Приложение №10

к Тарифному соглашению

в сфере обязательного медицинского страхования

Республики Карелия на 2019 год

**Регламент по ведению ежемесячного мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам, застрахованным в Республике Карелия, за счет средств обязательного медицинского страхования**

Регламент по ведению ежемесячного мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам, застрахованным в Республике Карелия (далее – Регламент) обеспечивает взаимодействие субъектов системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия по контролю направления граждан на получение высокотехнологичной медицинской помощи (далее –ВМП), получения застрахованными лицами ВМП, **формирования и актуализации** базы данных лиц, направленных на ВМП, информационного сопровождения лиц при организации оказания ВМП и подготовке аналитических и отчетных форм по оказанию ВМП.

Медицинские организации, согласно перечню, представленному в Приложении №1 к настоящему Регламенту,\* (далее - направляющая МО), одновременно с Реестром счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, формируют и направляют в страховые медицинские организации информацию по пациентам, направленным в медицинские организации на оказание высокотехнологичной медицинской помощи согласно Приложению 2 к настоящему Регламенту.

\* медицинские организации, не представленные в Приложении №1 к Регламенту, направляют информацию по пациентам, направленным в медицинские организации на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (согласно Приложению №2 к Регламенту) при их наличии.

Ежемесячный мониторинг оказания ВМП гражданам, застрахованным в Республике Карелия (далее - Мониторинг ВМП) включает в себя следующие этапы.

1. **Этап направляющей медицинской организации**

Направляющая МО, обеспечивает следующие мероприятия.

* 1. Направление в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия (далее – ТФОМС РК) и страховые медицинские организации, осуществляющее деятельность в системе обязательного медицинского страхования Республики Карелия (далее – СМО) данных о лицах, ответственных за предоставление ежемесячного Мониторинга ВМП до 25 января отчетного года, в случае кадровой замены в течение 5 рабочих дней.
  2. Формирование и направление в СМО не позднее 06 числа месяца, следующего за отчетным, данных о пациентах, направленных на оказание ВМП в принимающую медицинскую организацию (далее - принимающая МО) в отчетном периоде по форме согласно Приложению №2 к настоящему Регламенту. Если 06 число месяца выпадает на нерабочий (выходной или праздничный) день, направляющая МО представляет данные в последний рабочий день перед нерабочими днями. Для идентификации пациентов, направленных на оказание ВМП, по страховой принадлежности медицинская организация использует сервис ТФОМС РК «Интерактивный клиент».
  3. Формирование и предоставление «Акта сверки реестров направлений на ВМП застрахованных по ОМС лиц Республики Карелия» в СМО согласно Приложению №3 к настоящему Регламенту не позднее 06 числа месяца, следующего за отчетным.

1. **Этап страховой медицинской организации**

СМО обеспечивает выполнение следующих мероприятий:

