	CHR	20
6.	Профиль медицинской помощи	O	PROFIL	NUM	3
7.	Основной диагноз	O	MKB1	CHR	6
8.	Медицинский работник	O	CODE_MD	CHR	6
9.	Медицинская услуга	O	CODE_USL	CHR	15
10.	Дата начала оказания медицинской услуги	O	DATE_IN	DAT	8
11.	Дата окончания оказания медицинской услуги	O	DATE_OUT	DAT	8
12.	Дата установки медицинского изделия	O	DATE_MED	DAT	8
13.	Код вида медицинского изделия	O	MEDDEV	CHR	6
14.	Серийный номер (при отсутствии указывать маркировочный код)	O	NUMBER_SER	CHR	100

### 7.16.3 Правила контроля объекта

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

OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+ PERSCODE+ NHISTORY+ PROFIL+ MKB1+  
CODE\_MD+ CODE\_USL+ DATE\_IN+ DATE\_OUT+ DATE\_MED + MEDDEV+  
NUMBER\_SER

**Контроль ссылочной целостности объекта** производится для полей:

Таблица 39

№ п/п	Имя поля (ссылочное условие)	Имя справочника (связанной таблицы)	Ключевое выражение в справочнике (связанной таблице)	Примечание
1.	CODE_USL	V036ММYY.XML	S_CODE	Для LEFT(CODE_USL,1) = 'А'
2.	HMP.METOD_HMP	V037ММYY.XML	CODE	Для HMP.METOD_HMP = V037.CODE при U.CODE_USL = HMP.CODE_USL

3.	MEDDEV	M002ММYY.XML	RZN	
----	--------	--------------	-----	--

Совокупность значений полей OT\_PER+ CODE\_LPU+ MSK\_OT+PERSCODE+ NHISTORY + MKB1 + CODE\_MD + PROFIL+ CODE\_USL+ dtos(DATE\_IN)+ dtos(DATE\_OUT) должна присутствовать в одной из связанных таблиц GCCMMYY или UCCMMYY по одному из ключевых выражений:

- G.OT\_PER+ G.CODE\_LPU+ G.MSK\_OT+G.PERSCODE+ G.NHISTORY + G.MKB1 + G.CODE\_MD + G.PROFIL+ G.CODE\_NOM1+ dtos(G.DATE\_IN)+ dtos(G.DATE\_OUT)
- G.OT\_PER+ G.CODE\_LPU+ G.MSK\_OT+G.PERSCODE+ G.NHISTORY + G.MKB1 + G.CODE\_MD + G.PROFIL+ G.CODE\_NOM2+ dtos(G.DATE\_IN)+ dtos(G.DATE\_OUT)
- G.OT\_PER+ G.CODE\_LPU+ G.MSK\_OT+G.PERSCODE+ G.NHISTORY + G.MKB1 + G.CODE\_MD + G.PROFIL+ G.CODE\_NOM3+ dtos(G.DATE\_IN)+ dtos(G.DATE\_OUT)
- U.OT\_PER+ U.CODE\_LPU+ U.MSK\_OT+U.PERSCODE+ U.NHISTORY + U.MKB1 + U.CODE\_MD + U.PROFIL+ U.CODE\_USL+ dtos(U.DATE\_IN)+ dtos(U.DATE\_OUT)

## 8. Конечный результат процесса обмена

Конечным результатом процесса информационного обмена является:

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

## 9. Обязанности сторон

В обязанности сторон по процессу информационного обмена входит:

- Обеспечение безопасности передаваемой (принимаемой) информации в соответствии с требованиями действующих правовых и нормативных документов. В том числе, неразглашение сведений, содержащих врачебную тайну.
- Соблюдение сроков передачи и приема объектов информационного обмена.
- Своевременное информирование другой стороны о технической или организационной невозможности осуществить процедуру информационного обмена.
- Принятие всевозможных мер для организации информационного обмена с помощью защищенных телекоммуникационных средств.

## 10. Основания для отказа в осуществлении процедур и порядок обжалования

Основаниями для отказа в осуществлении процедур информационного обмена являются:

- Отсутствие актуальной нормативно-справочной информации для осуществления информационного обмена за отчетный период к началу месяца, следующего за отчетным. Ответственная сторона – ТФОМС МО. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – МО. Документ, подтверждающий отказ, – Письмо на имя Исполнительного директора ТФОМС МО в течение 3-х дней месяца, следующего за отчетным периодом.

- Нарушение целостности Пакета (Свода в составе Пакета, объекта информационного обмена в составе Свода) передаваемых данных передающей стороной. Ответственная сторона – передающая данные. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – принимающая данные. Документ, подтверждающий отказ – Протокол форматно-логического контроля целостности, заполненный в части дефектов, относящихся к целостности Пакета (Свода в составе Пакета, объекта информационного обмена в составе Свода).
- Отсутствие результатов сверки и идентификации по РС ЕРЗ. Ответственная сторона – ТФОМС МО. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – МО. Документ, подтверждающий отказ – Письмо (информационное сообщение) МО в ТФОМС МО со ссылкой на отсутствие (неполучение) «Протокола сверки персональных данных реестра пролеченных пациентов с РС ЕРЗ»;
- Отсутствие результатов сверки и идентификации по ФЕРЗЛ. Ответственная сторона – ТФОМС МО. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – МО. Документ, подтверждающий отказ – Письмо (информационное сообщение) МО в ТФОМС МО со ссылкой на отсутствие (неполучение) «Протокола сверки персональных данных реестра пролеченных пациентов с ФЕРЗЛ»;
- Невозможность проведения сверки и идентификации по ФЕРЗЛ. Ответственная сторона – ТФОМС МО. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – ТФОМС МО. Документ, подтверждающий отказ – информационное сообщение об отсутствии технических условий для проведения сверки и идентификации по ФЕРЗЛ;
- Отсутствие сопроводительных документов у передающей стороны.
- Нарушение регламентированных сроков информационного взаимодействия со стороны передающей стороны без письменного объяснения причин руководителем МО.

