

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИСКОГО
СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ -АЛАНИЯ**

ПРИКАЗ

«19» 12 2025 г.

№ 386

г. Владикавказ

О внесении изменений в
Регламент информационного
взаимодействия

В целях обеспечения эффективного информационного взаимодействия при учете медицинской помощи, оказанной в системе обязательного медицинского страхования,
п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить изменения в Регламент информационного взаимодействия между медицинскими организациями и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия – Алания (далее – ТФОМС) при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи (далее - Регламент) согласно приложению к данному приказу.
2. Отделу информационного обеспечения (Миронова) разместить измененный Регламент на официальном сайте ТФОМС в течение 3 дней с момента подписания.
3. Изменения вступают в силу в расчетном периоде за декабрь 2025 года.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



А. Р. Дзагоев

Приложение 1

Изменения вносимые в регламент информационного взаимодействия.

В приложении 1 строки

«

Таблица Д.3. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения

Сведения о случае					
SL	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.
	LPU_1	Y	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	NHISTORY	O	T(50)	Номер карты	
	DATE_1	O	D(10)	Дата начала лечения	Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа.
	DATE_2	O	D(10)	Дата окончания лечения	

», изложить в виде

«

SL	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.
	LPU_1	Y	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	P_CEL	Y	T(3)	Цель посещения	Классификатор целей посещения V025 Приложения А. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL_OK=3)
	NHISTORY	O	T(50)	Номер карты	
	DATE_1	O	D(10)	Дата начала лечения	Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа.
	DATE_2	O	D(10)	Дата окончания лечения	

».