* 1. Информационное сопровождение при организации оказания застрахованным лицам ВМП (в том числе по сведениям, получаемым от ТФОМС РК согласно п. 2.2 настоящего Регламента), в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. №158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».
  2. Получение не позднее 05 числа месяца, следующего за отчетным, данных от ТФОМС РК об оказанной за пределами региона страхования ВМП застрахованным по ОМС РК лицам по формату согласно Приложению №5 к Регламенту.
  3. Получение не позднее 06 числа месяца, следующего за отчетным, данных от направляющей МО о пациентах, направленных на оказание ВМП в принимающую МО в отчетном периоде по форме согласно Приложению №2 к Регламенту.
  4. Проведение идентификации застрахованных лиц и сверки данных, представленных направляющей МО, с базой застрахованных лиц в срок не позднее 08 числа месяца, следующего за отчетным.
  5. Анализ данных, представленных направляющей МО, на предмет соблюдения сроков госпитализации пациентов и контроль за соблюдением прав застрахованных граждан, а именно:
     1. Предоставление информации о правах в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) пациенту, направленному на ВМП.
     2. Предоставление застрахованному гражданину информации об условиях, времени и месте госпитализации в целях оказания ВМП.
     3. Контроль за соблюдением сроков госпитализации и мониторинг предполагаемой выписки.
  6. Оповещение ответственных лиц медицинской организации, к которой прикреплен пациент, получивший ВМП, с целью последующего активного наблюдения за его состоянием после выписки.
  7. При отсутствии планируемой даты поступления пациента в принимающую МО в файле от направляющей МО (поле DIRECT\_PLAN\_DATE), СМО осуществляет проведение работы по определению сроков госпитализации.
  8. Направление сводного файла по форме согласно Приложению №2 к настоящему Регламенту в ТФОМС РК в срок не позднее 16 числа месяца, следующего за отчетным. Если 16 число месяца выпадает на нерабочий (выходной или праздничный) день, СМО должна представить данные в последний рабочий день до нерабочего дня.
  9. Проведение, не позднее 30 дней с момента получения данных Мониторинга ВМП, работы с направляющими МО и направленными пациентами по уточнению сроков госпитализации и причин отказов в госпитализации в принимающую МО.
  10. Формирование и направление в ТФОМС РК корректировочного файла направлений на ВМП застрахованных по ОМС лиц Республики Карелия, включающего информацию о причинах отказа и уточненных датах госпитализации в принимающую МО, согласно Приложению №2 к настоящему Регламенту не позднее 16 числа месяца следующего за отчетным периодом.
  11. Формирование и предоставление «Акта сверки реестров направлений на ВМП застрахованных по ОМС лиц Республики Карелия» согласно Приложению №4 к Регламенту не позднее 16 числа месяца следующего за отчетным.
  12. Анализ данных, представленных ТФОМС РК в перечне талонов, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи согласно Приложению № 1 (Таблица № 14) к приказу ТФОМС РК от 18 октября 2016 г. № 218 **«О ежемесячном мониторинге** оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам, застрахованным в Республике Карелия» (далее - Приказ) в течение 5 дней с момента направления ТФОМС РК:

- определение страховой принадлежности застрахованных лиц и прикрепления к медицинской организации;

- сопоставление данных мониторинга ВМП (данных медицинских организаций) с данными информационно-аналитической системы Минздрава России «Подсистема мониторинга реализации государственного задания по оказанию ВМП за счет средств федерального бюджета» согласно Приложению № 1 (Таблица № 14) к Приказу;

- доведение до главных врачей информации о застрахованных лицах, не попавших в Реестр направлений на ВМП застрахованных по ОМС лиц Республики Карелия; о застрахованных лицах, получивших ВМП за счет ОМС, для активного наблюдения за состоянием и постановки на учет по диспансерному наблюдению; об отказах застрахованным лицам в оказании ВМП за счет ОМС и их причинах с целью принятия управленческих решений;

- сопоставление методов лечения ВМП, представленных ТФОМС РК согласно Приложению № 1 (Таблица № 14) к Приказу и методов лечения, утвержденных Приложением "Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи" к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов.

2.13. Направление ежеквартально в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным, в ТФОМС РК информации по сопровождению согласно Приложению №1 (Таблица № 15) к Приказу.

**III. Этап Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Карелия**

ТФОМС РК обеспечивает выполнения следующих мероприятий:

3.1. **Ежемесячно в срок до 16 числа месяца, следующего за отчетным, получение и загрузку в КАС «Медэксперт ТФОМС РК» данных от СМО по форме согласно Приложению №2 к Регламенту.**

**3.2. Подписание «**Акта сверки реестров направлений на ВМП застрахованных по ОМС лиц Республики Карелия» согласно Приложению №3 к Регламенту со СМО**.**

**3.3.** Формирование данных Мониторинга ВМП из КАС «Медэксперт ТФОМС РК» по форме согласно Приложению № 1 к Приказу (Таблицы №№ 1 - 13).

3.4. Подготовка ежеквартально аналитических материалов по основным проблемам, возникающим при направлении пациентов на ВМП, на основании проводимого мониторинга.

3.5. Формирование данных из информационно-аналитической системы Минздрава России «Подсистема мониторинга реализации государственного задания по оказанию ВМП за счет средств федерального бюджета» в части перечня талонов, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, и направление в страховые медицинские организации в срок до 01 числа месяца следующего за отчетным по форме согласно Приложения № 1 (Таблица № 14) к Приказу.

3.6. Направление обобщенной информации в Министерство здравоохранения Республики Карелия до 30 числа месяца, следующего за отчетным, по форме согласно Приложению № 1 (Таблицы №№ 1 - 13) к Приказу.

3.7. Анализ фактического потребления ВМП и данных о направлении пациентов на оказание ВМП.

**3.8. Организационно-методическая работа с медицинским организациями по оказанию** ВМП гражданам, застрахованным в Республике Карелия.