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

## **11. Порядок получения консультаций по процессу обмена**

Консультации по процессу информационного обмена предоставляются Управлением информационного обеспечения ТФОМС МО ежедневно за исключением выходных и праздничных дней с 10-00 до 17-30 по телефону:

(495) 587-87-89 (многоканальный)

или по электронной почте:

berezhnaia\_tv@mofoms.ru

balabaev\_am@mofoms.ru

ldv@mofoms.ru



«   » \_\_\_\_\_ 201\_ г

### Протокол форматно-логического контроля

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

Организация	Код	Наименование
МО		

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

Характеристика файла	Имя файла	Дата и время последней модификации	Размер

Выявлены следующие дефекты представления файлов:

№ п/п	Имя файла	Код ошибки	Наименование ошибки

Выявлены следующие дефекты представления данных:

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

«Передал» Ответственный от МО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

«Принял» Ответственный от ТФОМС МО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

«    » \_\_\_\_\_ 202\_ г

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

Организация	Код	Наименование
МО		

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

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

Проведена сверка файла:

Характеристика файла	Имя файла	Дата и время последней модификации	Размер

Установлены следующие факты сверки и идентификации:

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

«Передал» Ответственный от ТФОМС МО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

«Принял» Ответственный от МО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

«   » \_\_\_\_\_ 202\_ г

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

Организация	Код	Наименование
МО		

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

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

Проведена сверка файла:

Характеристика файла	Имя файла	Дата и время последней модификации	Размер

Установлены следующие факты сверки и идентификации:

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

«Передал» Ответственный от ТФОМС МО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

«Принял» Ответственный от МО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

«Утверждаю»  
Руководитель МО

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

«    » \_\_\_\_\_ 202\_ г

### Акт

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

Отчетный период: \_\_\_\_\_ (месяц, год)

Код и наименование МО: \_\_\_\_\_

Реквизиты свода данных:

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

Состав свода данных, переданных в порядке информационного взаимодействия:

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

Контрольные показатели зарегистрированных данных:

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

Дата формирования акта: \_\_\_\_\_

«Передал» Ответственный от МО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

«Принял» Ответственный от ТФОМС МО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_



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

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

<TYPE\_FILE>\_ННННН[СС][DD]ММYY р [n/v], где:

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

ННННН - код МО- юридического лица согласно установленной кодировке;

СС – код СМО или ТФОМС МО согласно установленной кодировке;

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

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

ММ – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

02 – февраль

.....

12 – декабрь;

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода;

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

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

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

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

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

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

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

Значение n не может превышать значение v.

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

Например,

*REESTR\_300101500511 2 1/3» - отчет от МО с кодом 300101 в адрес ТФОМС МО (код 50) за май 2011 года, пакет № 2, письмо № 1, всего писем, которыми передается пакет – 3.*

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

TR<sub>i</sub>N<sub>i</sub>P<sub>p</sub>N<sub>p</sub>\_YYMMN.XML, где

T – константа, обозначающая передаваемые данные.

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

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

P<sub>i</sub> – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС МО;

S – СМО;

M – МО.

N<sub>i</sub> – Номер источника (двухзначный код ТФОМС МО или реестровый номер СМО или МО).

P<sub>p</sub> – Параметр, определяющий организацию-получателя:

T – ТФОМС МО;

S – СМО;

M – МО.

N<sub>p</sub> – Номер получателя (двухзначный код ТФОМС МО или реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

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

[<TYPE\_FILE>][NNNNN][CC][DD]MMYY[PP].<EXT>, где

<TYPE\_FILE> - последовательность символов (текст), служащая для идентификации типа файла-объекта информационного обмена. Например : «P», «U», «D», «FL»

NNNNN - код МО- юридического лица согласно установленной кодировке;

CC– код СМО или ТФОМС МО согласно установленной кодировке;

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

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

MM – порядковый номер месяца-отчетного периода:

01 – январь

02 – февраль

.....

12 – декабрь;

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода;

PP – порядковый номер пакета информационного обмена;

<EXT> – последовательность расширений файла, указывающая на его формат;

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

Используются следующие расширения:

.DBF – стандартное расширение имени файла таблицы базы данных формата DBF.

.ZIP – стандартное расширение имени файла-архива формата ZIP.

.SIG – принятое расширение имени файла, подписанного ЭП.

.ENC – принятое расширение имени файла, зашифрованного СКЗИ.

.ZIP.SIG.ENC – расширение пакета файлов, упакованных в ZIP-архив, подписанных ЭП и зашифрованных СКЗИ.

.PDF – стандартное расширение имени файла формата «Portable Document Format»

Примечание:

Допустимо использование следующих версий формата DBF (в скобках указано значение нулевого байта):

- FoxBASE+ или Dbase III+ без полей типа «memo» (0x03)
- Visual FoxPro (0x30)
- dBASE IV без полей типа «memo» (0x43)

Допустимое значение кодовой страницы – 866 Russian MS-DOS. Байт 0x1D должен содержать значение 0x65.

Допустимое значение последнего байта файла - 0x1A.

## ТИПОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К АВТОМАТИЗИРОВАННОМУ ИНФОРМИРОВАНИЮ УЧАСТНИКОВ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ПЕРЕДАЧЕ КОМАНД УПРАВЛЕНИЯ

### Примечание

В настоящем Приложении под *Медицинской организацией (МО)* понимается юридическое лицо как участник ОМС, а не отдельное входящее подразделение. Соответственно под кодом МО подразумевается код МО – юридического лица согласно «Справочнику медицинских организаций» НСИ. Под Администратором понимается сотрудник ТФОМС МО, наделенный полномочиями рассылки широковещательных сообщений участникам информационного взаимодействия и управления роботом приема счетов.

### Передача счетов за период

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

REESTRRESEND\_НННННН00ММYY,

где НННННН - код юр. лица,  
«00» – код плательщика, обозначающий передачу реестров счетов по всем плательщикам  
ММYY - отчётный период.

**Примечание:** передача санкционируется по всем плательщикам, даже в случае изменения реестров счетов только по одному или нескольким (но не всем) плательщикам.

Сообщение должно содержать подписанный текстовый файл

REESTRRESEND\_НННННН00ММYY.txt

(т.е. REESTRRESEND\_НННННН00ММYY.txt.sig). В этом файле в первой строке должен быть текст НННННН00ММYY. Сообщение должно быть отправлено с доверенного электронного почтового адреса.

Все МО и плательщики, для которых (попарно) технически санкционирована передача счетов за отчетный период, получают сообщения с заголовком REESTRRESENDREADY\_НННННН00ММYY.

После того, как все активные МО успешно сдали реестры счетов за отчетный период (когда в СМО ушло сообщение с заголовком REESTRREADY\_CCMMYY), процесс передачи (первичной сдачи) реестров счетов осуществляется в соответствии с регламентом, описанным в Приложении 8 к настоящему ОТР.

Для технического санкционирования передачи счетов МО по какому-либо плательщику за некоторый отчетный период Администратор ТФОМС МО должен отправить на адрес Робота сообщение с заголовком:

REESTRRESENDA\_ННННННССММYY,

где НННННН - код юр. лица,

СС – код плательщика:

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

- «50» – при передаче реестров счетов по МТР;
- «99» – при передаче по неидентифицированным и незастрахованным по ОМС лицам;
- «00» – при передаче по всем плательщикам
- «СС» - при передаче по нескольким плательщикам (перечень плательщиков определяется вложенным файлом)

ММYY - отчётный период.

Сообщение должно содержать подписанный текстовый файл

REESTRRESEDA\_НННННССММYY.txt (т.е.

REESTRRESEDA\_НННННССММYY.txt.sig). В этом файле в первой строке должен быть текст НННННССММYY. В случае открытия передачи одновременно по **нескольким** плательщикам, в каждой отдельной строке файла, начиная с первой строки, должен содержаться текст НННННССММYY по каждому из плательщиков, по которым требуется передача.

Сообщение должно быть отправлено со специально зарегистрированного адреса электронной почты.

