

Государственное учреждение  
**Территориальный фонд  
обязательного  
медицинского страхования  
Вологодской области**

Тепличный мкр-н, 8-а, г. Вологда  
160017, тел. 71-77-05, факс 71-38-50,  
E-mail: postmaster@oms35.ru

28.06 2024 № 01-12/3393  
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

О направлении информации

И.о. начальника департамента  
здравоохранения Вологодской  
области  
А.Е. Еремееву

Директору Вологодского  
филиала АО «Страховая компания  
«СОГАЗ-Мед»  
А.В. Костареву

Руководителям медицинских  
организаций  
(по списку)

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 28.12.2023 N 2353 (ред. от 23.03.2024) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов», Письмом Минздрава России от 08.04.2024 № 17-6/И/2-6434 «О направлении Методических рекомендаций по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья» и Приказом департамента здравоохранения Вологодской области от 30.05.2024 № 423 «Об организации определенных групп взрослого населения по оценке репродуктивного здоровья в 2024 году» с 30.05.2024 в Регламент взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе организации и проведения профилактических мероприятий, осуществления диспансерного наблюдения и госпитализации на территории Вологодской области внесены изменения в части таблицы А1 согласно Приложению.

Приложение: Таблица А1. Структура файла со сведениями о застрахованных лицах, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий.

Директор



Д.Л. Порохин

Таблица А1. Структура файла со сведениями о застрахованных лицах, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий

| Код элемента   | Содержание   | Тип | Формат | Наименование                             | Дополнительная информация                                |
|--|--------------|-----|--------|--|--|
| 1  | 2            | 3   | 4      | 5  | 6  |
| <b>Корневой элемент</b>  |              |     |        |  |  |
| <b>ZL_LIST</b>   | <b>ZGLV</b>  | O   | S      | Заголовок файла                          | Информация о передаваемом файле, медицинской организации |
|  | <b>ZAP</b>   | OM  | S      | Список лиц                               | Список лиц для проведения профилактических мероприятий   |
| <b>Заголовок файла</b>   |              |     |        |  |  |
| <b>ZGLV</b>  | FILENAME     | O   | T(30)  | Имя файла                                |  |
|  | DATA         | O   | D      | Дата формирования файла                  | ГГГГ-ММ-ДД   |
|  | CODE_MO      | O   | T(6)   | Реестровый номер медицинской организации | Справочник F032  |
|  | YEAR         | O   | N(4)   | Отчетный год                             |  |
|  | R            | O   | N(2)   | Номер пакета за отчетный год             |  |
| <b>Список лиц на диспансеризацию и диспансерное наблюдение</b> |              |     |        |  |  |
| <b>ZAP</b>   | <b>N_ZAP</b> | O   | N(8)   | Номер позиции записи                     | Уникальная запись в пределах файла                       |
|  | FAM          | O   | T(40)  | Фамилия застрахованного                  |  |
|  | IM           | O   | T(40)  | Имя застрахованного                      |  |
|  | OT           | Y   | T(40)  | Отчество застрахованного                 |  |
|  | W            | O   | N(1)   | Пол застрахованного                      | Справочник V005  |
|  | DR           | O   | D      | Дата рождения застрахованного            | В формате ГГГГ-ММ-ДД                                     |
|  | PHONE        | Y   | N(30)  | Номер контактного телефона               | Заполняется при наличии                                  |
|  | FAM_P        | Y   | T(40)  | Фамилия представителя                    | Заполняются данные о представителе пациента – ребёнка    |

|  |          |   |       |  |   |
|--|----------|---|-------|--|---|
|  |          |   |       |  | Обязательно к заполнению при DISP_TYP=7   |
|  | IM_P     | У | T(40) | Имя представителя  | Заполняются данные о представителе пациента – ребёнка<br>Обязательно к заполнению при DISP_TYP=7                                    |
|  | OT_P     | У | T(40) | Отчество представителя   | Заполняются данные о представителе пациента – ребёнка<br>Обязательно к заполнению при DISP_TYP=7                                    |
|  | PHONE_P  | У | N(30) | Номер контактного телефона представителя   | Заполняются данные о представителе пациента – ребёнка   |
|  | NPOLIS   | О | T(16) | Номер документа подтверждающего факт страхования по ОМС  | Заполняется ЕНП (16 знаков)   |
|  | DS       | У | T(10) | Диагноз заболевания, по которому застрахованное лицо состоит на диспансерном учете   | Код из справочника МКБ. Обязательно для заполнения при DISP_TYP=3   |
|  | DAT_INC  | У | D     | Дата включения застрахованного лица в группу диспансерного наблюдения  | Обязательно для заполнения при DISP_TYP=3   |
|  | D_PERIOD | У | N(2)  | Периодичность диспансерного осмотра при диагнозе заболевания, по которому застрахованное лицо состоит на диспансерном наблюдении | Количество диспансерных осмотров в год.<br>Обязательно для заполнения при DISP_TYP=3  |
|  | MCODE    | У | T(14) | Код медицинского работника, осуществляющего диспансерное наблюдение застрахованного лица   | СНИЛС медицинского работника в формате: XXX-XXX-XXX XX, где X – любая цифра от 0 до 9.<br>Обязательно для заполнения при DISP_TYP=3 |
|  | DAT_PREV | У | D     | Дата предыдущего диспансерного приёма  | Обязательно для заполнения при  |

|                            |          |   |        |  |   |
|----------------------------|----------|---|--------|--|---|
|                            |          |   |        | (осмотра, консультации)  | DISP_TYP=3  |
|                            | MDP      | O | N(1)   | Место проведения диспансерного приема                          | 0 – в МО<br>1 – на дому<br>2 – по месту работы/учёбы  |
|                            | SMOCOD   | O | T(5)   | Реестровый номер СМО   |   |
|                            | DISP_TYP | O | N(1)   | Вид профилактического мероприятия                              | 3– диспансерное наблюдение;<br>4– ежегодная диспансеризация;<br>5– профосмотр взрослого населения;<br>6– углубленная диспансеризация взрослого населения;<br>7- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью подлежащие; диспансеризации.<br>8 – диспансеризация по оценке репродуктивного здоровья |
|                            | MES      | O | N(2)   | Месяц проведения мероприятий согласно плану                    |   |
|                            | PROV     | Y | S      | Сведения о проверке  | Заполняется в ТФОМС   |
| <b>Сведения о проверке</b> |          |   |        |  |   |
| PROV                       | ENP      | Y | T(16)  | Единый номер полиса, подтверждающего факт страхования по ОМС   |   |
|                            | ENDR     | Y | N(1)   | Статус записи в Федеральном едином регистре застрахованных лиц | 0 – действующая запись, иначе - полис закрыт  |
|                            | SMO      | Y | T(5)   | Реестровый номер СМО   | Справочник F002   |
|                            | MO       | Y | T(6)   | Реестровый номер МО, выбранной застрахованным                  | Справочник F032   |
|                            | COMENTZ  | Y | T(150) | Служебное поле   |   |