3.9. Направление в СМО не позднее 05 числа месяца, следующего за отчетным, данных об оказанной за пределами региона страхования ВМП застрахованным по ОМС РК лицам по формату согласно Приложению №5 к Регламенту

3.10. Контроль за защитой прав застрахованного лица при получении ВМП.

Приложение №1

к Регламенту по ведению

ежемесячного мониторинга оказания высокотехнологичной

медицинской помощи гражданам, застрахованным в Республике Карелия

|  |  |
| --- | --- |
| **Перечень медицинских организаций, осуществляющих направление пациентов для оказания ВМП за счет средств ОМС и участвующих в Мониторинге ВМП** | |
| № | Наименование медицинской организации |
| 1 | ГБУЗ РК ''Республиканская больница им.В.А.Баранова'' |
| 2 | ГБУЗ РК ''Детская республиканская больница'' |
| 3 | ГБУЗ РК ''Госпиталь для ветеранов войн'' |
| 4 | ГБУЗ РК "Республиканский онкологический диспансер" |
| 5 | ГБУЗ РК ''Республиканский кожно-венерологический диспансер'' |
| 6 | ГБУЗ РК ''Республиканская инфекционная больница'' |
| 7 | ГБУЗ РК ''Больница скорой медицинской помощи'' |
| 8 | НУЗ ''Отделенческая клиническая больница на ст.Петрозаводск ОАО "РЖД'' |
| 9 | ГБУЗ РК ''Городская поликлиника №1'' |
| 10 | ГБУЗ РК ''Городская поликлиника №2'' |
| 11 | ГБУЗ РК ''Городская поликлиника №3'' |
| 12 | ГБУЗ РК ''Городская поликлиника № 4'' |
| 13 | ГБУЗ РК ''Городская детская больница'' |
| 14 | ГБУЗ РК ''''Городская детская поликлиника №1'''' |
| 15 | ГБУЗ РК ''''Городская детская поликлиника №2'' |
| 16 | ГБУЗ РК ''Родильный дом им.Гуткина К.А.'' |
| 17 | ГБУЗ РК ''Республиканский перинатальный центр'' |
| 18 | ГБУЗ РК ''Беломорская ЦРБ" |
| 19 | ГБУЗ РК ''Калевальская ЦРБ'' |
| 20 | ГБУЗ РК ''Кемская ЦРБ'' |
| 21 | НУЗ ''Узловая больница на ст.Кемь ОАО "РЖД'' |
| 22 | ГБУЗ РК ''Кондопожская ЦРБ'' |
| 23 | ГБУЗ РК ''Лоухская ЦРБ'' |
| 24 | ГБУЗ РК ''Медвежьегорская ЦРБ'' |
| 25 | ГБУЗ РК ''Олонецкая ЦРБ'' |
| 26 | ГБУЗ РК "Питкярантская ЦРБ" |
| 27 | ГБУЗ РК ''Пряжинская ЦРБ'' |
| 28 | ГБУЗ РК ''Пудожская ЦРБ'' |
| 29 | ГБУЗ РК ''Сегежская ЦРБ'' |
| 30 | ГБУЗ РК ''Суоярвская ЦРБ'' |
| 31 | ГБУЗ РК "Сортавальская ЦРБ" |
| 32 | ОАО "Кондопога", поликлиника |
| 33 | ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России |
| 34 | ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1» |

Приложение №2

к Регламенту по ведению

ежемесячного мониторинга

оказания высокотехнологичной

медицинской помощи гражданам,

застрахованным в Республике Карелия

**Структура файла реестра направлений на ВМП**

**застрахованных по ОМС лиц Республики Карелия**

1. Реестр направленных на ВМП застрахованных по ОМС лиц в РК передается в одном файле за один отчетный месяц в году. В файл вносятся записи о направлениях, по которым есть решение комиссии направляющей МО, прошедшее в отчетном месяце.

Раздел корректировок заполняется СМО. При наличии сведений СМО могут подать измененные данные по ранее направленным сведениям о направлениях на ВМП. Подача корректирующих данных недопустима по направлениям, которые имеют сведения о результате направления на ВМП (теги DIRECT\_RESULT\_SOURCE, DIRECT\_RESULT\_CODE, DIRECT\_RESULT\_REASON).

2. Информационный файл передается в формате XML с кодовой страницей Windows-1251.

Файл должен быть упакован в архив формата ZIP (расширение архива ZIP).