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

Все МО и плательщики, для которых (попарно) технически санкционирована передача счетов за отчетный период, получают сообщения с заголовком

REESTRRESENDREADY\_НННННССММYY. В случае передачи счетов одной МО в адрес нескольких плательщиков таких сообщений будет несколько (по числу плательщиков за отчетный период). Отсутствие подобного подтверждения (технической санкции) по одному или нескольким плательщикам для конкретной МО означает запрет передачи данных и требует получения консультации у Администратора ТФОМС МО.

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

Если МО отказывается от передачи счёта, Администратор ТФОМС МО должен аналогично описанному выше отправить на адрес Робота письмо с заголовком

REESTRRESENDCANCEL\_НННННССММYY. После этого техническая санкция отменяется, а МО получает сообщение с заголовком

REESTRRESENDCANCEL\_НННННССММYY. СМО получает сообщение с заголовком REESTRRESENDPREV\_НННННССММYY без вложений, что означает «данные после технической санкции передачи остались без изменений».

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

После успешной передачи счетов, в адрес плательщиков поступает сообщение с заголовком REESTRRESENDSIG\_НННННССММYY и подписанным сводом во вложении. Если плательщиком является СМО, то удаляются все записи со сведениями о результатах контроля данной СМО объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (МЭК, МЭЭ, ЭКМП) в данной МО в отчетном периоде оказания медицинской услуги (OT\_PER\_U).

Для передачи реестра счетов медицинская организация должна выполнить действия, предусмотренные настоящим ОTR, начиная с п.6.1.3. В пакет сводов, направляемый на круглосуточно действующий электронный почтовый адрес для приемки данных по каналам электронной почты, должны быть включены все своды по всем плательщикам, в том числе:

- своды, содержащие измененные реестры счетов, по которым передача санкционирована;
- неизменные своды, по которым передача не санкционирована.

В случае отсутствия в архиве медицинской организации последнего успешно принятого пакета, в отношении сводов которого санкционирована передача, медицинская организация имеет возможность запросить из АИС ТФОМС МО данные последнего успешно принятого пакета за отчетный период согласно разделу «Повторная отправка данных сводного отчета абоненту Робота» настоящего Приложения.

### **Отметка неактивных медицинских организаций**

Медицинские организации, которые зарегистрированы в справочнике МО на Роботе, но не отсылают на Робот данные реестров счетов, называются *неактивными*. Остальные – *активные*. По умолчанию все МО активны.

Передача – приемка сведений о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за отчетный период от СМО, заблокированы до успешного приёма пакетов от всех активных МО.

При невозможности своевременного получения электронного отчета за отчетный период от какой-либо МО, например по причине временного отсутствия лицензии или отсутствия застрахованных по ОМС, которым была оказана медицинская помощь, Администратор ТФОМС МО должен объявить такую МО «неактивной». При невыполнении этого действия будет блокирован процесс приемки данных МЭК, МЭЭ и ЭКМП от СМО *вследствие ожидания отсутствующих данных от МО*.

Для отметки неактивных МО Администратору ТФОМС МО следует отправить на адрес Робота письмо с заголовком INACTIVEUR\_ММYY, где ММYY - отчетный период.

Письмо должно содержать подписанный ЭП ТФОМС МО файл inuММYY.dbf (т.е. inuММYY.dbf.sig). Этот файл имеет одну колонку (поле) CODE\_UR типа CHAR(6) и содержит перечень неактивных МО. Файл inuММYY.dbf может быть пустым, если неактивные МО в отчетном периоде отсутствуют. За один отчетный период сообщение INACTIVE\_UR\_ММYY может быть отослано несколько раз при изменениях в составе неактивных МО. При этом новый перечень неактивных МО полностью изменяет предыдущий перечень (без добавления).

Если файл inuММYY.dbf содержит код МО, сдавшей успешно в отчетном периоде ММYY реестр счетов, то в приёме такого файла будет отказано (сообщение с темой NACK).

Если МО, входящая в список неактивных, попытается отправить на Робот пакет электронного отчета, то в приёме пакета ей будет отказано с разъяснением о включении в перечень неактивных МО.

Текущий список неактивных МО будет распространяться на следующие отчетные периоды, пока не будет прислан другой файл inuММYY.dbf.

Отправитель сообщения - Администратор ТФОМС МО получает от робота подтверждения АСК1 и АСК2. Адреса, с которых могут отправляться списки неактивных МО, должны быть заранее зарегистрированы на Роботе.

После получения файла inuММYY.dbf Робот рассылает его за подписью ТФОМС МО по всем СМО в сообщениях с заголовком INACTIVEUR\_ССММYY, где СС – код СМО. По адресу Администратора ТФОМС МО отсылается сообщение с заголовком INACTIVEUR\_50ММYY.

### **Оповещение об окончании приёма сводных отчетов о медицинской помощи, оказанной застрахованным в Московской области**

После того, как все активные МО успешно сдали пакеты отчетов, в адрес всех СМО поступает сообщение с заголовком REESTRREADY\_ССММYY, где СС – код СМО, а ММYY - отчетный период. По адресу Администратора ТФОМС МО как получателя сведений о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам и по специально зарегистрированным адресам рассылается сообщение REESTRREADY\_ ММYY.

### **Оповещение об окончании приёма сводных отчетов о медицинской помощи, оказанной застрахованным на других территориях РФ**

После того, как все активные МО успешно сдали пакеты отчетов и все отчеты о медицинской помощи, оказанной застрахованным на других территориях РФ (далее – отчеты МТР), либо приняты с пустым Протоколом 3, либо скорректированы и заверены, в адрес Администратора ТФОМС МО как получателя сводного отчета МТР и по специально зарегистрированным адресам поступает сообщение с заголовком MTRREADY\_ ММYY, где ММYY - отчетный период.

### **Повторная отправка данных сводного отчета абоненту Робота**

Абоненты (МО, СМО, подсистема межтерриториальных расчетов АИС ТФОМС МО – далее абонент МТР) Робота приемки счетов имеют возможность запроса повторной отправки в их адрес электронного письма от Робота с тематическим вложением:

- Протоколом форматно-логического контроля (Протокол 1);
- Протоколом сверки и идентификации по РС ЕРЗ (Протокол 2);
- Протоколом сверки и идентификации по ФЕРЗЛ (Протокол 3);
- Заверенный ТФОМС МО свод реестра счетов по плательщику.

Для повтора последней (очередной) отправки Робота в свой адрес абонент должен отправить на Робот письмо с заголовком «REPEAT\_НННННССММYY [p]», где ННННН - код МО, СС – код плательщика - СМО или ТФОМС МО, ММYY – отчетный период, p – необязательный номер пакета. Если параметр «p» не задан, то будет повторена отправка по последнему пакету, отправленному указанной в запросе МО. МО и абонент МТР отправляют запрос со значением параметра СС равным «50», СМО указывает собственный код. Письмо должно содержать подписанный текстовый файл REPEAT\_НННННССММYY.txt (т.е. REPEAT\_НННННССММYY.txt.sig). В этом файле в первой строке должен быть текст НННННССММYY.

