Приложение 1

к Правилам применения тарифов при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае

от 30.01.2024 года № 1/2024

Требования к формированию списков пациентов, в отношении которых были проведены лабораторные исследования в централизованных лабораториях по направлениям медицинских организаций

Списки пациентов, в отношении которых были проведены лабораторные исследования в централизованных лабораториях по направлениям медицинских организаций, формируются в виде файла формата CSV с учетом Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79.

Файл со списком пациентов, в отношении которых были проведены лабораторные исследования в централизованных лабораториях по направлениям медицинских организаций должен иметь имя следующей структуры:

LABNz\_Ni\_SMO\_YYMM.CSV, где

LAB – константа, обозначающая передаваемые данные;

Nz – реестровый номер МО, направившей на лабораторное исследование;

Ni – реестровый номер МО – централизованной лаборатории;

SMO – реестровый номер СМО.

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода.

Каждая строка файла должна содержать значения атрибутов, перечисленных в таблице 1. Значения отделяются друг от друга знаком «точка с запятой» (";") и должны следовать строго в том порядке, который задан. Каждое отдельное значение должно быть взято в кавычки с обеих сторон. Значения, помеченные как необязательные, могут отсутствовать. Если значение отсутствует, то на его месте следует вставить очередную точку с запятой (кавычки в таком случае не требуются).

Таблица 1. Структура строки файла со списком пациентов

| **№** | **Обязат.** | **Назначение атрибута** | **Имя столбца в файле выгрузки** | **Длина** | **Требования к формату и дополнительной обработке** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Нет | Фамилия пациента | Фамилия | ≤ 50 | Указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение в столбце Новорожденный должно быть отлично от нуля. |
|  | Нет | Имя пациента | Имя | ≤ 50 |
|  | Нет | Отчество пациента | Отчество | ≤ 50 |
|  | Да | Дата рождения пациента | Дата\_рождения | = 8 | ГГГГММДД |
|  | Да | Пол пациента | Пол | 1 | Заполняется в соответствии с классификатором V005. |
|  | Да | Признак новорожденного | Новорожденный | ≤ 50 | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения.  0 - признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где  П - пол ребенка в соответствии с классификатором V005;  ДД - день рождения;  ММ - месяц рождения;  ГГ - последние две цифры года рождения;  Н - порядковый номер ребенка (до двух знаков). |
|  | Нет | Фамилия представителя пациента | Фамилия\_П | ≤ 50 | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.  Реквизиты указываются обязательно, если значение поля Новорожденный отлично от нуля.  Указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. |
|  | Нет | Имя представителя пациента | Имя\_П | ≤ 50 |
|  | Нет | Отчество представителя пациента | Отчество\_П | ≤ 50 |
|  | Нет | Дата рождения представителя пациента | Дата\_рождения\_П | = 8 |
|  | Нет | Пол представителя пациента | Пол\_П | 1 |
|  | Нет | СНИЛС пациента | СНИЛС | = 14 | СНИЛС с разделителями. |
|  | Да | Номер электронной медицинской карты | ЭМК | ≤ 20 |  |
|  | Да | Код типа документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Тип\_ДПФС | = 1 | Заполняется в соответствии с классификатором F008. |
|  | Усл | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Серия\_полиса | ≤ 10 | Указывается серия полиса ОМС старого образца. |
|  | Да | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Номер\_полиса | ≤ 20 | Номер полиса ОМС старого образца или серия и номер временного свидетельства (без пробелов) или единый номер полиса ОМС. |
|  | Да | Реестровый номер СМО | СМО | = 5 | Заполняется в соответствии со справочником F002. |
|  | Усл | Тип документа, удостоверяющего личность | Тип\_УДЛ | ≤ 2 | Заполняется в соответствии со справочником F011. |
|  | Усл | Серия документа, удостоверяющего личность | Серия\_УДЛ | ≤10 |  |
|  | Усл | Номер документа, удостоверяющего личность | Номер\_УДЛ | ≤20 |  |
|  | Да | Код МО, направившей на лабораторное исследование | МО\_Заказчик | = 6 | Заполняется в соответствии со справочником F003. |
|  | Да | Диагноз | Диагноз | ≤10 | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. |
|  | Да | Код услуги | Код\_услуги | ≤20 | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг. |
|  | Да | Номер направления на лабораторное исследование | Номер\_направления | ≤20 |  |
|  | Да | Дата назначения лабораторного исследования | Дата\_назначения | = 8 | ГГГГММДД |
|  | Да | Цель посещения | Цель | =3 | Классификатор целей посещения Т025 (одно из значений 5.1-5.4) |
|  | Да | Стоимость лабораторного исследования, выставленная к оплате (руб.) | Сумма\_Услуги | 15.2 |  |
|  | Да | Служебное поле | Служебное\_поле | ≤100 |  |