Имя файла данных формируется по следующему принципу:

NT\_SNS\_DND\_YYMM.XML, где

NT – реквизит, определяющий что это информация по направлениям на ВМП;

S– реквизит, определяющий **организацию-отправителя** файла, который равен:

- S – для СМО;

- M – для МО;

- T – для фонда.

NS – реквизит, определяющий код **организации-отправителя** файла по справочнику:

- F001 – для фонда;

- F002 – для СМО;

- F003 – для МО.

D– реквизит, определяющий **организацию-получателя** файла, который равен:

- S – для СМО;

- M – для МО;

- T – для фонда.

NS – реквизит, определяющий код **организации-получателя** файла по справочнику:

- F001 – для фонда;

- F002 – для СМО;

- F003 – для МО.

YYMM – отчётные год и месяц, по которым передается реестр направлений на ВМП.

Состав пакета направлений на ВМП представлен в Таблице 1.

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

- возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

- наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

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

- соответствия файлов установленным форматам;

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

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

Файл XML должен строиться на основе элементов (тегов), использование атрибутов не допускается.

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

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

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

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

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

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

D – <дата> в формате **ГГГГ-ММ-ДД**;

S – <элемент> составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента.

В столбце «Дополнительная информация» указываются правила заполнения элементов.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Таблица 1. Файл направлений на ВМП** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | | | | | **Тип** | | | | **Формат** | | | | | **Наименование** | | | **Дополнительная информация** |
| **Корневой элемент** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MED\_DIRECT | | | ZGLV | | | О | | | | S | | | | | Заголовок файла | | | Информация о передаваемом файле |
|  | | | DIRECT | | | ОМ | | | | S | | | | | Направления на ВМП | | | Информация о направлениях на ВМП |
|  | | | CORRECTIONS | | | У | | | | S | | | | | Корректирующие сведения о ранее поданных направлениях на ВМП | | | Заполняется СМО при наличии |
| **Заголовок файла** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | | | | O | | | | T(5) | | | | | Версия взаимодействия | | | 1.1 | |
|  | DATE | | | | О | | | | D | | | | | Дата формирования файла | | |  | |
|  | YEAR | | | | O | | | | N(4) | | | | | Отчетный год | | | Год направления,  равен году из даты заседании врачебной комиссии, тег PROTOCOL \_DATE | |
|  | MONTH | | | | O | | | | N(2) | | | | | Отчетный месяц | | | Месяц направления,  равен месяцу из даты заседании врачебной комиссии, тег PROTOCOL \_DATE | |
|  | S\_ORG\_CODE | | | | О | | | | T(6) | | | | | Код организации-отправителя файла | | | - F001 – для фонда  - F002 – для СМО  - F003 – для МО | |
|  | FILENAME | | | | О | | | | T(26) | | | | | Имя файла | | | Имя файла без расширения | |
|  | Q\_ZAP | | | | О | | | | N(5) | | | | | Количество записей (направлений) в этом файле | | | Равно количеству тегов ZAP | |
| **Общие сведения** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRECT | OBLM | | | | | | O | | N(1) | | | Признак наличия направления в МО | | | | Заполняется значением «1» в случае наличия направлений, «0» в случае отсутствия | | |
|  | S\_MO\_CODE | | | | | | О | | T(6) | | | Реестровый номер МО направившей на ВМП | | | | Заполняется в соответствии с классификатором F003 | | |
|  | ZAP | | | | | | УM | | N(5) | | | Реквизиты направления | | | |  | | |
| **Реквизиты направления** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | | | | | | О | | N(5) | | | Порядковый номер направления | | | | В пределах этого файла | | |
|  | DIRECT\_ID | | | | | | О | | Т(36) | | | Уникальный идентификатор направления | | | | Из информационной системы МО, уникален для всех направлений в информационной системе МО. | | |
|  | DIRECT\_NUM | | | | | | О | | N(10) | | | Номер направления в МО | | | |  | | |
|  | PROTOCOL\_NUM | | | | | | О | | N(5) | | | Номер протокола врачебной комиссии направляющей МО | | | |  | | |
|  | PROTOCOL \_DATE | | | | | | О | | D | | | Дата заседания врачебной комиссии направляющей МО | | | |  | | |
|  | FAM | | | | | | О | | T(40) | | | Фамилия пациента | | | |  | | |
|  | IM | | | | | | О | | T(40) | | | Имя пациента | | | |  | | |
|  | OT | | | | | | У | | T(40) | | | Отчество пациента | | | |  | | |
|  | DR | | | | | | O | | D | | | Дата рождения пациента | | | |  | | |
|  | W | | | | | | О | | N(1) | | | Пол лица, направленного на ВМП | | | | Заполняется по справочнику V005 | | |
|  | PACIENT\_PHONE1 | | | | | | О | | Т(40) | | | Телефон пациента или его представителя | | | | Можно указать два номера телефона | | |
|  | PACIENT\_PHONE2 | | | | | | У | | Т(40) | | | Телефон пациента или его представителя | | | |
|  | VPOLIS | | | | | | О | | N(1) | | | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС лица направляемого на ВМП | | | | Заполняется аналогично правилам заполнения таких же полей в реестре счете на оплату МП | | |