В ответ на письмо-запрос абонент получает от робота письмо-подтверждение запроса АСК1, после которого следуют одно из писем с заголовками: «REPEAT FL\_НННННССММYY p», «REPEAT RS\_ID\_НННННССММYY p», «REPEAT CS\_ID\_НННННССММYY p» или «REPEAT REESTRSIG\_НННННССММYY p [n/v]» – в зависимости от содержания последней отправки по запрошенному пакету в адрес абонента. Завершается процесс подтверждением АСК2.

### **Примечание.**

При передаче данных о медицинской помощи, оказанной пациентам, не идентифицированным как застрахованные по обязательному медицинскому страхованию лица, параметр СС должен принимать значение «99».

### **Рассылка широковещательных сообщений**

Для рассылки сообщений и файлов в СМО и МО Администратором ТФОМС МО отправляется на адрес Робота ЕХД письмо с темой «BROADCAST\_ALL тема сообщения» (без кавычек, тема сообщения - любой текст). После этого по всем зарегистрированным доверенным электронным адресам будет разослано письмо с темой «тема сообщения». Содержание и вложения этого письма будут соответствовать содержанию и вложениям письма, отправленного роботу.

**Для рассылки сообщений и файлов только в МО или только в СМО** используются письма с заголовком «BROADCAST\_LPU тема сообщения» и «BROADCAST\_SMO тема сообщения» соответственно.

**Для рассылки сообщений и файлов только в определенные МО** необходимо отправить на адрес Робота ЕХД письмо с заголовком «BROADCAST\_SOME\_LPU тема сообщения». Письмо должно содержать подписанный ЭП ТФОМС МО файл some\_lpu.dbf (т.е. some\_lpu.dbf.sig). Этот файл имеет одну колонку (поле) CODE\_UR типа CHAR(6) и содержит перечень МО, для которых необходима рассылка. Помимо файла some\_lpu.dbf письмо может содержать любые другие вложения, предназначенные для отправки в МО. После отправки письма на Робот ЕХД по всем зарегистрированным доверенным электронным адресам МО, чьи коды указаны в файле some\_lpu.dbf, будет разослано письмо с темой «тема сообщения». Содержание и вложения этого письма будут соответствовать содержанию и вложениям письма, отправленного роботу. Вложение some\_lpu.dbf не отправляется на доверенные электронные адреса МО. Отправитель сообщения - Администратор ТФОМС МО получает от Робота подтверждения АСК1 и АСК2.

**Для рассылки сообщений и файлов только в определенные СМО** необходимо отправить на адрес Робота ЕХД письмо с заголовком «BROADCAST\_SOME\_SMO тема сообщения». Письмо должно содержать подписанный ЭП ТФОМС МО файл some\_smo.dbf (т.е. some\_smo.dbf.sig). Этот файл имеет одну колонку (поле) MSK\_OT типа CHAR(2) и содержит перечень СМО, для которых необходима рассылка. Помимо файла some\_smo.dbf письмо может содержать любые другие вложения, предназначенные для отправки в СМО. После отправки письма на Робот ЕХД по всем зарегистрированным доверенным электронным адресам СМО, чьи коды указаны в файле some\_smo.dbf, будет разослано письмо с темой «тема сообщения». Содержание и вложения этого письма будут соответствовать содержанию и вложениям письма, отправленного роботу. Вложение some\_smo.dbf не отправляется на доверенные электронные адреса СМО. Отправитель сообщения – Администратор ТФОМС МО получает от Робота подтверждения АСК1 и АСК2.



«Утверждаю»  
Руководитель МО

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

«    » \_\_\_\_\_ 202\_ г

### Акт

**передачи-приема** данных об оказанной медицинской помощи не  
**идентифицированным и не застрахованным в системе**  
**обязательного медицинского страхования гражданам**

Отчетный период: \_\_\_\_\_ (месяц, год)

Код и наименование МО: \_\_\_\_\_

Реквизиты свода данных:

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

Состав свода данных, переданных в порядке информационного взаимодействия:

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

Контрольные показатели зарегистрированных данных:

Код МО	Наименование МО	Сумма к оплате
	Итого:	

Дата формирования акта: \_\_\_\_\_

«Передал» Ответственный от МО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

«Принял» Ответственный от ТФОМС МО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**РЕГЛАМЕНТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,  
СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО  
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ, СВЯЗАННЫХ С ИСПОЛНЕНИЕМ  
ДОГОВОРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. Настоящий регламент определяет порядок взаимодействия МО, СМО и ТФОМС МО при:
  - 1.1 доработке МО и представлении в СМО отклоненного ранее от оплаты (по результатам проведенного СМО контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи) счета на оплату медицинской помощи и реестра счетов;
  - 1.2 первичном представлении МО в СМО счета и реестра счетов на оплату медицинской помощи либо их доработке по результатам выявленных МО ошибок, по истечении срока, установленного договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
  - 1.3 первичном представлении МО в ТФОМС МО счета и реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования, либо их доработке по результатам выявленных МО ошибок, по истечении срока, установленного договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, за медицинскую помощь, оказанную неидентифицированным и незастрахованным по ОМС лицам).
2. Основанием для представления МО в СМО доработанных счета и реестра счетов, вместо отклоненных ранее от оплаты, является наличие акта медико-экономического контроля, согласно которому счет и реестр счетов полностью отклоняются от оплаты, а также письменного запроса МО в СМО с изложением причин и обстоятельств, приведших к необходимости пересдачи счета и реестра счетов.
3. Действия медицинской организации:
  - 3.1 при наличии обстоятельств, указанных в п.1.1 настоящего регламента, не позднее 20 рабочих дней с даты получения акта медико-экономического контроля, направить уведомление в адрес каждой СМО, в которую МО планирует представить на оплату счет и реестр счетов. В уведомлении должны быть указаны причины (основания) для повторного выставления счета и реестра счетов и планируемый медицинской организацией для пересдачи срок. Уведомление составляется в письменном виде и направляется в СМО на бумажном или электронном носителе (по согласованию сторон);
  - 3.2 при наличии обстоятельств, указанных в п.1.2 настоящего регламента, направить запрос в адрес каждой СМО, в которую МО планирует представить на оплату счет и реестр счетов. В запросе должны быть указаны причины (основания) задержки счета и реестра счетов и планируемый медицинской организацией для сдачи (пересдачи) срок. Запрос составляется в письменном виде и направляется в СМО на бумажном или электронном носителе (по согласованию сторон);
  - 3.3 при наличии обстоятельств, указанных в п.1.3 настоящего регламента, направить запрос в адрес ТФОМС МО. В запросе должны быть указаны причины (основания) задержки счета и реестра счетов и планируемый медицинской организацией для сдачи (пересдачи) срок. Запрос составляется в письменном виде и направляется в ТФОМС МО на бумажном или электронном носителе;

3.4 направить копию уведомления или запроса в СМО и копии ответа СМО по электронной почте на специально выделенный для этих целей электронный почтовый адрес ТФОМС МО: reaccount@mofoms.ru.