|  | NPOLIS | | | | | | О | | Т(20) | | | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС лица направляемого на ВМП | | | | Заполняется аналогично правилам заполнения таких же полей в реестре счете на оплату МП | | |
|  | SPOLIS | | | | | | У | | Т(10) | | | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС лица направляемого на ВМП | | | | Заполняется аналогично правилам заполнения таких же полей в реестре счете на оплату МП | | |
|  | D\_TER\_OKATO | | | | | | О | | N(5) | | | ОКАТО субъекта, в который направляется пациент | | | |  | | |
|  | D\_MO\_CODE | | | | | | О | | T(6) | | | Реестровый номер медицинской организации, куда направляется пациент на ВМП | | | | Заполняется в соответствии с классификатором F003 | | |
|  | DIRECT\_PLAN\_DATE | | | | | | У | | D | | | Планируемая дата поступления/ госпитализации пациента в принимающую МО | | | |  | | |
|  | DIRECT\_DS1 | | | | | | О | | Т(10) | | | Диагноз, с которым направляется пациент на ВМП | | | | Диагноз по МКБ-10 | | |
|  | DIRECT\_VMP\_PROFIL | | | | | | O | | N(6) | | | Профиль, на котором планируется оказание ВМП | | | | Заполняется в соответствии с классификатором V002 | | |
|  | DIRECT\_VMP\_VID | | | | | | О | | T(20) | | | Вид ВМП, которую планируется оказать | | | | Заполняется в соответствии с классификатором V018 | | |
|  | DIRECT\_VMP\_METOD | | | | | | O | | N(6) | | | Метод ВМП, которую планируется оказать | | | | Заполняется в соответствии с классификатором V019 | | |
| **Сведения о корректировке информации о направлениях на ВМП** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CORRECTIONS | | | | CORRECT\_ZAP | | | УM | | S | | | Сведения о корректировке | | | |  | | |
| **Сведения о корректировке** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CORRECT\_ZAP | | N\_ZAP | | | | | | О | | | N(5) | | Порядковый номер записи о корректировке направления | | | В пределах этого файла | | |
|  | | CORRECTION\_DATE | | | | | | O | | | D | | Дата появления сведений о корректировке | | |  | | |
|  | | S\_MO\_CODE | | | | | | O | | | T(6) | | Реестровый номер МО, направившей на ВМП | | | Данные поля не подлежат корректировке, полностью повторяют сведения ранее поданные по направлению на ВМП и передаются СМО для однозначного поиска направления на ВМП в ИС ТФОМС РК. | | |
|  | | DIRECT\_ID | | | | | | О | | | Т(36) | | Уникальный идентификатор направления | | |
|  | | DIRECT\_NUM | | | | | | О | | | N(10) | | Номер направления в МО | | |
|  | | PROTOCOL\_NUM | | | | | | О | | | N(5) | | Номер протокола врачебной комиссии направляющей МО | | |
|  | | PROTOCOL \_DATE | | | | | | О | | | D | | Дата заседания врачебной комиссии направляющей МО | | |
|  | | FAM | | | | | | О | | | T(40) | | Фамилия пациента | | |
|  | | IM | | | | | | О | | | T(40) | | Имя пациента | | |
|  | | OT | | | | | | У | | | T(40) | | Отчество пациента | | |
|  | | DR | | | | | | O | | | D | | Дата рождения пациента | | |
|  | | W | | | | | | О | | | N(1) | | Пол лица, направленного на ВМП | | |
|  | | PACIENT\_PHONE1 | | | | | | У | | | Т(40) | | Телефон пациента или его представителя | | | Можно указать два номера телефона | | |
|  | | PACIENT\_PHONE2 | | | | | | У | | | Т(40) | | Телефон пациента или его представителя | | |
|  | | VPOLIS | | | | | | О | | | N(1) | | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС лица направляемого на ВМП | | | Данные поля не подлежат корректировке, полностью повторяют сведения ранее поданные по направлению на ВМП и передаются СМО для однозначного поиска направления на ВМП в ИС ТФОМС РК. | | |
|  | | NPOLIS | | | | | | О | | | Т(20) | | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС лица направляемого на ВМП | | |
|  | | SPOLIS | | | | | | У | | | Т(10) | | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС лица направляемого на ВМП | | |
|  | | D\_TER\_OKATO | | | | | | О | | | N(5) | | ОКАТО субъекта, в который направляется пациент | | |
|  | | D\_MO\_CODE | | | | | | О | | | T(6) | | Реестровый номер медицинской организации, куда направляется пациент на ВМП | | |
|  | | DIRECT\_PLAN\_DATE | | | | | | У | | | D | | Планируемая дата поступления/ госпитализации пациента в принимающую МО | | | Обязательно при DIRECT\_RESULT\_REASON = 0, т.е. означает дату фактической госпитализации | | |
|  | | DIRECT\_DS1 | | | | | | У | | | Т(10) | | Диагноз, с которым направляется пациент на ВМП | | | Диагноз по МКБ-10 | | |
|  | | DIRECT\_VMP\_PROFIL | | | | | | У | | | N(6) | | Профиль, на котором планируется оказание ВМП | | | Заполняется в соответствии с классификатором V002 | | |
|  | | DIRECT\_VMP\_VID | | | | | | У | | | T(20) | | Вид ВМП, которую планируется оказать | | | Заполняется в соответствии с классификатором V018 | | |
|  | | DIRECT\_VMP\_METOD | | | | | | У | | | N(6) | | Метод ВМП, которую планируется оказать | | | Заполняется в соответствии с классификатором V019 | | |
|  | | DIRECT\_RESULT\_SOURCE | | | | | | У | | | N(1) | | Источник сведений о результате направления ЗЛ на ВМП (\*) | | | =0 – ТФОМС РК,  =1 – СМО,  =2 – МО, направившая на ВМП,  =3 – МО, принявшая на ВМП | | |
|  | | DIRECT\_RESULT\_CODE | | | | | | У | | | T(6) | | Реестровый номер по соответствующим справочникам, в зависимости от источника сведений (\*) | | | Для ТФОМС – F001,  для СМО – F002,  для МО – F003. | | |
|  | | DIRECT\_RESULT\_REASON | | | | | | У | | | N(2) | | Обоснование (пояснение) результата направления ЗЛ на ВМП (\*) | | | Согласно Таблице №1 | | |

Примечание: (\*) – указанные теги обязательны для заполнения при заполнении хотя бы одного из них.

Таблица №1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Описание | Пояснение результата направления на ВМП |
| 0 | Поступил на ВМП в срок указанный в теге DIRECT\_PLAN\_DATE | ВМП оказана |
| 9 | Перевод финансирования страхового случая за счет бюджетных ассигнований |
| 1 | Не в полном объеме выполнен догоспитальный перечень обследований | ВМП не оказана |
| 2 | Наличие у пациента острого или обострение хронического заболевания в период поступления в стационар |
| 3 | Смерть пациента |
| 4 | Пациент не нуждается в госпитализации |
| 5 | Риск для жизни пациента при выполнении предстоящего лечения превышает желаемый результат |
| 6 | Отсутствие свободных мест в отделении |
| 7 | Наличие карантина в отделении |
| 8 | Отказ пациента от госпитализации |

Приложение №3

к Регламенту по ведению

ежемесячного мониторинга

оказания высокотехнологичной

медицинской помощи гражданам,

застрахованным в Республике Карелия

**Акт сверки реестра направлений на ВМП**

**застрахованных по ОМС лиц Республики Карелия**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.**

**(период)**

**(заполняется и направляется в СМО ответственными сотрудниками МО)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской организации | Имя файл реестра | Количество пациентов, направленных на оказание ВМП (в указанном файле) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 |  |  |  |