3.5 после получения электронного почтового сообщения о техническом разрешении пересдачи (первичной сдачи) счета и реестра счетов от автоматического программного обеспечения (робота) приемки счетов ТФОМС МО, не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта медико-экономического контроля или не позднее 3 рабочих дней с даты получения согласия СМО на пересдачу (первичную сдачу с задержкой срока выставления счета) произвести сдачу счета и реестра счетов.

Для пересдачи (первичной сдачи) реестра счетов медицинская организация должна выполнить действия, предусмотренные настоящим ОТР, начиная с п.6.1.3. В пакет сводов, направляемый на круглосуточно действующий электронный почтовый адрес для приемки данных по каналам электронной почты, должны быть включены все своды по всем плательщикам, в том числе:

- своды, содержащие измененные реестры счетов, по которым пересдача санкционирована;
- неизменные своды, по которым пересдача не санкционирована.

4. Действия страховой медицинской организации:

4.1 получив от медицинской организации уведомление или запрос, указанные в п.п. 3.1-3.2 настоящего регламента, рассмотреть его в течение трех рабочих дней и направить ответ в медицинскую организацию на бумажном носителе или электронном носителе (по согласованию сторон);

4.2 после получения электронного почтового сообщения о техническом разрешении пересдачи (первичной сдачи) счета и реестра счетов от автоматического программного обеспечения (робота) приемки счетов ТФОМС МО и подписанного электронными подписями медицинской организации и ТФОМС МО счета и реестра счетов произвести его приемку в соответствии с настоящим ОТР;

4.3 в течение 10 рабочих дней произвести медико-экономический контроль и в течение 10 рабочих дней представить в ТФОМС МО скорректированные сведения о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с ОТР «Передача – приемка из СМО сведений о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам» (далее – ОТР-ИВ-8).

5. Действия ТФОМС МО:

5.1 обеспечить работу специально выделенного электронного почтового адреса для информирования ТФОМС МО с целью управления автоматическим программным обеспечением (роботом) приемки счетов;

5.2 при наличии копий уведомления или запроса от медицинской организации и сообщения о готовности (согласии) страховой медицинской организации на повторную (отложенную) приемку к оплате счета и реестра счетов, направить в день получения копии ответа СМО на робот приемки счетов управляющую команду, разрешающую участникам информационного взаимодействия осуществить установленные ОТР-ИВ-7 процедуры информационного взаимодействия;

5.3 принять у СМО повторный отчет о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с ОТР-ИВ-8;

5.4 получив от медицинской организации запрос, указанный в п.3.3 настоящего регламента, рассмотреть его в течение трех рабочих дней и направить ответ в медицинскую организацию. При наличии оснований и возможности принять счет и реестр счетов направить на робот приемки счетов управляющую команду, разрешающую медицинской организации осуществить установленные ОТР-ИВ-7 процедуры информационного взаимодействия

5.5 в случае наличия копии запроса от медицинской организации и отсутствия копии сообщения о готовности (согласии) страховой медицинской организации на повторную (отложенную) приемку к оплате счета и реестра счетов управляющая команда на работ приемки счетов не направляется, процедура информационного взаимодействия не выполняется;

5.6 в случае отсутствия копии запроса от медицинской организации и наличия копии сообщения о готовности (согласии) страховой медицинской организации на повторную (отложенную) приемку к оплате счета и реестра счетов управляющая команда на работ приемки счетов не направляется, процедура информационного взаимодействия не выполняется;

5.7 после получения счета и реестра счетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Московской области, и неидентифицированным и незастрахованным по ОМС лицам, выполнить определенные нормативными правовыми актами и регламентами ТФОМС МО процедуры по прикладной обработке реестра счетов, контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

**Протокол контроля объемов оказанной медицинской помощи**

Отчетный период: \_\_\_\_\_ (месяц, год)

Код и наименование МО: \_\_\_\_\_

**Объемный способ финансирования (VID\_SF='09')**

Группа планирования		Значение показателя (в единицах объема) распределения объема медицинской помощи на отчетный период	Значение показателя (в единицах объема) фактически выполненных объемов медицинской помощи	Значение показателя (в единицах объема) выполнения плана объемов медицинской помощи («+» остаток объемов, «-» превышение объемов)
Код	Наименование			
1	2	3	4	5

**Подушевой способ финансирования (VID\_SF='14')**

Группа планирования		Значение показателя (в единицах объема) распределения объема медицинской помощи на отчетный период	Значение показателя (в единицах объема) фактически выполненных объемов медицинской помощи	Значение показателя (в единицах объема) выполнения плана объемов медицинской помощи («+» остаток объемов, «-» превышение объемов)
Код	Наименование			
1	2	3	4	5

Дата формирования: \_\_\_\_\_

**Сводная справка к Реестру счетов № \_\_\_\_\_**  
за « \_\_\_\_\_ » 20\_\_ г.  
(месяц)

Представлена в \_\_\_\_\_  
Наименование СМО

Код и наименование Медицинской организации \_\_\_\_\_  
Уровень медицинской организации \_\_\_\_\_

Медицинская помощь							
Профиль	Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Тариф Т (Т <sub>пе</sub> ) (руб.)	Сумма	Пацие нты (чел.)
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС:							
<i>Стационарно</i>							
<i>- специализированная медицинская помощь</i>							
					X		
<i>- высокотехнологичная медицинская помощь</i>							
					X		
<i>-гемодиализ</i>							
					X	<i>Итого 1</i>	
<i>Амбулаторно</i>							
					X	<i>Итого 2</i>	
<i>Дневные стационары всех типов</i>							
					X	<i>Итого 3</i>	
<i>Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)</i>							
					X	<i>Итого 4</i>	
<b>ИТОГО</b>							

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

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

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

МП  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Представлена в \_\_\_\_\_  
ТФОМС МО

**Сводная справка к Реестру счетов-«иногородние» № \_\_\_\_\_**  
за «\_\_\_\_\_» 20\_\_ г.  
(месяц)

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

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

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

Медицинская помощь							
Профиль	Код	Наименование	Ед. изм.	Кол-во	Тариф Т (Т <sub>ис</sub> ) (руб.)	Сумма (руб.), <i>целое число</i>	Пациенты (чел.)
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС							
<i>Стационарно</i>							
					X	<i>Итого 1</i>	
<i>Амбулаторно</i>							
					X	<i>Итого 2</i>	
<i>Дневные стационары всех типов</i>							
					X	<i>Итого 3</i>	
<i>Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)</i>							
					X	<i>Итого 4</i>	
<b>ИТОГО</b>							

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

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

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

МП  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Представлена в \_\_\_\_\_  
Код и наименование СМО

**Сводная справка к Реестру счетов** (медицинская помощь, оказываемая в фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах)

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

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

Медицинская услуга						
Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Тариф Т (Т <sub>ис</sub> ) (руб.)	Сумма (руб.), целое число	Пациенты (чел.)
1	2	3	4	5	6=5*4	7
<b>ИТОГО по ФАП с учетом Коэффициента доведения до финансового плана:</b>						

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

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

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

МП  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г



**Справка по подушевому финансированию № \_\_\_\_\_**  
**(«подушевое» финансирование амбулаторной помощи)**  
в СМО \_\_\_\_\_  
*наименование СМО*

от Медицинской организации \_\_\_\_\_  
*наименование медицинской организации*

**Код** \_\_\_\_\_  
**Уровень** \_\_\_\_\_

за \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
*(месяц)*

Медицинская услуга				Кол-во	Тариф Т (Т <sub>пс</sub> ) (руб.)	Сумма (руб.), <i>целое число</i>	Число пациентов (чел.)
Профиль	Код	Наименование	Ед. изм.				
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС							
<i>Амбулаторно</i>							
<b>ИТОГО сформировано на сумму по учету медицинских услуг</b>							
<b>Всего Сумма к оплате (Сумма Заявки)</b>							

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

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

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

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

МП  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.»

**Справка по подушевому финансированию № \_\_\_\_\_**  
**(«подушевое» финансирование скорой медицинской помощи)**  
в СМО \_\_\_\_\_  
*наименование СМО*

от Медицинской организации

\_\_\_\_\_  
*наименование медицинской организации*

Код \_\_\_\_\_  
Уровень \_\_\_\_\_

за \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
*(месяц)*

Медицинская услуга				Кол-во	Тариф Т (Т <sub>пс</sub> ) (руб.)	Сумма (руб.), <i>целое число</i>	Число пациентов (чел.)
Профиль	Код	Наименование	Ед. изм.				
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС							
<i>Вне медицинской организации</i>							
<b>ИТОГО сформировано на сумму по учету медицинских услуг</b>							
<b>Всего Сумма к оплате (Сумма Заявки)</b>							

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

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

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

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

МП  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.»

**Справка по подушевому финансированию № \_\_\_\_\_**  
**(«подушевое» финансирование всех условий оказания медицинской помощи с учетом межучрежденческих расчетов)**

в СМО \_\_\_\_\_  
*наименование СМО*

от Медицинской организации \_\_\_\_\_  
*наименование медицинской организации*

**Код** \_\_\_\_\_  
**Уровень** \_\_\_\_\_

за \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
*(месяц)*

Медицинская услуга				Кол-во	Тариф Т (Т <sub>пс</sub> ) (руб.)	Сумма (руб.), <i>целое число</i>	Число пациентов (чел.)
Профиль	Код	Наименование	Ед. изм.				
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС							
<i>Круглосуточный стационар</i>							
					X	<i>Итого КС</i>	
<i>Дневные стационары всех типов</i>							
					X	<i>Итого ДС</i>	
<i>Амбулаторно</i>							
					X	<i>Итого АПП</i>	
<b>ИТОГО сумма по учтенным медицинским услугам</b>						<i>Итого</i>	
						<i>Заявка</i>	
<b>Всего Сумма к оплате (по Заявке при Ксп#0)</b>							

Значение коэффициента списания:

$K_{сп} = \text{Заявка/Итого (гр. 7)} = \underline{\hspace{2cm}}$  (округляется до 8 знаков после запятой).

**1. Итого к оплате (Заявка, при Ксп#0)**

\_\_\_\_\_ руб.  
*(сумма прописью, целое число)*

Медицинская услуга				Кол-во	Тариф Т (Т <sub>пс</sub> ) (руб.)	Сумма (руб.), <i>целое число</i>	Число пациентов (чел.)
Профиль	Код	Наименование	Ед. изм.				
1	2	3	4	5	6	7=5*6	8
Условия оказания по Московской областной программе ОМС							
<i>Амбулаторно (в рамках межучрежденческих расчетов)</i>							
					X	<i>Итого</i>	

**2. Итого к оплате (в рамках межучрежденческих расчетов)**

\_\_\_\_\_ руб.  
*(сумма прописью)*

**Всего к оплате с учетом межучрежденческих расчетов**

**(1+2)** \_\_\_\_\_ руб.  
*(сумма прописью)*

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

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

**Заявление  
на регистрацию/исключение<sup>3</sup> участника информационного взаимодействия  
автоматизированных информационных систем участников обязательного  
медицинского страхования на территории Московской области**

\_\_\_\_\_ (наименование организации, включая организационно-правовую форму)  
В лице \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (должность),  
\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_ просит с целью информационного взаимодействия в рамках **ОТР-ИВ-7** и предоставления сведений на робот ТФОМС МО reestrin@mofoms.ru зарегистрировать/исключить<sup>4</sup> участника информационного взаимодействия (далее – ИВ) со следующими регистрационными данными:

Наименование организации	
Код организации присвоенный в реестре ТФОМС МО	
Доверенный адрес электронной почты, планируемый к взаимодействию в рамках ИВ	
ФИО участника ИВ	
Должность участника ИВ	
СНИЛС участника ИВ	

Я, \_\_\_\_\_, в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – 152-ФЗ), в целях организации информационного взаимодействия автоматизированных информационных систем участников обязательного медицинского страхования на территории Московской области, даю согласие Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Московской области, юридический адрес 143900, Московская область, г. Балашиха, ул. Орджоникидзе, д.4, на обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, СНИЛС), то есть на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 152-ФЗ.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Субъект персональных данных

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Фамилия И.О.)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Должность руководителя организации

М.П.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Фамилия И.О.)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

<sup>3</sup> Выбрать нужное.

### Типовая структура файла типа «Протокол контроля»

Таблица П13.1

№ п.п.	Атрибут объекта	Имя поля	Тип	Размер
1	Имя файла данных	DFNAME	CHAR	50
2.	Уникальный идентификатор записи файла	N_REC	CHAR	36
3.	Имя поля файла данных	FIELDNAME	CHAR	250
4.	Код ошибки	ERRORCODE	CHAR	5
5.	Комментарий ошибки	ERRORCOMM	CHAR	250

#### Порядок заполнения полей файлов типа «Протокол Контроля»:

1. **«Имя файла данных» DFNAME.** В поле вносится имя файла данных, при контроле которого обнаружена ошибка. Используются прописные буквы латинского алфавита. Указывается полное имя файла, с расширениями. Если ошибка обнаружена на уровне Пакета (электронного письма), то поле DFNAME не заполняется.
2. **«Уникальный идентификатор записи файла» N\_REC.** В поле вносится значение уникального 36-разрядного идентификатора записи файла данных для записей изначально формируемых Отправителем, содержащего ошибки целостности данных. Поле заполняется для записей файлов информационного обмена, содержащих нарушения целостности объекта данных, доменной, ссылочной и семантической целостности.  
Если для обеспечения уникальной идентификации записи в обменном файле в ОТП предусмотрено использование UUID (Universally Unique Identifier), то в поле вносится значение UUID для конкретной записи обменного файла.  
В противном случае поле должно содержать номер строки в десятичном представлении, выровненный влево без лидирующих нулей.  
Если ошибка ФЛК не предполагает построчный контроль присланного файла (например, структура DBF-файла не соответствует заданной), то поле N\_REC не заполняется.
3. **«Имя поля файла данных» FIELDNAME.** В поле вносится имя поля или совокупности полей файла данных, содержащего ошибки целостности данных. Поле заполняется для записей, содержащих нарушения целостности объекта данных, доменной, ссылочной и семантической целостности. В отдельных случаях нарушения ссылочной целостности может быть указан перечень полей, разделённых запятой. При невозможности указать отдельное поле (поля) FIELDNAME остаётся пустым.
4. **«Код ошибки» ERRORCODE.** В поле вносится код ошибки-нарушения целостности данных. Поле заполняется для всех записей независимо от категории ошибок целостности данных в соответствии с Табл.38.
5. **«Комментарий ошибки» ERRORCOMM.** В поле вносится комментарий по ошибке-нарушению целостности данных. Поле заполняется для всех записей независимо от категории ошибок целостности данных и содержит информацию для пользователя, позволяющую уточнить характер ошибки и способы её устранения.

#### Перечень-кодификатор ошибок целостности данных информационного обмена:

Таблица П13.2

№ п/п	Вид целостности данных	Код ошибки	Наименование ошибки
1	Целостность Пакета и Свода данных	P1	Неверное имя архивного файла (Свода)
		P2	Наличие в Пакете или Своде вредоносных программ
		P3	Ошибка чтения (распаковки) архивного файла
		P4	Отсутствие в пакете обязательного файла данных
		P5	Наличие в пакете посторонних файлов
		P6	Тема электронного письма Пакета не соответствует требованиям ОТР
		P7	Взаимное несоответствие имен Свода, обменных файлов и темы письма Пакета
		P8	Ошибка расшифровки Свода средствами СКЗИ
		P9	Отсутствует ЭП Отправителя или Сертификат ЭП Отправителя недействителен
		P10	Прочая ошибка целостности
2	Целостность Файла данных	F1	Имя файла данных не соответствует регламенту
		F2	Формат файла данных не соответствует регламенту
		F3	Структура файла данных не соответствует регламенту
		F4	Файл данных не открывается соответствующим ПО
		F5	Наличие в файле данных вредоносных программ
		F6	Наличие записей, помеченных на удаление в файле формата DBF
		F7	Прочая ошибка целостности
3	Целостность Объекта данных	O1	Нарушено условие уникальности объекта данных
		O2	Не заполнены обязательные к заполнению поля
		O3	Прочая ошибка целостности
4	Доменная целостность	D1	При заполнении поля использованы недопустимые регламентом значения
		D2	Прочая ошибка целостности
5	Ссылочная целостность	R1	При заполнении поля нарушена ссылочная целостность
		R2	Прочая ошибка целостности
6	Семантическая целостность	S1	При заполнении поля нарушена семантическая целостность

## **Типовой порядок первичного контроля входящих электронных почтовых сообщений**

При информационном взаимодействии АИС участников системы ОМС Московской области посредством обмена электронными почтовыми сообщениями участники информационного взаимодействия должны следовать нижеприведенному типовому порядку первичного контроля входящих электронных почтовых сообщений (далее – ПКПС). Данный ПКПС должен исполняться как в автоматическом, так и в автоматизированном режиме обработки электронных почтовых сообщений.

### **1. Условия выполнения ПКПС**

Участник ИВ, передающий данные (далее – Отправитель), сформировал и отправил по электронной почте участнику ИВ, принимающему данные (далее – Получателю), Пакет, состоящий из одного или нескольких электронных почтовых сообщений, содержащих Своды файлов, являющихся предметом информационного обмена.

Указанные электронные письма без сбоев дошли с интервалом от первого до последнего не более 6 часов до сервера электронной почты Получателя, обслуживающего электронный почтовый адрес (далее – Ящик), предоставленный для этой цели Получателем, и доведенный до сведения Отправителя в официальном порядке.

### **2. Действия при выполнении ПКПС**

Автоматическая система обработки электронных почтовых сообщений (далее – Почтовый робот) Получателя извлекает электронное письмо из Ящика и проверяет адрес Отправителя на соответствие списку доверенных адресов. При отсутствии адреса отправителя в этом списке обработка письма прекращается без уведомления Отправителя.

Далее выполняется контроль темы письма. Если тема не соответствует шаблону, предусмотренному ОТР для данного вида информационного взаимодействия, обработка письма прекращается и Отправитель получает отрицательное уведомление.

После получения всех электронных писем, входящих в пакет, Почтовый робот выполняет нижеследующие действия.

В соответствии с темой письма выполняется проверка состава вложений. Если состав вложений не соответствует предусмотренному ОТР для данного вида информационного взаимодействия, обработка письма прекращается и Отправитель получает отрицательное уведомление.

Если тема письма и вложения соответствуют правилам информационного обмена, то такая связанная совокупность писем интерпретируется как правильно собранный Пакет информационного обмена и Отправитель получает положительное уведомление, а Почтовый робот переходит к обработке, связанной с криптографической защитой и распаковкой передаваемых данных.

На этапе криптографической проверки робот выполняет дешифровку Свода и проверку электронной подписи Отправителя. При неуспешном выполнении данных операций, обработка Пакета прекращается, и Отправитель получает отрицательное уведомление.

После дешифрации и проверки ЭП выполняется извлечение файлов из архива Свода и проверка их состава. Если целостность архива Свода нарушена или состав файлов в архиве отличается от ожидаемого, то обработка Пакета прекращается, и Отправитель получает отрицательное уведомление.

После успешного извлечения файлов из Свода выполняется проверка соответствия структуры файлов информационного обмена требованиям ОТР. При несоответствии ожидаемой структуре

хотя бы одного файла обработка Пакета прекращается, и отправитель получает отрицательное уведомление.

При успешном прохождении всех проверок, связанных с криптозащитой, распаковкой передаваемых данных и контролем структуры файлов информационного обмена, Отправитель получает положительное уведомление, и Пакет передаётся на форматно-логический контроль.

### **3. Положительное уведомление**

Положительное уведомление оформляется электронным письмом в адрес Отправителя от Почтового робота с адреса Ящика. Тема этого письма формируется по шаблону:

**АСКп:** <тема исходного письма>, где

n – номер уведомления:

«1» – после передачи на криптографическую проверку

«2» – после передачи на ФЛК.

Тело письма может содержать текст, поясняющий ответ Почтового робота и не предназначенный для автоматизированного разбора на стороне Отправителя исходного письма. Вложений положительное уведомление не содержит.

### **4. Отрицательное уведомление**

Отрицательное уведомление оформляется электронным письмом в адрес Отправителя от Почтового робота с адреса Ящика. Тема этого письма формируется по шаблону:

**НАСК:** <тема исходного письма>

Тело письма может содержать текст, поясняющий ответ Почтового робота и не предназначенный для автоматизированного разбора на стороне отправителя исходного письма. Письмо содержит Протокол ПКПС. Протокол контроля упаковывается в ZIP-архив. Имя, формат и структура Протокола ПКПС и имя упакованного Протокола ПК должны соответствовать требованиям соответствующего ОТР и табл.40.

Протокол ПКПС не подписывается. Порядковый номер файла протокола соответствует порядковому номеру исходного письма.



### Самостоятельная регистрация сертификата ключа проверки электронной подписи участником электронного взаимодействия

В рамках АИС ТФОМС МО реализован автоматический круглосуточный процесс приема, входного контроля и прикладной обработки электронных почтовых сообщений (писем) от участников информационного взаимодействия (далее - Пользователей), содержащих в качестве вложения файл сертификата ЭП.

Процесс предназначен для самостоятельной регистрации новых сертификатов участниками информационного взаимодействия. В ходе данного процесса без непосредственного участия администратора осуществляется получение, контроль и установка сертификата ЭП в хранилище сертификатов соответствующего сервера АИС ТФОМС МО. Самостоятельной регистрации сертификата ЭП должна предшествовать автоматизированная регистрация администратором АИС ТФОМС МО соответствующего абонента и его доверенного адреса в существующем порядке. Допускается первичная регистрация абонента силами администратора без регистрации сертификата ЭП.

Пользователь направляет на электронный адрес *reestrin@mofoms.ru* электронное письмо, содержащее в качестве единственного вложения файл сертификата ЭП. Письмо должно быть отправлено с доверенного адреса, относящегося к владельцу электронной подписи.

Тема письма (subject) должна соответствовать шаблону:

**ADD\_CERT OTR**, где:

**ADD\_CERT** – ключевой обязательный набор символов, определяющий назначение письма;

**OTR** – ключевой набор символов должен содержаться в теме письма, если данный сертификат ЭП должен быть установлен для абонента, доверенный адрес которого применяется для информационного взаимодействия АИС участников ОМС согласно ОТР. Может отсутствовать.

К письму должен быть приложен единственный архивный файл, созданный с применением стандартного алгоритма архивации ZIP, содержащий единственный файл сертификата ЭП абонента \*.cer. Имя ZIP-архива должно совпадать с именем сертификата и иметь стандартное расширение \*.ZIP. Иные вложения в письмо не допускаются.

Содержание письма (body) роли не играет.

Полученное электронное письмо подвергается автоматическому контролю со стороны АИС ТФОМС МО.

В первую очередь осуществляется входной контроль темы письма, электронного адреса, с которого письмо отправлено, и вложения в письмо. При несоответствии темы письма шаблону, определенному для данной задачи, и ни одному из других шаблонов, предназначенных для иных процессов информационного взаимодействия, дальнейшая обработка письма не выполняется. Если такое письмо отправлено с действительного доверенного адреса абонента, в ответ направляется уведомление в том, что тема полученного письма не соответствует ни одному из известных шаблонов. Электронный адрес, с которого письмо отправлено, должен быть зарегистрирован в качестве доверенного для абонента. Абонент должен быть «действующим». Организация, к которой принадлежит абонент, должна быть «действующей». При нарушении этих требований дальнейшая обработка такого письма не осуществляется, входящее письмо остается без ответа.

Если в письме отсутствует приложенный файл \*.cer, то это фатальная ошибка. В ответ отправляется письмо с сообщением «В полученном от Вас письме отсутствует файл сертификата ключа проверки электронной подписи \*.cer. Установка сертификата не может быть выполнена».

Если в письме имеются дополнительные вложения, то это фатальная ошибка. В ответ отправляется письмо с сообщением «К полученному от Вас письму приложены недопустимые

файлы. Установка сертификата ключа проверки электронной подписи не может быть выполнена».

Далее выполняется валидация полученного сертификата ЭП. Система контролирует, что сертификат не просрочен по состоянию на дату и время проверки и что он не отозван удостоверяющим центром. Для проверки действительности анализируются даты срока действия, указанные в самом сертификате. В случае выявления недействительности полученного сертификата ЭП, его дальнейшая обработка прекращается, в адрес абонента отправляется ответное письмо с сообщением: «Сертификат ключа проверки электронной подписи: <Серийный номер сертификата> просрочен или отозван удостоверяющим центром. Установка сертификата не может быть выполнена».

Если сертификат ЭП выдан удостоверяющим центром, ранее не зарегистрированным в справочнике УЦ, то он относится к не прошедшим валидацию. В таком случае сертификат сохраняется в технологической папке, его дальнейшая обработка прекращается, а в адрес абонента отправляется ответное письмо с сообщением: «Сертификат ключа проверки электронной подписи: <Серийный номер сертификата> выдан неизвестным системе удостоверяющим центром. Установка сертификата в автоматическом режиме не может быть выполнена до завершения проверки. О результатах проверки и установке сертификата вы будете уведомлены дополнительно». Администратору направляется административное оповещение с приложением означенного сертификата ЭП.

В случае отсутствия фатальных ошибок, выявленных при обработке полученного письма и приложенного файла сертификата, выполняется сверка значений СНИЛС из сертификата ЭП и из модифицируемой записи справочника абонентов. При условии совпадения значений СНИЛС или отсутствия СНИЛС в записи справочника абонентов осуществляется автоматическая установка полученного сертификата ЭП в хранилище сертификатов сервера и регистрация нового сертификата ЭП в справочнике абонентов для идентифицированного действующего абонента. Ранее зарегистрированные сертификаты из «карточки абонента» в автоматическом режиме не удаляются.

Если непустое значение СНИЛС в записи справочника абонентов отличается от значения СНИЛС, указанного в сертификате ЭП, то регистрация и установка в хранилище нового сертификата ЭП не выполняются. В ответ отправителю направляется электронное письмо следующего содержания: «Установка сертификата ключа проверки электронной подписи не может быть выполнена. Причина: СНИЛС, указанный в сертификате отличается от ранее зарегистрированного для данного абонента».

Если в процессе установки сертификата ЭП в хранилище сертификатов возникла ошибка, установка сертификата прекращается, в ответ отправителю направляется электронное письмо следующего содержания: «Установка сертификата ключа проверки электронной подписи не может быть выполнена. Ошибка: <Сообщение об ошибке>».

Если установка сертификата ЭП в хранилище сертификатов выполнена успешно, в ответ отправителю направляется электронное письмо следующего содержания: «Установка сертификата ключа проверки электронной подписи выполнена успешно. Сертификат выдан: <Субъект. CN>. Срок действия сертификата: с <Действителен с...> по <Действителен по...>», где под обозначением вида <АтрибутовСертификата> подразумеваются значения (сведения) из соответствующих атрибутов сертификата ЭП.

На основании сведений, содержащихся в зарегистрированном сертификате ЭП, в автоматическом режиме осуществляется корректировка соответствующей записи справочника абонентов, создание новой или актуализация существующей записи справочника удостоверяющих центров. Сведения, содержащиеся в сертификате ЭП, имеют приоритет над сведениями, ранее занесенными вручную в соответствующие поля записи справочника.