Главный врач МО

Исполнитель МО

Начальник отдела информационного

обеспечения СМО

Дата

Приложение №4

к Регламенту по ведению

ежемесячного мониторинга

оказания высокотехнологичной

медицинской помощи гражданам,

застрахованным в Республике Карелия

**Акт сверки реестров направлений на ВМП**

**застрахованных по ОМС лиц Республики Карелия**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в ТФОМС РК**

**(наименование СМО)**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.**

**(период)**

**(заполняется ответственными сотрудниками СМО)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской организации | Имя файл реестра | Количество пациентов, направленных на оказание ВМП | Количество записей с данными для корректировки даты госпитализации | Количество записей для уточнения результата направления |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | ГБУЗ РК ''Республиканская больница им.В.А.Баранова'' |  |  |  |  |
| 2 | ГБУЗ РК ''Детская республиканская больница'' |  |  |  |  |
| 3 | ГБУЗ РК ''Госпиталь для ветеранов войн'' |  |  |  |  |
| 4 | ГБУЗ РК "Республиканский онкологический диспансер" |  |  |  |  |
| 5 | ГБУЗ РК ''Республиканский кожно-венерологический диспансер'' |  |  |  |  |
| 6 | ГБУЗ РК ''Республиканская инфекционная больница'' |  |  |  |  |
| 7 | ГБУЗ РК ''Больница скорой медицинской помощи'' |  |  |  |  |
| 8 | НУЗ ''Отделенческая клиническая больница на ст.Петрозаводск ОАО "РЖД'' |  |  |  |  |
| 9 | ГБУЗ РК ''Городская поликлиника №1'' |  |  |  |  |
| 10 | ГБУЗ РК ''Городская поликлиника №2'' |  |  |  |  |
| 11 | ГБУЗ РК ''Городская поликлиника №3'' |  |  |  |  |
| 12 | ГБУЗ РК ''Городская поликлиника № 4'' |  |  |  |  |
| 13 | ГБУЗ РК ''Городская детская больница'' |  |  |  |  |
| 14 | ГБУЗ РК ''''Городская детская поликлиника №1'''' |  |  |  |  |
| 15 | ГБУЗ РК ''''Городская детская поликлиника №2'' |  |  |  |  |
| 16 | ГБУЗ РК ''Родильный дом им.Гуткина К.А.'' |  |  |  |  |
| 17 | ГБУЗ РК ''Республиканский перинатальный центр'' |  |  |  |  |
| 18 | ГБУЗ РК ''Беломорская ЦРБ" |  |  |  |  |
| 19 | ГБУЗ РК ''Калевальская ЦРБ'' |  |  |  |  |
| 20 | ГБУЗ РК ''Кемская ЦРБ'' |  |  |  |  |
| 21 | НУЗ ''Узловая больница на ст.Кемь ОАО "РЖД'' |  |  |  |  |
| 22 | ГБУЗ РК ''Кондопожская ЦРБ'' |  |  |  |  |
| 23 | ГБУЗ РК ''Лоухская ЦРБ'' |  |  |  |  |
| 24 | ГБУЗ РК ''Медвежьегорская ЦРБ'' |  |  |  |  |
| 25 | ГБУЗ РК ''Олонецкая ЦРБ'' |  |  |  |  |
| 26 | ГБУЗ РК "Питкярантская ЦРБ" |  |  |  |  |
| 27 | ГБУЗ РК ''Пряжинская ЦРБ'' |  |  |  |  |
| 28 | ГБУЗ РК ''Пудожская ЦРБ'' |  |  |  |  |
| 29 | ГБУЗ РК ''Сегежская ЦРБ'' |  |  |  |  |
| 30 | ГБУЗ РК ''Суоярвская ЦРБ'' |  |  |  |  |
| 31 | ГБУЗ РК "Сортавальская ЦРБ" |  |  |  |  |
| 32 | ОАО "Кондопога", поликлиника |  |  |  |  |
| 33 | ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России |  |  |  |  |
| 34 | ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1» |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО** |  |  |  |  |

Директор СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Начальник отдела автоматизации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

системы ОМС ТФОМС РК

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №5

к Регламенту по ведению

ежемесячного мониторинга

оказания высокотехнологичной

медицинской помощи гражданам,

застрахованным в Республике Карелия

**Структура файла об оказанной за пределами региона страхования**

**ВМП застрахованным по ОМС РК лицам**

**(передается из ТФОМС РК в СМО)**

1. В файле ежемесячно передаются сведения, у которых месяц из даты окончания лечения совпадает с отчетным, при этом счет, полученный ТФОМС РК от другой территории оплачен ТФОМС РК.

2. Информационный файл передается в формате XML с кодовой страницей Windows-1251.

Файл должен быть упакован в архив формата ZIP (имя файла не меняется, расширение архива ZIP).

Имя файла данных формируется по следующему принципу:

RNT\_SNS\_DND\_YYMMNN.XML, где

RNT – реквизит, определяющий что это информация по направлениям на ВМП;

S– реквизит, определяющий **организацию-отправителя** файла, который равен:

- S – для СМО;

- M – для МО;

- T – для фонда.

NS – реквизит, определяющий код **организации-отправителя** файла по справочнику:

- F001 – для фонда;

- F002 – для СМО;

- F003 – для МО.

D– реквизит, определяющий **организацию-получателя** файла, который равен:

- S – для СМО;

- M – для МО;

- T – для фонда.

NS – реквизит, определяющий код **организации-получателя** файла по справочнику:

- F001 – для фонда;

- F002 – для СМО;

- F003 – для МО.

YYMM – отчётные год и месяц, по которым передается реестр направлений на ВМП;

NN – порядковый номер посылки в текущем месяце.

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

- возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

- наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

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

- соответствия файлов установленным форматам.

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

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

Файл XML должен строиться на основе элементов (тегов), использование атрибутов не допускается.

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

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

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

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

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

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

D – <дата> в формате **ГГГГ-ММ-ДД**;

S – <элемент> составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента.

В столбце «Дополнительная информация» указываются правила заполнения элементов.

4. Формат файла описан в Таблице №1.

Таблица №1.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | ZAP | ОМ | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «2.1». |
|  | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | C\_OKATO1 | О | T(5) | Код ОКАТО территории, выставившей счет | Код территории проставляется в соответствии с классификатором ОКАТО, О002. (Код ОКАТО ТС, дополненный справа нулями до 5 знаков). |
| **Записи** | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте |  |
|  | SLUCH | ОМ | S | Сведения о случае |  |
| **Сведения о пациенте** | | | | | |
| PACIENT | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | У | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | ENP | У | Т(16) | Единый номер полиса |  |
|  | FAM | У | T(40) | Фамилия пациента |  |
|  | IM | У | T(40) | Имя пациента |
|  | OT | У | T(40) | Отчество пациента |
|  | W | O | N(1) | Пол пациента | Заполняется в соответствии с классификатором V005 |
|  | DR | O | D | Дата рождения пациента |  |
|  | FAM\_P | У | T(40) | Фамилия представителя пациента | Заполняются данные о представителе новорожденного пациента. Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. |
|  | IM\_P | У | T(40) | Имя представителя пациента |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента |
|  | W\_P | У | N(1) | Пол представителя пациента |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя пациента |
|  | NOVOR | О | Т(9) | Признак новорождённого | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения.  0 – признак отсутствует.  Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону:  ПДДММГГН, где  П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А;  ДД – день рождения;  ММ – месяц рождения;  ГГ – последние две цифры года рождения;  Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | VNOV\_D | У | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| **Сведения о случае** | | | | | |
| SLUCH | IDCASE | O | N(11) | Номер записи в реестре случаев |  |
|  | USL\_OK | O | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | Классификатор условий оказания медицинской помощи V006 |
|  | VIDPOM | O | N(4) | Вид помощи | Классификатор видов медицинской помощи Справочник V008 |
|  | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 |
|  | VID\_HMP | У | T(9) | Вид высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 |
|  | METOD\_HMP | У | N(3) | Метод высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 |
|  | EXTR | У | N(2) | Направление (госпитализация) | 1 – плановая; 2 – экстренная |
|  | LPU | О | Т(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль | Классификатор V002 |
|  | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи |  |
|  | DATE\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | DS0 | У | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. |
|  | DS2 | У | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления. |
|  | DS3 | У | T(10) | Диагноз осложнения заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | VNOV\_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | CODE\_MES1 | УМ | Т(20) | Код МЭС | Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | У | Т(20) | Код МЭС сопутствующего заболевания |
|  | RSLT | O | N(3) | Результат обращения / госпитализации | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью V009. |
|  | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания V012. |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон | Классификатор медицинских специальностей V015. Указывается значение параметра «Code» |
|  | VERS\_SPEC | У | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается значение «V015». |
|  | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |