

**Регламент  
представления счетов и реестров счетов  
за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам  
в сфере обязательного медицинского страхования  
на территории Архангельской области**

**1. Общие положения**

Настоящий Регламент представления счетов и реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования на территории Архангельской области (далее – «Регламент») вводится с целью:

- установления единого порядка формирования, обработки, хранения и передачи информации с целью организации персонифицированного учёта оказанной медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования граждан (далее – ОМС) на территории Архангельской области;
- обеспечения защиты передаваемых персональных данных;
- уменьшения сроков обработки информации;
- повышения качества и достоверности передаваемой информации.

Настоящий Регламент разработан во исполнение требований:

- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в редакции Федеральных законов от 14.06.2011 № 136-ФЗ, от 30.11.2011 № 369-ФЗ, от 03.12.2011 № 379-ФЗ, от 28.07.2012 № 133-ФЗ, от 01.12.2012 № 213-ФЗ, от 11.02.2013 № 5-ФЗ, от 02.07.2013 № 185-ФЗ, от 23.07.2013 № 251-ФЗ, от 27.09.2013 № 253-ФЗ, от 25.11.2013 № 317-ФЗ, от 28.12.2013 № 390-ФЗ, от 12.03.2014 № 33-ФЗ, от 10.07.2014 № 204-ФЗ, от 21.07.2014 № 268-ФЗ, от 01.12.2014 № 418-ФЗ, от 14.12.2015 № 374-ФЗ, от 30.12.2015 № 432-ФЗ, от 03.07.2016 № 250-ФЗ, от 03.07.2016 № 286-ФЗ, от 28.12.2016 № 471-ФЗ, от 28.12.2016 № 472-ФЗ, от 28.12.2016 № 473-ФЗ, от 28.12.2016 N 493-ФЗ).
- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в редакциях приказов 897н, 1036н, 160н, 396н, 859ан, 536н, 192н, 423н, 736н, 803н) (далее – Правила ОМС),
- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 №29н «Об утверждении Порядка

ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»,

- приказа Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС» в редакции приказов от 22.08.2011 № 154, от 26.12.2013 № 276, от 09.09.2016 № 169 (далее – «Приказ № 79»),
- приказа Федерального фонда ОМС от 20.12.2013 № 263 «Об утверждении порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи СМО в сфере ОМС» (далее – Приказ № 263)
- постановления правительства Архангельской области от 27.12.2016 № 533-пп «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее – Территориальная программа).

Настоящий Регламент является обязательным для исполнения всеми участниками сферы ОМС, действующими на территории Архангельской области и определяет:

- порядок формирования и представления счетов, реестров счетов, реестров проведенного медико-экономического контроля и иных документов на электронном или бумажном носителе между участниками сферы ОМС Архангельской области;
- правила заполнения отдельных информационных полей;
- порядок проверки информации на различных уровнях контроля;
- требования по подготовке, передаче и приему информации;
- общие требования к ведению персонифицированного учета оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

Регламент не переопределяет положений Правил ОМС и Приказа № 79. Регламент дополняет Правила ОМС и Приказ № 79 в части предусмотренных в указанных нормативных документах региональных особенностей. Информационный обмен в сфере ОМС Архангельской области строится на основании Правил ОМС и Приказа № 79, а также Регламента в части региональных особенностей.

### **1.1. Определение документов информационного обмена**

Регламент определяет обмен электронными документами и не предусматривает обмена документами на бумажном носителе. В рамках Регламента электронными документами являются:

- реестры счетов. Формат и состав реестров счетов определяется в [Приложении 6](#) «Формат файлов информационного обмена (реестров счетов и протоколов)» Регламента;
- счета в электронном виде. Формат счетов в электронном виде определяется в [Приложении 3](#) «Формат электронного счёта» Регламента;
- реестры экспертизы ([МЭК](#)). Формат реестров экспертизы определяется Приказом № 79;
- акты МЭК в электронном виде. Формат актов МЭК в электронном виде определяется в [Приложении 4](#) «Формат электронного акта МЭК» Регламента;
- нормативно-справочная информация ([НСИ](#)). Формат и состав НСИ определяется Приказом № 79;
- в составе НСИ выделяется региональный классификатор услуг ([РКУ](#)). Формат и состав РКУ определяется в [Приложении 1](#) «Формат регионального классификатора услуг» Регламента;
- в составе НСИ выделяется региональный справочник подразделений медицинских организаций. Формат и состав данного справочника определяется в [Приложении 2](#) «Формат регионального справочника подразделений МО» Регламента.

Далее в Регламенте любое упоминание перечисленных документов подразумевает только их электронную форму. Придание перечисленным электронным документам статуса официальных документов на бумажном носителе находится вне рамок Регламента и определяется Соглашениями об электронном взаимодействии, заключаемыми со всеми участниками сферы ОМС Архангельской области для работы в защищённой сети передачи данных ViPNet.

## **1.2. Порядок выпуска и обновления Регламента**

Регламент выпускается в виде приложения к Тарифному соглашению. В случае необходимости внесения изменений, корректировок и дополнений в Регламент, выпускается новая редакция Регламента, в виде приложения к Тарифному соглашению с тем же номером, либо с новым, присваиваемым в процессе подготовки приложений Тарифного соглашения. Новая редакция приложения Регламента сопровождается списком изменений по сравнению с предыдущей редакцией. Каждая редакция Регламента утверждается на заседании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области и публикуется на [официальном сайте ТФОМС АО](#).

Дополнения и корректировки в Регламенте отдельными нормативными документами не производятся. В случае необходимости внесения срочных корректировок в Регламент участники информационного обмена могут быть проинформированы о внесении срочных изменений информационным письмом ТФОМС АО или информационным извещением на его официальном сайте.

Однако в последующем эти срочные корректировки должны быть обязательно внесены в очередную редакцию Регламента.

### **1.3.О переходе к формату обмена по Приказу № 79 в редакции приказа Федерального фонда ОМС от 09.09.2016 № 169**

Изменения в формате информационного обмена, устанавливаемые редакцией приказа Федерального фонда ОМС от 09.09.2016 № 169, вводятся для медицинской помощи, оказанной с 01.01.2017. В реестрах, сформированных согласно редакции приказа № 169, следует указывать версию формата <VERSION>2.1.1</VERSION>.

Начиная с **01.01.2017** все реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную с 01.01.2017, должны передаваться только в формате Приказа № 79 в редакции приказа № 169 (версия 2.1.1), реестры счетов в формате Приказа № 79 в редакции приказа № 276 (версия 2.1) приниматься с 01.01.2017 не будут.

Допускается отсутствие отдельных обязательных и/или условно-обязательных элементов и полей, вновь вводимых приказом № 169, в реестрах счетов за медицинскую помощь, оказанную в течение января 2017 г. и передаваемых в феврале 2017 г. С 01.03.2017 должны сведения в реестрах счетов должны заполняться в полном объеме в соответствии с требованиями приказа № 169 и настоящего Регламента.

## **2. Термины, определения, аббревиатуры**

**Акт МЭЖ** - электронный документ, сформированный [СМО](#) или [ТФОМС АО](#) в соответствии с [Приложением 4](#) Регламента по итогам МЭЖ реестра счёта и содержащий сведения о сумме, принятой к оплате за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, а также перечень обнаруженных ошибок по позициям реестра счёта с отказами в принятии к оплате.

**Временное свидетельство** – документ, выдаваемый на руки застрахованному в страховой медицинской организации до получения им полиса ОМС единого образца. Временное свидетельство предъявляется в медицинских организациях при получении медицинской помощи.

**Единый информационный ресурс (ЕИР)** – сервис, работающий в ТФОМС АО и обеспечивающий передачу, приём и обработку информации в рамках реализации Приказа № 263 (предоставление сведений о свободных местах (койках) в медицинских организациях, регистрацию направлений о госпитализации).

**Единый Номер Полиса ОМС (ЕНП)** – уникальный идентификатор сведений о застрахованном лице.

**Медико-экономический контроль (МЭК)** - процесс контроля отдельных позиций реестров счетов на соответствие требованиям, которые установлены Правилами ОМС и/или другими нормативными документами.

**Межтерриториальные расчеты (МТР)** – оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями на территории Архангельской области лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

**Нормативно-справочная информация (НСИ)** - справочники, классификаторы и кодификаторы, используемые для кодирования информации в процессе передачи информации между участниками информационного обмена. Нормативно-справочная информация подразделяется на федеральную часть, определяемую Общими принципами, и региональную часть, определяемую Регламентом.

**Определение страховой принадлежности (СП)** - процесс установления регистрации застрахованного лица в той или иной страховой медицинской организации на момент оказания застрахованному лицу медицинской помощи.

**Отчетный период** - месяц, в котором застрахованному лицу было завершено оказание медицинской помощи.

**Официальный сайт** – сайт ТФОМС АО в глобальной сети Интернет, предназначенный для информирования застрахованных лиц об их правах и обязанностях в сфере ОМС, доступности медицинской помощи, а также для информирования участников сферы ОМС Архангельской области и других субъектов Российской Федерации о нормативных документах, нормативно-справочной информации (НСИ), действующих на территории Архангельской области, оперативной информации (объявлений) о новостях и изменениях в сфере ОМС Архангельской области. Официальный сайт расположен в сети интернет по адресу <https://www.arhofoms.ru>. Доступен также по сокращенному имени <https://arhofoms.ru>. С целью увеличения доступности сайта, в случае неработоспособности основного канала сети Интернет в ТФОМС АО, официальный сайт доступен также по резервному имени <https://www2.arhofoms.ru>.

**Пакет МЭК** - пакет, сформированный в формате, определённом в [Приложении 5](#) Регламента, содержащий акт МЭК и реестр МЭК.

**Пакет счёта** - пакет, сформированный медицинской организацией в формате, определённом в [Приложении 5](#) Регламента, содержащий счёт и реестр счёта.

**Порядок контроля** - определён приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2011 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (в редакции приказов Федерального фонда ОМС от 16.08.2011 № 144, от 21.07.2015 № 130).

**Правила контроля** – Правила ФЛК и МЭК, свод правил, по которым осуществляется ФЛК, предварительный МЭК и МЭК в ТФОМС АО. Свод правил представляет собой описание условий проверок на разных этапах, перечень нормативных документов, на основании которых выполняется та или иная проверка, таблицы правил. Правила контроля сгруппированы в электронную таблицу, опубликованную на [официальном сайте ТФОМС АО](#) в разделе «[Информационные технологии](#)», подразделе «[Нормативные документы](#)», файл «[Правила ФЛК и МЭК.xlsx](#)». Правила контроля формируются на основании [Правил ОМС](#) и [Порядка контроля](#). Правила контроля обязательны к соблюдению разработчиками МИС при реализации проверок в МИС до отправки счетов и реестров счетов, ТФОМС АО и СМО при проведении ФЛК и МЭК счетов и реестров счетов. Правила контроля могут быть обновлены/добавлены вне зависимости от настоящего Регламента.

**Правила ОМС** – базовые правила ОМС, определённые [приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

**Предварительный МЭК (ПМЭК)** – предварительный [МЭК](#), проводимый ТФОМС АО после прохождения пакетом счёта [процедуры ФЛК](#) в ТФОМС АО. На этапе ПМЭК выполняются проверки в соответствии с [Правилами контроля](#). Процесс ПМЭК происходит в соответствии с описанием [процедуры ПМЭК](#).

**Региональный Классификатор Услуг (РКУ)** – [сформированный](#) и ведущийся ТФОМС АО основной классификатор применяемых в реестрах счетов услуг и тарифов.

**Региональный Сегмент Единого Регистра Застрахованных лиц (РС ЕРЗ)** - сформированный и ведущийся ТФОМС АО в соответствии с законодательством РФ регистр, содержащий сведения о застрахованных лицах на территории Архангельской области. Сведения в РС ЕРЗ постоянно актуализируются посредством информационного обмена со страховыми медицинскими организациями, ЦС ЕРЗ, органов ПФР и ЗАГС в соответствии с Правилами ОМС и Приказом № 79.

**Региональный регистр прикрепившегося населения (РПН)** – сформированный и ведущийся ТФОМС АО набор сведений о выборе лицами, застрахованными на территории Архангельской области медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь застрахованным лицам, а также сведений о медицинских работниках, к которым прикрепляются застрахованные лица. Порядок ведения РПН определён в «Регламенте формирования регистра прикрепившегося населения», являющегося Приложением к Тарифному соглашению.

**Реестр МЭК** – электронный документ, сформированный ТФОМС АО в соответствии с форматом, установленным Общими принципами по итогам МЭК реестра счёта и содержащий персонифицированные сведения по каждой позиции реестра счёта с указанием принятия к оплате или ошибки по результатам МЭК, препятствующей в принятии данной позиции реестра счёта к оплате.

**Реестр счёта** – электронный документ, сформированный медицинской организацией в соответствии с форматом и требованиями Приказа № 79 и прилагаемый к счёту, содержащий персонифицированные сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

**Счёт** - электронный документ, сформированный медицинской организацией в соответствии с форматом [Приложения 3](#) Регламента, содержащий информацию о сумме, предъявляемой медицинской организацией к оплате или к учёту в подушевом финансировании за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам.

**Форматно-логический контроль (ФЛК)** - процесс контроля входящей информации, при котором осуществляется проверка структуры и формата на соответствие установленным требованиям, а также проверка элементов информации на логическую непротиворечивость.

**Центральный Сегмент Единого Регистра Застрахованных лиц (ЦС ЕРЗ)** - сформированный и ведущийся Федеральным фондом ОМС в соответствии с законодательством РФ интегрированный регистр, содержащий сведения о застрахованных лицах по всем субъектам РФ.

**Электронная подпись (ЭП)** – информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию.

#### Используемые сокращения

<b>ЕИР</b>	<a href="#">единый информационный ресурс</a>
<b>ЕНП</b>	<a href="#">единый номер полиса ОМС;</a>
<b>МИС</b>	медицинская информационная система;
<b>МО</b>	<a href="#">медицинские организации;</a>
<b>МТР</b>	<a href="#">межтерриториальные расчеты;</a>
<b>МЭК</b>	<a href="#">медико-экономический контроль;</a>
<b>МЭЭ</b>	медико-экономическая экспертиза;

<b>НСИ</b>	<a href="#">нормативно-справочная информация;</a>
<b>ОГРН</b>	основной государственный регистрационный номер;
<b>ОКАТО</b>	общероссийский классификатор объектов административно-территориального деления;
<b><a href="#">ПМЭК</a></b>	Предварительный МЭК в <a href="#">ТФОМС АО</a> ;
<b>РКУ</b>	<a href="#">региональный классификатор услуг;</a>
<b>РПН</b>	<a href="#">региональный регистр прикрепившегося населения;</a>
<b>РС ЕРЗ</b>	<a href="#">региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;</a>
<b>СКЗИ</b>	сертифицированное средство криптографической защиты информации;
<b>СМО</b>	<a href="#">страховые медицинские организации;</a>
<b>СНИЛС</b>	страховой номер индивидуального лицевого счета в ПФР;
<b>СП</b>	<a href="#">страховая принадлежность;</a>
<b>ФЛК</b>	<a href="#">форматно-логический контроль;</a>
<b>ЦС ЕРЗ</b>	<a href="#">центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц;</a>
<b>ЭКМП</b>	экспертиза качества медицинской помощи;



### 3. Описание порядка информационного обмена

#### 3.1. Участники информационного обмена и их роли

##### **Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области**

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области (ТФОМС АО) является участником, организующим информационный обмен в сфере ОМС Архангельской области. В рамках настоящего Регламента ТФОМС АО осуществляет следующие функции:

- проводит контроль соблюдения требований Регламента другими участниками информационного обмена;
- формирует, публикует на [официальном сайте](#) ТФОМС АО и поддерживает в актуальном состоянии нормативно-справочную информацию, установленную настоящим Регламентом, а также публикует на официальном сайте ТФОМС АО [нормативно-справочную информацию](#), установленную Приказом № 79;
- проводит [определение страховой принадлежности](#) застрахованных лиц;
- проводит форматно-логический контроль информации ([ФЛК](#)), поступающей от других участников информационного обмена;
- проводит [предварительный медико-экономический контроль \(ПМЭК\) пакетов счетов](#) и [пакетов МЭК](#);
- проводит медико-экономический контроль ([МЭК](#)) [пакетов счетов](#), поступающих от МО для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации ([МТР](#));
- производит оплату оказанной медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации ([МТР](#)), по представленным медицинскими организациями счетам и реестрам счетов;
- производит [аннулирование счёта](#) и [реестра счёта \(пакета счёта\)](#) по запросу страховой медицинской организации;
- выполняет функцию маршрутизирующего центра, принимая информацию от одних участников и передавая её другим участникам информационного обмена.

##### **Страховые медицинские организации**

Страховые медицинские организации (СМО) являются участниками информационного обмена, выполняющими следующие функции:

- своевременно актуализируют и используют в информационном обмене публикуемую на [официальном сайте](#) ТФОМС АО нормативно-справочную информацию ([НСИ](#));
- осуществляют приём [пакетов счетов](#), сформированных медицинскими организациями, от ТФОМС АО;
- проводят медико-экономический контроль ([МЭК](#)) реестров счетов, поступающих от МО для оплаты медицинской помощи;
- отправляют сформированные [реестры МЭК](#) и [акты МЭК](#) в МО через ТФОМС АО;
- производят оплату оказанной медицинской помощи по принятым счетам и реестрам счетов в соответствии с [реестрами МЭК](#) и [актами МЭК](#);
- проводят МЭЭ и ЭКМП, передавая результаты реестрами в МО через ТФОМС АО;
- принимают решение о возможности [аннулирования счёта и реестра счёта \(пакета счёта\)](#) по запросу медицинской организации;
- осуществляют персонифицированный учёт оказанной медицинской помощи лицам, застрахованным в СМО.

### **Медицинские организации**

Медицинские организации (МО), являются участниками информационного обмена, выполняющими следующие функции:

- своевременно актуализируют и используют в информационном обмене публикуемую на [официальном сайте](#) ТФОМС АО нормативно-справочную информацию ([НСИ](#));
- формируют и направляют запросы в ТФОМС АО на [определение страховой принадлежности](#) застрахованных лиц;
- формируют [счета](#) и [реестры счетов \(пакеты счетов\)](#) за оказанную медицинскую помощь;
- получают от ТФОМС АО протокол [ФЛК](#) и/или [ПМЭК](#) на направленную информацию, устраняют указанные в протоколе ФЛК и/или ПМЭК ошибки;
- получают через ТФОМС АО направленные СМО [реестры МЭК](#) и [акты МЭК \(пакеты МЭК\)](#), устраняют указанные в реестрах МЭК и актах МЭК ошибки;
- осуществляют персонифицированный учёт оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

## **3.2. Организация информационного обмена между его участниками**

### **Общие положения информационного обмена**

Информационный обмен [электронными документами, определяемыми в Регламенте](#), между всеми участниками осуществляется только в электронном

виде. Передача между участниками копий электронных документов на бумажных носителях не производится.

Передача электронных документов между участниками информационного обмена происходит по сетям общего пользования с обязательным использованием средств СКЗИ и электронной подписи. Передача электронных документов посредством съемных носителей информации (съемные жесткие диски, флэш-карты, компакт-диски, дискеты, магнитофонные кассеты, перфокарты и т.п.) не производится.

При передаче информации между участниками информационного обмена для защиты передаваемой информации от несанкционированного доступа и электронной подписи документов используется СКЗИ ViPNet. Документы по использованию СКЗИ ViPNet опубликованы на [официальном сайте](#) ТФОМС АО (раздел «Информационные технологии», подраздел «Информационная безопасность», папка «[УЦ ТФОМС АО](#)»).

Информационный обмен осуществляется в пакетном режиме. Это означает, что участник информационного обмена формирует пакет информации и направляет его другому участнику информационного обмена, ожидая либо пакета с ответной информацией, либо просто подтверждения о получении пакета, в зависимости от того, что установлено Регламентом для конкретного информационного пакета. Сервисы режима «он-лайн» непосредственно в информационном обмене не используются. Тем не менее, участники информационного обмена могут создавать сервисы, работающие в режиме «он-лайн», для лучшего информирования других участников о ходе информационного обмена. Такие сервисы носят информационно-справочный характер и не оказывают непосредственного влияния на информационные потоки.

Регламент вводит в информационный обмен понятия [электронного счёта](#) и [электронного акта МЭК](#).

Электронный счёт формируется в МО, в формате, определённом в [Приложении 3](#) Регламента. После формирования электронного счёта, он объединяется с соответствующим реестром счёта, образуя [пакет счёта](#). Формат пакета счёта устанавливается в [Приложении 5](#) Регламента. По отдельности ни счёт, ни реестр счёта не передаются, они могут передаваться только парно, в составе пакета счёта. Передача экземпляров счёта на бумажном носителе не предусматривается. Электронный счёт и реестр счёта в составе пакета счёта, подписанного в установленном порядке действительной [электронной подписью](#), принимаются электронными документами, эквивалентными аналогичным документам на бумажном носителе, заверенными подписью и печатью.

Электронный акт МЭК формируется в СМО или в ТФОМС АО, в формате, определённом в [Приложении 4](#) Регламента. После формирования электронного акта МЭК, он объединяется с соответствующим реестром МЭК,

образуя [пакет МЭК](#). Формат пакета МЭК устанавливается в [Приложении 5](#) Регламента. По отдельности ни акт МЭК, ни реестр МЭК не передаются, они могут передаваться только парно, в составе пакета МЭК. Передача экземпляров акта МЭК на бумажном носителе Регламентом не предусматривается. Электронный акт МЭК и реестр МЭК в составе пакета МЭК, подписанного в установленном порядке действительной [электронной подписью](#), принимаются электронными документами, эквивалентными аналогичным документам на бумажном носителе, заверенными подписью и печатью.

### **Информационный обмен между ТФОМС и МО**

МО загружает пакет [НСИ](#) с официального сайта ТФОМС АО и в дальнейшем осуществляют регулярную проверку на появление обновлений НСИ на официальном сайте ТФОМС АО, в разделе «Информационные технологии», подраздел «Документы», папка «[Справочники НСИ](#)». Для осуществления регулярной проверки МО может использовать сервис RSS, предоставляемый [официальным сайтом](#) ТФОМС АО.

С целью определения страховой принадлежности МО в ежедневном порядке, по мере ввода информации в медицинскую информационную систему (далее - МИС), формируют запросы на [определение страховой принадлежности](#) и направляют такие запросы в ТФОМС АО на адрес сети ViPNet «29(АрхТФОМС) Реестры». Подробно процедура определения страховой принадлежности описана в [разделе 4](#) Регламента.

В сроки, установленные договором на оказание лечебно-профилактической помощи со СМО, но только после определения страховой принадлежности, МО формирует [счёт](#) за оказанную медицинскую помощь и [реестр счёта](#) на СМО, указанную в результатах определения страховой принадлежности.

Счёт за оказанную медицинскую помощь [МО](#) формирует в формате, указанном в [Приложении 3](#) Регламента. Реестр счёта МО формирует в формате, установленном Приказом № 79.

Из счёта и реестра счёта МО формирует [пакет счёта](#). Формат и правила формирования пакета счёта описаны в [Приложении 5](#) Регламента.

Сформированные пакеты счетов МО направляет в [ТФОМС АО](#) на адрес сети ViPNet «29(АрхТФОМС) Реестры».

После проведения [ФЛК](#) запроса на [определение страховой принадлежности](#) или пакета счёта, ТФОМС АО направляет в адрес МО, сформировавшей запрос или пакет счёта, либо подтверждение об успешном прохождении ФЛК либо протокол ФЛК с указанием ошибок. Протокол ФЛК формируется в формате, определяемом Приказом № 79.

[МО](#), получив от [ТФОМС АО](#) протокол [ФЛК](#), обязана проанализировать указанные в протоколе ФЛК ошибки и принять меры по их устранению. После

устранения ошибок запрос на определение страховой принадлежности или пакет счёта заново формируются и направляются в ТФОМС АО. При исправлении ошибок ФЛК нумерация запроса на определение страховой принадлежности, счёта и реестра счёта в пакете счёта, может не меняться.

После прохождения ФЛК [пакет счёта](#) направляется на [ПМЭК](#). ПМЭК проводится в соответствии с [Правилами контроля](#) и [процедурой ПМЭК](#).

В случае получения от ТФОМС АО подтверждения о том, что запрос на определение страховой принадлежности успешно прошёл ФЛК или [пакет счёта](#) успешно прошёл ФЛК и ПМЭК, МО ожидает получения результатов. Результатами являются ответы с определённой ТФОМС АО страховой принадлежностью, [пакет МЭК](#) от ТФОМС АО или [СМО](#). ТФОМС АО направляет результаты на адрес, зарегистрированный для МО в защищенной сети ViPNet.

ТФОМС АО направляет информацию и [электронные документы](#) (результаты [определения страховой принадлежности](#), [протоколы ФЛК](#), [пакет МЭК](#)) в адрес МО **однократно**. ТФОМС АО гарантирует доставку информации до координатора сети ViPNet, с которым работает МО. Поддержание работоспособности координатора сети ViPNet медицинской организации являются зоной ответственности самой медицинской организации. Также **зоной ответственности МО является сохранность полученных от ТФОМС АО электронных документов**. МО обязана разработать внутренний регламент работы с электронными документами, обеспечивающий их сохранность, надлежащее резервное копирование, а также защиту персональных данных, содержащихся в электронных документах. **При утрате электронных документов по вине медицинской организации, ТФОМС АО их повторно в МО не направляет**, в том числе по индивидуальному запросу МО.

При получении [пакета МЭК](#) медицинская организация принимает меры по устранению указанных в реестре МЭК ошибок. После устранения ошибок позиции реестра счёта, отказанные в принятии к оплате, могут быть выставлены на оплату повторно, в новом счёте и реестре счёта. Внесения корректировок в счёт и реестр счёта (пакет счёта), по которым проведен МЭК и получен акт МЭК и реестр МЭК (пакет МЭК), не предусматривается.

В отдельных случаях, при обнаружении ошибки в счёте или массовой ошибки в реестре счёта, весь пакет счёта может быть аннулирован. Порядок такого аннулирования устанавливается [в разделе 3.3](#) Регламента. При аннулировании все позиции аннулированного реестра счёта могут быть вновь включены в новый реестр счёта.

### **Информационный обмен между ТФОМС и СМО**

СМО загружает пакет [НСИ](#) с официального сайта ТФОМС АО и в дальнейшем осуществляют регулярную проверку на появление обновлений НСИ на официальном сайте ТФОМС АО, в разделе «Информационные технологии»,

подраздел «Документы», папка «[Справочники НСИ](#)». Для осуществления регулярной проверки СМО может использовать сервис RSS, предоставляемый официальным сайтом ТФОМС АО.

СМО получает от ТФОМС АО [пакет счёта](#) (включающий [счёт от МО в электронном виде](#)).

ТФОМС АО направляет [пакет счёта](#) в СМО [на адрес, зарегистрированный для СМО](#) в защищенной сети ViPNet.

СМО проводит [МЭК](#) пакета счёта [МО](#) и направляет результат МЭК в виде [пакета МЭК](#) в ТФОМС АО на адрес сети сети ViPNet «29(АрхТФОМС) Реестры».

ТФОМС АО проводит проверку пакета МЭК в соответствии с [Правилами контроля](#).

ТФОМС АО направляет информацию и [электронные документы](#) (пакет счёта) в адрес СМО **однократно**. ТФОМС АО гарантирует доставку информации до координатора сети ViPNet, с которыми работает СМО. Поддержание работоспособности координатора сети ViPNet страховой медицинской организации являются зоной ответственности самой страховой медицинской организации. Также **зоной ответственности СМО является сохранность полученных от ТФОМС АО электронных документов**. СМО обязана разработать внутренний регламент работы с электронными документами, обеспечивающий их сохранность, надлежащее резервное копирование, а также защиту персональных данных, содержащихся в электронных документах. **При утрате электронных документов по вине страховой медицинской организации, ТФОМС АО их повторно в СМО не направляет**, в том числе по индивидуальному запросу СМО.

СМО производит оплату или учёт оказанной медицинской помощи МО, указанной в пакете счёта, в установленном порядке. Порядок фактической оплаты оказанной медицинской помощи находится вне рамок Регламента.

### **3.3. Порядок аннулирования счетов и реестров счетов (пакетов счетов)**

В основном устранение выявленных в ходе проведения [МЭК](#) ошибок в позициях [реестра счёта](#) должно осуществляться путём исправления ошибок МЭК и повторного включения исправленных позиций в новый счёт и реестр счёта. **Аннулирование пакетов счетов не должно использоваться МО в качестве штатного метода исправления ошибок**.

Однако в отдельных случаях весь [пакет счёта](#) может быть аннулирован. Аннулирование пакетов счетов не является стандартным путём корректировки ошибок, в некоторых случаях аннулирование невозможно в принципе. Поэтому аннулирование пакета счетов выполняется в индивидуальном порядке и в ручном режиме.

Для аннулирования пакета счёта (пакетов счетов) МО отправляет по защищенной сети ViPNet в СМО, на которую выставлен счёт за оказанную медицинскую помощь, отсканированную копию (в формате PDF) письменного запроса произвольного вида. В случае расчётов по [МТР](#) отсканированная копия запроса направляется в адрес ТФОМС АО. В запросе от МО должно быть достаточно информации для идентификации аннулируемого пакета счёта - имя пакета счёта, номер счёта, дата счёта. В одном запросе на аннулирование может быть указан один пакет счёта или сразу несколько пакетов счетов. Также в письменном запросе обязательно должна быть указана причина аннулирования пакета счёта.

СМО, получив запрос на аннулирование пакета счёта, определяет возможности его аннулирования. Если аннулирование пакета счёта невозможно по каким-либо причинам, СМО информирует МО о невозможности аннулирования пакета счёта. Если аннулирование возможно, то СМО производит его аннулирование и **в обязательном порядке** информирует МО и ТФОМС АО о том, что пакет счёта аннулирован. Информирование производится путём отправки отсканированной копии уведомления в формате PDF по защищенной сети ViPNet. Уведомление может быть произвольной формы, но должно содержать достаточно информации для идентификации аннулируемого пакета счёта - имя пакета счёта, номер счёта, дата счёта. В одном уведомлении об аннулировании может быть указан один пакет счёта или сразу несколько пакетов счетов. Также в уведомлении обязательно должна быть указана причина аннулирования пакета счёта.

ТФОМС АО, получив от СМО уведомление об аннулировании пакета счёта, производит его аннулирование в информационной системе ТФОМС АО и высылает в СМО по защищенной сети ViPNet подтверждение произвольной формы в электронном виде об аннулировании пакета счёта.

Электронные копии запросов на аннулирование пакета счетов, уведомления и подтверждения об аннулировании пакета счетов обязательно должны быть подписаны действительной электронной подписью участника информационного обмена.

## **4. Процедура определения страховой принадлежности**

### **4.1. Порядок определения страховой принадлежности**

Процедура определения страховой принадлежности является **безусловно обязательной** перед формированием реестров счетов.

МО **ежедневно**, по мере ввода информации об оказанной медицинской помощи в МИС, направляет запросы на определение страховой принадлежности в ТФОМС АО. Требование ежедневной отправки запросов на определение страховой принадлежности обусловлено необходимостью равномерного

распределения нагрузки на сервера [ЦС ЕРЗ](#). Учитывая, что пик нагрузки приходится на последние и первые числа месяца, время на определение страховой принадлежности в указанные дни может значительно возрастать.

### **Описание процедуры определения страховой принадлежности**

МО формирует и отправляет в ТФОМС АО на адрес сети ViPNet «29(АрхТФОМС) Реестры», запрос установленного формата на определение страховой принадлежности.

ТФОМС АО проводит [ФЛК](#) полученного запроса и в зависимости от результатов ФЛК высылает МО, сформировавшей запрос, либо уведомление об успешном прохождении ФЛК, либо протокол ФЛК с указанием ошибок ФЛК.

В случае обнаружения ошибок на ФЛК запрос на определение страховой принадлежности более не обрабатывается и удаляется в информационной системе ТФОМС АО. МО должна исправить ошибки, указанные в протоколе ФЛК и сформировать запрос заново. Количество попыток со стороны МО на отправку запроса на определение страховой принадлежности не ограничено.

В случае успешного прохождения ФЛК в ТФОМС АО, запрос на определение страховой принадлежности направляется на идентификацию пациентов в [РС ЕРЗ](#). Для идентифицированных пациентов проводится поиск страховой принадлежности по [РПН](#).

В случае обнаружения застрахованного лица в РПН, определение его страховой принадлежности осуществляется на основании сведений РПН **на 1 число отчетного месяца** независимо от фактической страховой принадлежности застрахованных лиц на дату окончания лечения.

В случае отсутствия сведений о страховой принадлежности застрахованного лица в РПН на 1 число отчетного месяца, для определения страховой принадлежности используются сведения РС ЕРЗ на дату окончания лечения.

Если сведения о застрахованном лице не обнаружены ни в РПН, ни в РС ЕРЗ, ТФОМС АО переадресует запрос в [ЦС ЕРЗ](#). При этом ТФОМС АО использует несколько вариантов запроса по комбинации признаков (ключам). Основным ключом является комбинация фамилии, имени, отчества, даты рождения застрахованного лица. Первая попытка поиска осуществляется в сочетании основного ключа и серии/номера полиса ОМС – для полисов старого образца и [временных свидетельств](#), для полисов единого образца – [единого номера полиса \(ЕНП\)](#). В случае отрицательного результата поиска по основному ключу и серии/номеру полиса (ЕНП), используются последовательные запросы по основному ключу и серии/номеру документа, удостоверяющего личность, основному ключу и страховому номеру индивидуального лицевого счета ([СНИЛС](#)).



Страховая принадлежность при запросе в ЦС ЕРЗ определяется на дату окончания лечения.

## **Требования и рекомендации по заполнению информации на определение страховой принадлежности**

Формат запроса на определение страховой принадлежности установлен в Приказе № 79, Регламент не вносит в формат структурных изменений. Формируется запрос на определение страховой принадлежности аналогично [реестру счёта](#), за исключением того, что в запросе не указываются атрибуты счёта. В качестве получателя реестра всегда указывается ТФОМС АО.

Поскольку определение страховой принадлежности происходит в полностью автоматизированном режиме, без участия человека, МО должна уделить особое внимание качеству и безошибочности заполнения информации о застрахованном лице при вводе сведений в МИС. Ошибка в фамилии, имени, отчестве, дате рождения застрахованного лица, не точное заполнение данных удостоверения личности или СНИЛС приведет к невозможности определения его страховой принадлежности.

Недопустимо смешение русских (кириллических) и латинских букв, хоть и сходных по начертанию, в фамилии, имени и отчестве застрахованного лица. Контроль ввода на такой тип ошибки должен быть реализован в автоматическом режиме в МИС МО.

Всегда предпочтительней предоставление в запросе [ЕНП](#) вместо серии/номера полиса ОМС старого образца. Узнать ЕНП лиц, застрахованных на территории Архангельской области, можно на официальном сайте ТФОМС АО, по серии/номеру действующего полиса ОМС старого образца или по серии/номеру документа, удостоверяющего личность.

В виду того, что ТФОМС АО при определении страховой принадлежности использует несколько вариантов запроса по комбинированным ключам, желательно предоставление максимально известной информации, в том числе по полям, которые обозначены как условно-обязательные (серия/номер документа, удостоверяющего личность, СНИЛС). Это значительно повышает качество определения страховой принадлежности. При указании в запросе серии/номера полиса ОМС старого образца вместо ЕНП, дополнительное указание типа и серии/номера документа, удостоверяющего личность, **является обязательным требованием**.

Номера ЕНП и СНИЛС содержат в самих себе возможность проверки их корректности. По специальному алгоритму они могут быть проверены на правильность еще в момент их ввода в МИС МО, что позволит избежать ошибок ручного ввода.

### **4.2. Результаты определения страховой принадлежности**

При положительном результате определения страховой принадлежности, в МО возвращаются заполненные элементы узла PACIENT: NPOLIS (номер полиса ОМС, всегда [ЕНП](#)), SMO\_OGRN (ОГРН СМО) и SMO\_OK (код ОКАТО

территории страхования). Для лиц, застрахованных на территории Архангельской области, дополнительно заполняется элемент СМО (реестровый номер СМО) и, при наличии, указываются сведения о прикреплении пациента к МО на начало отчетного периода.

Сведения о прикреплении размещаются в комментарии к случаю (узел SLUCH элемент COMENTSL) и имеют следующий формат: «РПН на дд.мм.гггг, МО=XXXXXX», где «дд.мм.гггг» – дата формирования РПН на отчетный месяц, «XXXXXX» - реестровый код МО прикрепления.

В случае отрицательного результата определения страховой принадлежности, все указанные выше элементы не заполняются и отсутствуют в возвращаемом в МО ответе.

В соответствии с документами, регламентирующими обмен информацией в сфере ОМС, для определения страховой принадлежности застрахованных лиц существует только один официальный источник данных – [ЦС ЕРЗ](#) (как его частное представление – [РС ЕРЗ](#)). Поэтому результаты определения страховой принадлежности, проведенной в ТФОМС АО, являются обязательными для МО и СМО, работающих в сфере ОМС на территории Архангельской области.

Медицинская помощь, оказанная лицам, не имеющим страховой принадлежности на дату окончания лечения, не может быть оплачена за счет средств ОМС и подлежит оплате за счет иных источников финансирования.

Персональные данные пациента (фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол), указанные в запросе на определение страховой принадлежности, считаются **актуальными**, если они соответствуют персональным данным пациента, найденным в РС ЕРЗ по результатам определения страховой принадлежности.

Если в запросе на определение страховой принадлежности будут выявлены неактуальные персональные данные, то в ответе, в комментарии к случаю (узел SLUCH элемент COMENTSL), будет добавлено сообщение, содержащее актуальные данные. Формат сообщения следующий: «[вид данных]?=[правильное значение];».

Пример: « фамилия?=ПЕТРОВ; имя?=ПЕТР;»

Варианты сообщений:

- полис?
- фамилия?
- имя?
- отчество?
- пол?
- дата рождения?
- фамилия представителя?

- имя представителя?
- отчество представителя?
- пол представителя?
- дата рождения представителя?

Актуальные персональные данные, переданные в ответе на запрос определения страховой принадлежности, должны использоваться при формировании реестра счёта.

### **4.3. Дополнительное определение страховой принадлежности**

Дополнительное определение страховой принадлежности производится в процессе передачи [реестров счетов](#) в составе [пакетов счетов](#) через ТФОМС АО в СМО. При этом ТФОМС АО повторно определяет страховую принадлежность застрахованного лица, указанного в реестре счета. В случае несовпадения страховой принадлежности, определенной ТФОМС АО, со страховой принадлежностью, указанной в реестре счета медицинской организацией, ТФОМС АО корректирует страховую принадлежность в реестре счета, руководствуясь результатами дополнительного определения страховой принадлежности. При корректировке могут быть заменены ОКАТО ОМС (территории страхования), ОГРН и реестровый номер [СМО](#). Для лиц, застрахованных на территории других субъектов Российской Федерации могут быть заменены только ОКАТО ОМС и ОГРН страховой медицинской организации. При отрицательном результате дополнительного определения страховой принадлежности ОКАТО ОМС, ОГРН и реестровый номер СМО заменяются пустыми значениями. После дополнительного определения страховой принадлежности реестр счета передается в СМО.

СМО в процессе проведения [МЭК](#) руководствуется результатами дополнительного определения страховой принадлежности, произведенного ТФОМС АО, которые являются окончательными и не подлежат повторной проверке в СМО. Обнаружение в [реестре счета](#) сведений о страховой принадлежности застрахованного лица, не совпадающих с ОКАТО ОМС, ОГРН и реестровым номером СМО, получившей реестр счета, является основанием для отказа в принятии к оплате случая оказания медицинской помощи с указанием ошибки МЭК 5.2.1 «включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией».

При выявлении неактуальных персональных данных в реестре счета указывается ошибка 5.2.4. «Наличие в реестре счета неактуальных данных о ЗЛ».

## 5. Описание порядка проведения проверок (ФЛК и МЭК)

### 5.1. Порядок проведения ФЛК в ТФОМС АО

#### Описание процесса и принципов ФЛК

Процедура [ФЛК](#) в ТФОМС АО проводится с целью недопущения циркуляции в информационном обмене электронных документов ([счетов](#), и [реестров счетов](#)), не соответствующих установленным форматам, а также содержащих логически не согласованные данные, которые могут приводить к нарушениям целостности и согласованности данных в информационных системах, и как следствие - неустранимым ошибкам в процессе обработки данных.

Процедуре ФЛК подлежат данные, получаемые от [МО](#): запросы на определение страховой принадлежности, электронные счета и реестры счетов.

Также процедуре ФЛК подлежат данные, получаемые от [СМО](#): электронные [акты МЭК](#) и [реестры МЭК](#).

О результате ФЛК организация, отправившая [электронный документ \(документы\)](#), обязательно извещается либо уведомлением об успешном прохождении ФЛК в случае отсутствия ошибок ФЛК, либо протоколом ФЛК в случае обнаружения ошибок на этапе ФЛК.

При обнаружении ошибок ФЛК всегда следует отказ по принятию электронного документа к обработке в целом. Частичное принятие электронного документа к обработке в случае обнаружения ошибок ФЛК невозможно.

[Электронный документ](#), не прошедший [ФЛК](#), теряет статус электронного документа и удаляется из информационной системы ТФОМС АО. Дальнейшая обработка документа не производится, а сам электронный документ ([электронный счёт](#) и [реестр счёта](#)) не считается представленным.

#### Описание правил ФЛК, ошибок ФЛК и Протокола ФЛК

Правила ФЛК (перечень осуществляемых проверок) осуществляются на основании и с учётом требований:

- Стандартов W3C Recommendation 26 November 2008: Extensible Markup Language (XML) 1.0 (Fifth Edition);
- международного классификатора МКБ-10;
- приказа № 79;
- федеральных справочников и классификаторов;
- тарифного соглашения;

- региональных справочников и классификаторов;
- разъясняющих писем и рекомендаций Федерального фонда ОМС, министерства здравоохранения Архангельской области.

Правила и ошибки ФЛК регламентируются отдельным электронным документом «[Правила контроля](#)», который формирует и размещает на своём официальном сайте ТФОМС АО.

Формат протокола ФЛК утверждается Приказом № 79.

## 5.2. Предварительный МЭК

После проведения [ФЛК](#) в ТФОМС АО проводится предварительный [МЭК](#) (ПМЭК) [пакетов счетов](#). По итогам ПМЭК в реестре счёта в поле S\_OSN элемента SANK указывается обнаруженная ошибка, а в поле S\_COM указывается расшифровка (пояснение) ошибки. Поле S\_SUM в ходе предварительного МЭК заполняется «0». В случае обнаружения любых ошибок на этапе ПМЭК, пакет счёта возвращается на доработку в МО.

В случае отказа в принятии пакет счёта на ПМЭК выставленные счёт и реестр счёта автоматически аннулируются. После устранения обнаруженных ошибок МО заново формирует и направляет в ТФОМС АО пакет счёта. При этом должен быть присвоен **новый номер** для счёта и новое наименование для реестра счёта и пакета счёта в целом. В случае прохождения ПМЭК, пакет счёта передается в СМО или в информационную систему ТФОМС АО (счета по [МТР](#)) для дальнейшей обработки и проведения МЭК.

Правила и ошибки ПМЭК регламентируются отдельным электронным документом «[Правила контроля](#)», который формирует и размещает на своём официальном сайте ТФОМС АО.

## 5.3. Порядок проведения МЭК

Медико-экономический контроль ([МЭК](#)) проводится в [ТФОМС АО](#) или [СМО](#) на основании Правил ОМС и в соответствии с положениями).

Для проведения МЭК принимается [пакет счёта](#) от [МО](#), прошедший без ошибок процедуру [ФЛК](#).

Все проверки производятся только в автоматическом режиме, без участия человека (эксперта).

В отношении каждого пакета счёта МЭК может быть проведён многократно в течение отчётного года. Следовательно, по каждому пакету счёта может быть сформировано неограниченное количество [пакетов МЭК](#).

Каждый последующий МЭК в отношении пакета счёта может как увеличивать количество позиций и сумму, принятые к оплате по данному пакету счёта, так и уменьшать их (например, вследствие устранения ошибок контроля).

В случае уменьшения количества отказов, МЭК может повторяться вплоть до полного принятия всех позиций пакета счёта к оплате.

По итогам проведения МЭК формируется пакет МЭК, включающий в себя акт МЭК и протокол МЭК. Полного отказа по счёту на этапе МЭК не производится, за исключением случая, когда все позиции реестра счёта признаны ошибочными. Однако пакет МЭК формируется в любом случае. Формат пакета МЭК устанавливается Приложением 5 Регламента. Формат акта МЭК устанавливается Приложением 4 Регламента. Формат протокола МЭК ([реестра МЭК](#)) устанавливается Приказом № 79.

Результат МЭК в виде пакета МЭК направляется [ТФОМС АО](#) (в случае [МТР](#)) или [СМО](#) через ТФОМС АО в медицинскую организацию, представившую пакет счёта.

Правила и ошибки [МЭК](#) регламентируются отдельным электронным документом «[Правила контроля](#)», который формирует и размещает на своём официальном сайте ТФОМС АО.

Методика выявления необоснованного повторного предъявления на оплату случаев медицинской помощи описана в Приложении 13 «Методика выявления повторного включения в реестры счетов сведений об оказанной медицинской помощи (дублирование)» Регламента.

#### **5.4.Исправление ошибок МЭК**

[МО](#), получив [пакет МЭК](#), должна проанализировать и исправить ошибки, указанные в [реестре МЭК](#) по каждой позиции исходного пакета счёта, отказанной в оплате. Количество повторных представлений к оплате позиций после исправления ошибок не ограничено. Срок отработки ошибок по отказам в оплате для МО регламентирован в [Порядке контроля](#).

Исправление ошибок должно по возможности осуществляться путём исправления ошибок МЭК и повторного включения исправленных позиций в новый счёт и реестр счёта.

## 6. Приложения

## 1. Формат регионального классификатора услуг

Кодировка – «Windows-1251»

Таблица 1 Формат регионального классификатора услуг

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
<b>Корневой элемент – Региональный классификатор медицинских услуг</b>					
RKU	ZGLV	O	S	Заголовок классификатора	
	RUBRIKATOR	O	S	Рубрикатор разделов	
	USL_LIST	O	S	Список услуг	Услуги со ссылкой на раздел рубрикатора
	TARIF_LIST	H	S	Список тарифов, установленных для услуг	Для каждой МО определён свой полный набор тарифов
	PG_LIST	H	S	Список пациенто-групп	Определяет параметры пациенто-групп.
	RAZDEL_PG_LIST	H	S	Список вхождений пациенто-групп по разделам	Определяет применимость пациенто-групп для разделов. Для применения в ИС.
	DOP_LIST	H	S	Список дополнений кодов услуг	Добавляется к коду услуги через разделитель "-". Типичное применение - для стоматологических услуг.
	KAT_LIST	H	S	Список категорий услуг	
<b>Заголовок</b>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия формата	Указывается версия 3.1



Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	DATE	O	D	Дата публикации классификатора	
	EDITDATE	Y	D	Дата редакции классификатора	При внесении изменений в Рубрикатор или в список услуг, создаётся новая редакция с указанной датой.
<b>Рубрикатор</b>					
RUBRIKATOR	USL_OK	OM	S	Условия оказания	
<b>Условия оказания</b>					
USL_OK	CODE	O	T(2)	Код условий оказания	Соответствует коду классификатора V006.
	NAME	O	T(254)	Наименование условий оказания	
	DESCR	H	T(4000)	Пояснения	
	RAZDEL	OM	S	Разделы услуг	Список разделов услуг, соответствующих условиям оказания
<b>Раздел</b>					
RAZDEL	CODE	O	T(6)	Код раздела	
	NAME	O	T(500)	Наименование раздела	
	DESCR	H	T(4000)	Пояснения	
	USL_KAT	O	T(16)	Категория услуг	Значения категории определены в секции KAT_LIST

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	IDSP	У	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор V010 Заполняется обязательно для основных услуг. У остальных категорий услуг этот элемент может отсутствовать
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия раздела	
	DATEEND	У	D	Дата окончания действия раздела	Заполняется для закрытых разделов. Для действующих элемент отсутствует
	EXTNUMNAME	У	T(32)	Название внешней нумерации услуг раздела	Заполняется у разделов, для которых определена внешняя (федеральная) нумерация услуг, такая как: КСГ, ВМП, и т.п. Если внешней нумерации услуг нет, элемент отсутствует
<b>Список услуг</b>					
USL_LIST	USL	OM	S	Описание услуги	
<b>Описание услуги</b>					
USL	USL_OK	O	T(2)	Код условий оказания	Соответствует коду классификатора V006.
	RAZDEL	O	T(6)	Код раздела	Код раздела из рубрикатора, к которому относится услуга

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	CODE	O	T(16)	Базовый код услуги	
	NAME	O	T(1000)	Наименование услуги	
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия услуги	
	DATEEND	Y	D	Дата окончания действия услуги	Заполняется для закрытых услуг. Для действующих услуг элемент отсутствует
	EXTNUM	Y	T(8)	Внешний номер услуги	Заполняется у услуг, для которых определена внешняя (федеральная) нумерация, такая как: КСГ, ВМП, и т.п. При изменении внешней нумерации услуг, коды услуг не меняются, меняются только номера.
<b>Список тарифов, установленных для услуг</b>					
TARIF_LIST	TARIF	OM	S	Определение тарифа	
<b>Определение тарифа</b>					
TARIF	MCOD	O	T(6)	Код МО	Код медицинской организации, к которой относится тариф
	LPU_1	Y	N(8)	Код подразделения МО	Заполняется при наличии в МО подразделений, относящимся к разным тарифным группам
	CODE	O	T(16)	Базовый код услуги	Коды определены в списке услуг (USL_LIST)

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	P_CODE	У	T(16)	Код пациенто-группы	Параметры пациенто-групп определены в секции PG_LIST
	CODE_USL	О	T(20)	Код услуги	Полный код услуги для заполнения поля CODE_USL в реестрах счетов. Состоит из <CODE><:P_CODE>. Если P_CODE отсутствует, то равно <CODE>
	NAME	О	T(2000)	Наименование тарифа	Полное наименование тарифа, включающее название услуги и пациенто-группы
	VALUE	У	N(10.2)	Величина тарифа в рублях	При указании величины тарифа, это значение используется для поля TARIF в реестре счёта
	DATEBEG	О	D	Дата начала действия тарифа	
	DATEEND	У	D	Дата окончания действия тарифа	Заполняется для закрытых записей. Для действующих записей элемент отсутствует
<b>Список пациенто-групп</b>					
PG_LIST	PG	OM	S	Пациенто-группа	
<b>Пациенто-группа</b>					
PG	P_CODE	О	T(16)	Код пациенто-группы	
	P_NAME	О	T(254)	Наименование пациенто-группы	

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	COMMENT	Н	T(254)	Описание для пациенто-группы	
<b>Список вхождений пациенто-групп в разделы</b>					
RAZDEL_PG_LIST	RAZDEL_PG	OM	S	Вхождение	
<b>Вхождение</b>					
RAZDEL_PG	RAZDEL	O	T(6)	Код раздела	Код раздела из рубрикатора
	P_CODE	O	T(16)	Код пациенто-группы	Из списка пациенто-групп
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия	
	DATEEND	Y	D	Дата окончания действия	Заполняется для закрытых записей. Для действующих записей элемент отсутствует
<b>Список дополнений</b>					
DOP_LIST	DOP	OM	S	Дополнение кода услуги	Типичное применение - для стоматологических услуг
<b>Дополнение</b>					
DOP	RAZDEL	O	T(6)	Код раздела	
	DOP_CODE	O	T(16)	Код дополнения	
	DOP_NAME	O	T(254)	Наименование дополнения услуги	
	DET	Y	N(1)	Признак «детский»/«взрослый»	Разделяет значения дополнения на взрослые и детские.

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
					Соответствует заполнению поля DET в реестре счёта
	KOL_USL	У	N(5.2)	Значение (количество услуг)	Если заполнено, поле KOL_USL в реестре заполняется этим значением
	DATEBEG	О	D	Дата начала действия	
	DATEEND	У	D	Дата окончания действия	Заполняется для закрытых услуг. Для действующих услуг элемент отсутствует
<b>Список категорий</b>					
KAT_LIST	KAT	OM	S	Категория услуг	
<b>Дополнение</b>					
KAT	USL_KAT	О	T(16)	Код категории услуг	
	NAME	О	T(254)	Наименование категории	
	BASE	У	N(1)	Признак основной услуги	Если 1 – категория относится к основным.
	COMMENT	Н	T(254)	Описание	

- О – обязательный элемент
- Н – не обязательный элемент
- У – условно-обязательный элемент
- М – множественный элемент

- S – составной тип
- D – дата
- T() – текст (максимальное количество символов)
- N() – число (максимальное количество символов до запятой . максимальное количество символов после запятой)

## 2. Формат регионального справочника подразделений МО

Кодировка – «Windows-1251»

**Таблица 2 Формат регионального справочника подразделений МО**

Код элемента	Содержание	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<b>Корневой элемент (справочник подразделений)</b>					
FIL_LIST	FILIAL	OM	S	Филиал	Информация о филиале
	ZGLV	O	S	Дата\версия справочника	Информация о дате и версии справочника
<b>Дата\версия</b>					
	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	1.0
	DATE	O	D	Дата выгрузки справочника	В формате ГГГГ-ММ-ДД
<b>Филиал</b>					
FILIAL	LPU_1	O	N(3)	Уникальный идентификатор	Уникально идентифицирует запись в пределах справочника подразделений
	MCOD	O	T(6)	Код МО	Код МО – юридического лица.
	NAM_MOP	O	T(256)	Наименование МО	Краткое наименование МО
	T_GROUP	O	N(1)	Тарифная группа	1 – стационар МО 2 – стационар МО, крайний север 3 – передвижной ЛПМ 4 - передвижной ЛПМ, крайний север
	D_BEG	O	D	Дата начала действия	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	D_END	Y	D	Дата окончания действия	В формате ГГГГ-ММ-ДД

Символы «Тип» соответствуют обозначениям:

- O - обязательный элемент
- Y - условно-обязательный элемент
- M - множественный элемент



Символы «Формат» соответствуют обозначениям:

- T - <текст>;
- N - <число>;
- D- <дата>; в формате ГГГГ-ММ-ДД;

Региональный справочник подразделений предназначен для заполнения условно-обязательного поля LPU\_1 (Подразделение МО) в тех случаях, когда подразделение МО работает по тарифам, отличным от тарифов основной МО.

### 3. Формат электронного счёта

Кодировка – «Windows-1251»

**Таблица 3 Формат электронного счёта**

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
<b>Корневой элемент – тело электронного счета за медицинскую помощь</b>					
SCH	ZGLV	O	S	Заголовок электронного счета	
	SCH_DATA	O	S	Данные электронного счета	
	POST	O	S	Поставщик услуги	
	PLAT	O	S	Плательщик	
	POL	H	S	Получатель денежных средств	
<b>Заголовок электронного счета</b>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия формата	
<b>Данные электронного счета</b>					
SCH_DATA	NSCHET	O	T(15)	№ электронного счета	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	Номер отчетного месяца (1 - 12)
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	Номер отчетного года
	DSCHET	O	D	Дата формирования счета	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILE_NAME	O	T(26)	Имя файла-реестра	Имя файла должно быть без расширения
	SUMMAV	O	N(15.2)	Всего к оплате (общая сумма электронного счета)	
	RUK	O	T(1000)	Руководитель организации – поставщика услуги (ФИО)	
	BUH	O	T(1000)	Главный бухгалтер организации – поставщика услуги(ФИО)	
	TARGET	Y	T(1000)	Предмет счета	

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
<b>Поставщик услуг</b>					
POST	NAM_MOP	O	T(1000)	Наименование поставщика услуг	Полное наименование МО согласно классификатору F003
	MCOD	O	T(6)	Код организации	Согласно классификатору F003
	INN	O	T(12)	ИНН	
	KPP	У	T(9)	КПП	
	OKVED	O	T(15)	Код по ОКВЭД	
	OKPO	O	T(10)	Код по ОКПО	
	BANK_NAME	O	T(1000)	Банк	Полное наименование банка
	RASCH_SCH	O	T(1000)	Расчетный счет	
	BIK	O	T(9)	БИК	
	LIC_SCH	У	T(15)	Лицевой счет	
	ADDR_J	O	T(1000)	Юридический адрес	
<b>Плательщик денежных средств</b>					
PLAT	NAME	O	T(1000)	Наименование плательщика денежных средств	
	COD	O	T(5)	Код организации плательщика	Код СМО из классификатора F002 (поле SMOCOD) или из классификатора F001 (поле tf_kod) - в случае, если плательщиком является ТФОМС АО
	INN	O	T(10)	ИНН	
	KPP	O	T(9)	КПП	
	OKVED	O	T(15)	Код по ОКВЭД	
	OKPO	O	T(10)	Код по ОКПО	

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	BANK_NAME	O	T(1000)	Банк	Полное наименование банка
	RASCH_SCH	O	T(1000)	Расчетный счет	
	BIK	O	T(9)	БИК	
	LIC_SCH	Y	T(15)	Лицевой счет	
	ADDR_J	O	T(1000)	Адрес	
<b>Получатель денежных средств</b>					
POL	NAM_MOP	O	T(1000)	Наименование получателя денежных средств	Полное наименование МО согласно классификатору F003
	MCOD	O	T(6)	Код организации	Согласно классификатору F003
	INN	O	T(12)	ИНН	
	KPP	Y	T(9)	КПП	
	OKVED	O	T(15)	Код по ОКВЭД	
	OKPO	O	T(10)	Код по ОКПО	
	BANK_NAME	O	T(1000)	Банк	Полное наименование банка
	RASCH_SCH	O	T(1000)	Расчетный счет	
	BIK	O	T(9)	БИК	
	LIC_SCH	Y	T(15)	Лицевой счет	
	ADDR_J	O	T(1000)	Адрес	

Символы «Обязательность элемента» соответствуют обозначениям:

- O – обязательный элемент
- H – не обязательный элемент
- Y – условно-обязательный элемент
- M – множественный элемент

Символы «Тип элемента» соответствуют обозначениям:

- S – составной тип
- D – дата
- T() – текст (максимальное количество символов)
- N() – число (максимальное количество символов до запятой . максимальное количество символов после запятой)

**Таблица 4 Справочник каналов финансирования**

<b>Канал финансирования</b>	<b>Плательщик</b>	<b>Передача на другие территории</b>	<b>Описание</b>
НСЗ	ТФОМС, СМО	Да	Дополнительное финансовое обеспечение МО ФГУ
ПР	СМО	Нет	Прикрепленные к МО-исполнителю, МП включена в подушевое финансирование
НП	СМО	Нет	Неприкрепленные к МО-исполнителю, МП включена в подушевое финансирование
	ТФОМС, СМО	Да	Оплата по случаям из ОМС (МП не включена в подушевое финансирование)

#### 4. Формат электронного акта МЭК

Кодировка - "Windows-1251"

**Таблица 5 Формат электронного акта МЭК**

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
<b>Акт МЭК</b>					
ACT	ZGLV	O	S	Заголовок	
	SCHET	O	S	Данные счёта	
	ACT_DATA	O	S	Данные акта	
	ACT_POS	OM	S	Позиции акта	Перечень позиций акта
	SANK_POS	UM	S	Отклоненные позиции по счёту	
	PROFIL	OM	S	Итоги по счёту	Агрегированные итоги в разрезе видов и профилей медпомощи
<b>Заголовок</b>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия формата	1.1
	DATE	O	D	Дата выгрузки	В формате ГГГГ-ММ-ДД
<b>Данные счета</b>					
SCHET	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый код МО	Ключи привязки к счёту
	PLAT	Y	T(5)	СМО – плательщик по счёту	
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	O	D	Дата счёта	
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма по счёту (руб.)	Итоги по счёту
	SUMMAP	O	N(15.2)	Сумма принятых позиций (руб.)	
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций (руб.)	

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
<b>Данные акта</b>					
ACT_DATA	ACT_NUM	O	T(30)	Номер акта	
	ACT_DATE	O	D	Дата акта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Наименование реестра (основного, корректирующего)	Реестр – основание для формирования акта
	PR_NOV	O	N(1)	Тип реестра	0 – основной; 1 – исправительный.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма позиций по реестру (основному, корректирующему) (руб.)	$SUMMAV = \sum SUMV$
	D_SUMMAP	O	N(15.2)	Итого принято/отказано по акту (+/-) на сумму (руб.)	$D\_SUMMAP = \sum D\_SUMP$
	D_SUMMAP_TX T	O	T(512)	Итого принято/отказано по акту (+/-) на сумму (руб.) прописью	Изменение в оплате по счёту
	SIGN1	O	T(254)	Имя и должность руководителя отдела	
	SIGN2	O	T(254)	Имя и должность исполнителя	
<b>Перечень позиций акта</b>					
ACT_POS	IDCASE	O	N(11)	№ п/п в реестре	Номер позиции счёта
	SN_POLIS	O	T(30)	Полис обязательного медицинского страхования	В формате с разделителем « № » серии и номера
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма по позиции счёта (руб.)	
	D_SUMP	O	N(15.2)	Принято/снято с оплаты по позиции счёта (+/-)	Изменение в оплате позиции счёта
	OSN	y	T(20)	Код дефекта / нарушения	F014. При наложении санкций заполняется обязательно.
	IFIN	H	T(10)	Канал финансирования	См. таблицу «Справочник каналов финансирования»
<b>Отклонённые позиции по счёту в целом</b>					

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
SANK_POS	IDCASE	O	N(11)	№ п/п в реестре	Номер позиции счёта
	SN_POLIS	O	T(30)	Полис обязательного медицинского страхования	В формате с разделителем « № » серии и номера
	DS1	O	T(10)	Код по МКБ-10	Основной диагноз
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	SANK_IT	O	N(15.2)	Сумма санкций по позиции счёта (руб.)	
	OSN	O	T(20)	Код дефекта / нарушения	F014
	COMENTSL	O	T(1000)	Расшифровка дефекта / нарушения	F014 – полная расшифровка дефекта / нарушения
<b>Агрегированные итоги по счёту в целом</b>					
PROFIL	PRNAME	O	T(254)	Наименование профиля медпомощи	V002
	CNT_POS	O	N(11)	Количество позиций счёта, всего	
	SUM_POS	O	N(15.2)	Сумма (руб.), всего	
	SUM_SANK	O	N(15.2)	Сумма санкций (руб.)	
	SUM_PAY	O	N(15.2)	Сумма к оплате (руб.)	

Символы «Обязательность элемента» соответствуют обозначениям:

- O – обязательный элемент
- H – не обязательный элемент
- Y – условно-обязательный элемент
- M – множественный элемент

Символы «Тип элемента» соответствуют обозначениям:

- S – составной тип
- D – дата
- T() – текст (максимальное количество символов)



- $N()$  – число (максимальное количество символов до запятой . максимальное количество символов после запятой)

## 5. Формат пакета счёта и пакета экспертизы

В [пакет счёта](#) включаются три файла:

- файл со сведениями об оказанной медицинской помощи;
- файл персональных данных;
- электронный счет.

### Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи

Имя файла формируется по следующему принципу:

$HP_iN_iP_pN_p\_YYMMN.XML$ , где

- Н – константа, обозначающая передаваемые данные
- $P_i$  – Параметр, определяющий организацию-источник:  
М – [МО](#).
- $N_i$  – Номер источника (реестровый номер МО).
- $P_p$  – Параметр, определяющий организацию -получателя:  
Т – [ТФОМС](#);  
S – [СМО](#);
- $N_p$  – Номер получателя (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО).
- 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 качестве константы «Н» указывается латинские символы «H», «T» или пара символов, начинающихся на «D» и описывающих вид реестра диспансеризации.

Формат файла со сведениями об оказанной медицинской помощи описан в Приказе № 79 – Приложение Д, таблица Д.1.

### Файл персональных данных

Имя файла идентично имени файла со сведениями об оказанной медпомощи, за исключением первого символа: вместо символов «H», «T» или «D» указывается символ L (L-латинский символ).

Формат файла персональных данных описан в Приказе № 79 – Приложение Д, таблица Д.4.

### **Электронный счёт**

Формат файла электронного счёта описан в [Приложении 3](#) Формат электронного счёта.

Имя файла идентично имени файла медпомощи, за исключением первого символа: вместо символов «Н», «Т» или «D» указывается символ S (S-латинский символ).

Все три файла упаковываются в архив формата ZIP, составляя таким образом пакет счёта. Имя архива соответствует имени файла, содержащего сведения об оказанной медпомощи, расширение – ZIP.

### **Пример:**

Медицинской организацией ГБУЗ Архангельской области «Архангельская областная клиническая больница» (290001) был сформирован Пакет счёта на СМО «РГС-Медицина» (29031) в 2013 году за сентябрь месяц с порядковым номером 1.

Пакет счёта имеет наименование - **HM290001S29031\_16091.ZIP** и содержит файлы:

- SM290001S29031\_16091.XML - Имя электронного счёта
- HM290001S29031\_16091.XML - Сведения о медицинской помощи
- LM290001S29031\_16091.XML - Персональные данные

Пакет экспертизы содержит два файла:

- Протокол МЭК;
- Электронный акт.

### **Протокол МЭК**

Имя файла формируется по следующему принципу:

HPiNiPpNr\_YYMMN.XML, где

- H – константа, обозначающая передаваемые данные
- Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:
- S – СМО.
- Ni – Номер источника (реестровый номер СМО).
- Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

- М – МО;
- Nr – Номер получателя (реестровый номер СМО).
- YY – две последние цифры порядкового номера года отчётного периода.
- MM – порядковый номер месяца отчётного периода:
- N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчётном периоде.

### **Электронный акт МЭК**

Формат файла электронного акта МЭК описан в [Приложении 4](#) Формат электронного акта МЭК.

Имя файла идентично имени файла протокола МЭК, за исключением первого символа: вместо символов «H», «T» или «D» указывается символ A (А-латинский символ).

Оба файла упаковываются в архив формата ZIP, составляя таким образом пакет экспертизы. Имя архива соответствует имени протокола МЭК, расширение – ZIP.

### **Пример:**

- HS29031M290001\_16091.XML – протокол МЭК
- AS29031M290001\_16091.XML – электронный акт

## 6. Формат файлов информационного обмена (реестров счетов и протоколов)

### 6.1. Формат файла (реестра счёта) со сведениями об оказанной медицинской помощи кроме высокотехнологичной и диспансеризации

Таблица 6 Формат реестра счёта (кроме ВМП)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<b>Корневой элемент (Сведения о медпомощи)</b>					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
<b>Заголовок файла</b>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «2.1.1».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл.
<b>Счёт</b>					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	В счёт могут включаться случаи лечения за

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Y	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	COMENTS	Y	T(250)	Службное поле к счёту	
	SUMMAP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
<b>Записи</b>					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счёта.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	OM	S	Сведения о случае	
<b>Сведения о пациенте</b>					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008 Приложения А.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	MCOD_RPN	У	T(6)	МО прикрепления	Региональный компонент. Заполняется ТФОМС данными РПН в ответах на запрос страховой принадлежности.
	INV	У	N(1)	Группа инвалидности	0 – нет инвалидности; 1 – 1 группа; 2 – 2 группа; 3 – 3 группа; 4 – дети-инвалиды. Заполняется только при впервые установленной инвалидности (1-4) или в случае отказа в признании лица инвалидом (0).
	NOVOR	О	T(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



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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.
<b>Сведения о случае</b>					
SLUCH	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	О	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А).
	VIDPOM	О	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А.
	FOR_POM	О	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться.
	EXTR	У	N(2)	Направление (госпитализация)	1 – плановая; 2 – экстренная
	ORD_NO	У	T(40)	Номер направления в ЕИР	Региональный компонент. Обязательно к заполнению в случае: 1) при значении поля USL_OK = 1 (стационар) (кроме ВМП) или USL_OK = 2 (дневной стационар); 2) при следующей совокупности заполнения полей USL_OK = 3 (поликлиника), RSLT = 305/306 (направлен на госпитализацию/в дневной стационар)
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	О	N(3)	Профиль	Классификатор V002 Приложения А.
	DET	О	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					медицинской помощи.
	NHISTORY	O	T(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	
	P_PER	У	N(1)	Признак поступления / перевода	Обязательно для дневного и круглосуточного стационара. 1 – Самостоятельно 2 – СМП 3 – Перевод из другой МО 4 – Перевод внутри МО с другого профиля
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	
	DS0	H	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	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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	T(20)	Код МЭС	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	CODE_MES2	У	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	
	RSLT	О	N(3)	Результат обращения/ госпитализации	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009).
	ISHOD	О	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012).
	PRVS	О	N(4)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V015). Указывается значение параметра «Code»
	VERS_SPEC		T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей, например «V015».
	IDDOKT	О	T(25)	Код врача, закрывшего талон/историю болезни	Территориальный справочник
	OS_SLUCH	НМ	N(1)	Признак «Особый случай» при	Указываются все имевшиеся особые случаи.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				регистрации обращения за медицинской помощью	1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	ED_COL	Y	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	
	OPLATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 4 не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.
	SUMP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже
	SANK	YM	S	Сведения о санкциях	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая
	COMENTSЛ	У	T(250)	Служебное поле	
	DSVED	У	S	Дополнительные сведения о случае	Региональный компонент
<b>Сведения о санкциях</b>					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	O	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TIP	O	N(1)	Тип санкции	1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	S_OSN	O	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи.
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
<b>Сведения об услуге</b>					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Классификатор V002Приложения А.
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					медицинских услуг (V001)
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	
	DS	O	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)	
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V015). Указывается значение параметра «Code»
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником
	NPL	Y	N(1)	Неполный объём	Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					1 – документированный отказ больного; 2 – медицинские противопоказания; 3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.); 4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков.
	COMENTU	У	T(250)	Служебное поле	
	KSLP	У	S	Сведения о применении КСЛП	Региональный компонент
	DENTES	У	S	Сведения о пролеченных зубах	Региональный компонент. Номера СТГ, для которых указание зубов и поверхностей обязательно, определены приложением №3 к Тарифному соглашению, в разделе III «Порядок оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях», п. 57
<b>Сведения о применённых КСЛП</b>					
KSLP	IT_SL	O	N(1.2)	Примененный КСЛП	Итоговое значение КСЛП для данного случая. Указывается только при использовании.
	SL_KOEF	OM	S	КСЛП	Сведения о применённых КСЛП.
SL_KOEF	IDSL	O	N(4)	Номер КСЛП	Региональный справочник КСЛП КСГ или КСЛП СТГ
	ZL_SL	O	N(1.2)	Значение коэффициента КСЛП	



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	VID_VME_KSLP	УМ	T(15)	Номенклатуры сочетанных оперативных вмешательств или однотипных операций на парных органах	V001
<b>Сведения о пролеченных зубах</b>					
DENTES	DENT	ОМ	S	Пролеченный зуб	
DENT	DENT_NUM	O	N(2)	№ зуба	«Порядок оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях», раздел III, табл. 9
	SURFACES	У	S	Пролеченные поверхности	
SURFACE S	SURF	ОМ	T(3)	Код поверхности	«Порядок оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях», раздел III, табл. 10
<b>Дополнительные сведения о случае</b>					
DSVED	OSS	УМ	N(2)	Особые случаи	6 – пострадавший от противоправных действий 7 – аборт по медицинским показаниям
	LGOTA	УМ	N(2)	Льготы пациента	1 - инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, а также участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); 2 - лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);</p> <p>3 - бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).</p>

## 6.2. Формат файла (реестра счёта) со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)

**Таблица 7 Формат реестра счёта для ВМП**

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<b>Корневой элемент (Сведения о медпомощи)</b>					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
<b>Заголовок файла</b>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «2.1.1».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл.
<b>Счёт</b>					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счёта	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	У	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	COMENTS	Y	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
<b>Записи</b>					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	OM	S	Сведения о случае	
<b>Сведения о пациенте</b>					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	VPOLIS	О	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008 Приложения А.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	О	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	MCOD_RPN	У	T(6)	МО прикрепления	Региональный компонент. Заполняется ТФОМС данными РПН в ответах на запрос страховой принадлежности.
	NOVOR	О	T(9)	Признак новорождённого	Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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.
<b>Сведения о случае</b>					
SLUCH	IDCASE	O	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А).
	VIDPOM	O	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А.
	FOR_POM	O	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А
	VID_HMP	O	T(9)	Вид высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 Приложения А
	METOD_HMP	O	N(3)	Метод высокотехнологичной	Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				медицинской помощи	Справочник V019 Приложения А
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. При отсутствии сведений может не заполняться.
	EXTR	У	N(2)	Направление (госпитализация)	1 – плановая; 2 – экстренная
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	О	N(3)	Профиль	Классификатор V002 Приложения А.
	DET	О	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	TAL_D	О	D	Дата выдачи талона на ВМП	Заполняется на основании талона на ВМП
	TAL_P	О	D	Дата планируемой госпитализации	
	NHISTORY	О	T(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	
	DATE_1	О	D	Дата начала лечения	
	DATE_2	О	D	Дата окончания лечения	
	DS0	Н	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					Указывается при наличии
	DS1	О	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	УМ	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	T(20)	Код МЭС	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	CODE_MES2	У	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	
	RSLT	О	N(3)	Результат обращения/ госпитализации	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009).
	ISHOD	О	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012).
	PRVS	О	N(4)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V015). Указывается значение параметра «Code»
	VERS_SPEC	У	T(4)	Код классификатора	Указывается имя используемого классификатора



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				медицинских специальностей	медицинских специальностей, например «V015».
	IDDOKT	O	T(25)	Код врача, закрывшего талон/историю болезни	Территориальный справочник
	OS_SLUCH	HM	N(1)	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	ED_COL	Y	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	
	OPLATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.
	SUMP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая
	COMENTSL	У	T(250)	Службное поле	
	DSVED	У	S	Дополнительные сведения о случае	Региональный компонент.
<b>Сведения о санкциях</b>					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	O	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TIP	O	N(1)	Тип санкции	1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	S_OSN	O	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи.
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
<b>Сведения об услуге</b>					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Классификатор V002 Приложения А.
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	
	DS	O	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)	
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V015). Указывается значение параметра «Code»
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником
	COMENTU	Y	T(250)	Служебное поле	
<b>Дополнительные сведения о случае</b>					
DSVED	OSS	УМ	N(2)	Особые случаи	6 – пострадавший от противоправных действий 7 – аборт по медицинским показаниям

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	LGOTA	УМ	N(2)	Льготы пациента	<p>1 - инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, а также участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);</p> <p>2 - лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);</p> <p>3 - бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).</p>

### 6.3. Формат файла (реестра счёта) со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации

Таблица 8 Формат реестра счёта для диспансеризации

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<b>Корневой элемент (Сведения о медпомощи)</b>					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
<b>Заголовок файла</b>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «2.1.1».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл.
<b>Счёт</b>					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	У	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счёту	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
	DISP	У	T(3)	Тип диспансеризации	Классификатор типов диспансеризации V016
<b>Записи</b>					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счёта.
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	OM	S	Сведения о случае	
<b>Сведения о пациенте</b>					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008 Приложения А.
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	ST_OKATO	Y	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	Y	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	Y	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	Y	T(5)	ОКАТО территории страхования	
	SMO_NAM	Y	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	MCOD_RPN	У	T(6)	МО прикрепления	Региональный компонент. Заполняется ТФОМС данными РПН в ответах на запрос страховой принадлежности.
	NOVOR	У	T(9)	Признак новорождённого	Региональный компонент. Указывается только в случае медосмотра новорожденного до регистрации рождения 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).
Сведения о случае					
SLUCH	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	VIDPOM	О	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А.



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	ORD_NO	У	T(40)	Номер направления в ЕИР	Обязательно к заполнению при следующей совокупности заполнения полей USL_OK = 3 (поликлиника), NAZR = 4/5 (направлен на госпитализацию/в дневной стационар)
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	VBR	О	N(1)	Признак мобильной медицинской бригады	0 – нет; 1 – да.
	NHISTORY	О	T(50)	Номер карты	
	P_OTK	О	N(1)	Признак отказа от диспансеризации / медосмотра	Имеет региональные особенности. Значение по умолчанию: «0» Случаи с отказами не передаются.
	DATE_1	О	D	Дата начала лечения	Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа.
	DATE_2	О	D	Дата окончания лечения	
	DS1	О	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	DS1_PR	У	N(1)	Установлен впервые (основной)	Обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведенной диспансеризации /

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					профилактического медицинского осмотра
	DS2_N	УМ	S	Сопутствующие заболевания	
	RSLT_D	O	N(2)	Результат диспансеризации	Классификатор результатов диспансеризации V017
	NAZR	УМ	N(2)	Назначения	Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II. 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.
	NAZ_SP	УМ	N(4)	Специальность врача	Заполняется, если в поле NAZR проставлены коды 1 или 2. Классификатор V015.
	NAZ_V	УМ	N(1)	Вид обследования	Заполняется, если в поле NAZR проставлен код 3. 1 – лабораторная диагностика 2 – инструментальная диагностика 3 – методы лучевой диагностики

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NAZ_PMP	УМ	N(3)	Профиль медицинской помощи	Заполняется, если в поле NAZR проставлены коды 4 или 5. Классификатор V002.
	NAZ_PK	УМ	N(3)	Профиль койки	Заполняется, если в поле NAZR проставлены код 6. Классификатор V020.
	PR_D_N	У	N(1)	Признак диспансерного наблюдения	0 – нет; 1 – да.
	IDSP	О	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	
	SUMV	О	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	
	OPLATA	У	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.
	SUMP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже.
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Может не заполняться ТОЛЬКО

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					в случае отказа от диспансеризации.
	COMENTSL	У	T(250)	Службное поле	
	DSVED	У	S	Дополнительные сведения о случае	Региональный компонент.
<b>Сопутствующие заболевания</b>					
DS2_N	DS2	О	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS2_PR	У	N(1)	Установлен впервые (сопутствующий)	Обязательно указывается «1», если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведенной диспансеризации / профилактического медицинского осмотра
<b>Сведения о санкциях</b>					
SANK	S_CODE	О	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	О	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TIP	О	N(1)	Тип санкции	1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	S_OSN	О	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи.
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	О	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
<b>Сведения об услуге</b>					
USL	IDSERV	О	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					соответствии с реестром F003.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	
	P_OTK	O	N(1)	Признак отказа от услуги	Значение по умолчанию: «0». В случае отказа от осмотра / исследования указывается значение «1».
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)	
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V015). Указывается значение параметра «Code»
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником
	COMENTU	У	T(250)	Служебное поле	
<b>Дополнительные сведения о случае</b>					
DSVED	LGOTA	УМ	N(2)	Льготы пациента	1 - инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, а также участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);</p> <p>2 - лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);</p> <p>3 - бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их</p>

<b>Код элемента</b>	<b>Содержание элемента</b>	<b>Тип</b>	<b>Формат</b>	<b>Наименование</b>	<b>Дополнительная информация</b>
					противоправных действий).

### 6.4. Формат файла персональных данных

Таблица 9 Формат файла персональных данных

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<b>Корневой элемент (Сведения о медпомощи)</b>					
PERS_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	PERS	OM	S	Данные	Содержит персональные данные пациента
<b>Заголовок файла</b>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «2.1.1».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME1	O	T(26)	Имя основного файла	Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения.
<b>Данные</b>					
PERS	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи.
	FAM	Y	T(40)	Фамилия пациента	Имеются региональные особенности. FAM (фамилия) и/или IM (имя) OT(отчество) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается. Для детей при отсутствии данных
	IM	Y	T(40)	Имя пациента	
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента	



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.
	W	O	N(1)	Пол пациента	Заполняется в соответствии с классификатором V005 Приложения А.
	DR	O	D	Дата рождения пациента	<p>Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4».</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение «5».</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно</p>
	DOST	УМ	N(1)	Код надёжности	1 – отсутствует отчество;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				идентификация пациента	2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место.
	TEL	У	T(10)	Номер телефона пациента	Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений. Информация для страхового представителя.
	FAM_P	У	T(40)	Фамилия представителя пациента	Имеются региональные особенности. Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. FAM_P (фамилия представителя) и/или IM_P (имя представителя), OT_P (отчество представителя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия кого-либо реквизита в
	IM_P	У	T(40)	Имя представителя пациента	
	OT_P	У	T(40)	Отчество представителя пациента	
	W_P	У	N(1)	Полпредставителя пациента	
	DR_P	У	D	Дата рождения представителя пациента	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>документе УДЛ в поле DOST_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «4».</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «5».</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно</p>
	DOST_P	УМ	N(1)	Код надёжности идентификации и представителя	<p>1 – отсутствует отчество;</p> <p>2 – отсутствует фамилия;</p> <p>3 – отсутствует имя;</p> <p>4 – известен только</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>месяц и год даты рождения;</p> <p>5 – известен только год даты рождения;</p> <p>6 – дата рождения не соответствует календарю.</p> <p>Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место.</p>
	MR	У	T(100)	Место рождения пациента или представителя	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность.
	DOCTYPE	У	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	<p>F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».</p> <p>При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.</p>
	DOC SER	У	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	DOCNUM	У	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	SNILS	У	T(14)	СНИЛС пациента или представителя	СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.
	OKATOG	У	T(11)	Код места жительства по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений

<b>Код элемента</b>	<b>Содержание элемента</b>	<b>Тип</b>	<b>Формат</b>	<b>Наименование</b>	<b>Дополнительная информация</b>
	ОКАТОР	У	T(11)	Код места пребывания по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений
	СОМЕНТР	У	T(250)	Служебное поле	

## 6.5. Формат протокола ФЛК

Таблица 10 Формат протокола ФЛК

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<b>Корневой элемент (Сведения о медпомощи)</b>					
FLK_P	FNAME	O	T(24)	Имя файла протокола ФЛК	
	FNAME_I	O	T(24)	Имя исходного файла	
	PR	NM	S	Причина отказа	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках.
<b>Причины отказа</b>					
PR	OSHIB	O	N(3)	Код ошибки	В соответствии с классификатором Q004.
	IM_POL	Y	T(20)	Имя поля	Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	BAS_EL	Y	T(20)	Имя базового элемента	Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка.
	ID_PAC	Y	T(36)	Код записи о пациенте	Региональный компонент. Указывает на персональные данные пациента, в медпомощи которого выявлена ошибка
	N_ZAP	Y	N(8)	Номер записи	Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка.
	IDCASE	Y	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Номер случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «SLUCH», в том числе во входящих в него услугах).
	IDSERV	Y	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL»).

<b>Код элемента</b>	<b>Содержание элемента</b>	<b>Тип</b>	<b>Формат</b>	<b>Наименование</b>	<b>Дополнительная информация</b>
	COMMENT	У	T(250)	Комментарий	Описание ошибки.

## **7. Правила формирования счетов и реестров счетов при изменении реестрового номера медицинской организации**

Медицинская организация в результате реорганизации (слияния с другой медицинской организацией или организациями, изменении формы собственности, переименовании и т.п.) обычно получает новый реестровый номер (код) [МО](#).

При получении нового реестрового номера МО может формировать [реестры счетов](#) за медицинскую помощь, оказанную до даты реорганизации и присвоения нового реестрового номера МО.

При формировании реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную до получения нового реестрового номера, необходимо соблюдать следующие правила:

- При формировании имени файла, а также при заполнении поля «CODE\_МО» в реестре счёта следует использовать реестровый номер МО, действующий на дату выставления счёта (DSCHET).
- В реестре счёта при заполнении полей «LPU» по каждому случаю медицинской помощи следует указывать реестровый номер МО, в которой проводилось лечение, действовавший на дату окончания лечения «DATE\_2».

Реестры счетов и /или записи реестров счетов, представленные с нарушением этих правил, могут быть отказаны на этапе [ФЛК](#) или [МЭК](#).



## 8. Предоставление дополнительных сведений

### 8.1. Предоставление сведений о случаях пострадавших в результате противоправных действий

В соответствии со статьями 31, 32 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) расходы, осуществленные страховой медицинской организацией на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.

Таким образом, в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ средства обязательного медицинского страхования, затраченные на оплату данных случаев оказания медицинской помощи, подлежат восстановлению в бюджет ТФОМС АО. Следовательно, медицинская организация обязана предоставлять информацию обо всех случаях оказания медицинской помощи застрахованным лицам, пострадавшим в результате противоправных действий.

Информирование о подобных случаях должно осуществляться заполнением элемента OSS узла дополнительных сведений DSVED кодом 6 – «Пострадавший от противоправных действий».

### 8.2. Предоставление сведений о направлениях на госпитализацию

В целях реализации требований раздела XV Правил ОМС, Приказа № 263, Территориальной программы, медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, а также медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара и/или дневного стационара, обязаны указывать в реестрах счетов сведения о направлении на госпитализацию.

Для передачи сведений о направлении на госпитализацию, в запись случая в реестре счёта на уровне элемента **SLUCH** (после элемента EXTR) добавляется поле **ORD\_NO** с указанием номера направления на госпитализацию в [ЕИР](#).

Медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, заполняют поле ORD\_NO и EXTR при следующих условиях:

- Поле условий оказания медицинской помощи USL\_OK=3 (поликлиника) **И**
- поле характера направления на госпитализацию EXTR=1 **И**
- поле результата посещения или обращения RSLT=305 (направлен на госпитализацию) **или**

- поле результата посещения или обращения RSLT=306 (направлен в дневной стационар).

Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, заполняют поле ORD\_NO для всех случаев (кроме ВМП), включая как случаи плановой госпитализации (поле EXTR=1), так и для случаев экстренной госпитализации (поле EXTR=2).

Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь в условиях дневного стационара, заполняют поле ORD\_NO для всех случаев (поле EXTR=1).

Номер направления на госпитализацию в поле ORD\_NO должен соответствовать номеру направления на госпитализацию ORD\_NO в [ЕИР](#). Для получения номера направления на госпитализацию из ЕИР следует использовать методы, описанные в Регламенте автоматизированного информационного взаимодействия с ЕИР. Номер направления на госпитализацию, не подтверждённый в ЕИР, служит основанием для отправления реестра счёта на доработку на этапе [ФЛК](#).

### **8.3. Предоставление сведений об абортах по медицинским показаниям**

В случае искусственного прерывания беременности (аборта) по медицинским показаниям информирование о подобных случаях должно осуществляться заполнением элемента OSS узла дополнительных сведений DSVED кодом 7 – «Аборт по медицинским показаниям».

## **9. Особенности формирования реестров счетов при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

### **9.1. Стоматологическая медицинская помощь**

Стоматологическая помощь представляется на оплату в стоматологических группах (далее – СТГ). Для представления СТГ в реестре счёта используются основные услуги из разделов 3.66 – 3.69 и 3.74 РКУ. Выбор нужного подраздела основной услуги СТГ осуществляется в соответствии с таблицами «Порядка оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» (далее – «Порядок оплаты СТГ»). Для доплатных СТГ применяется раздел 3.77 РКУ. Каждая СТГ, за исключением доплатных, подаётся отдельным случаем.

При формировании реестров счетов по СТГ, перечисленных в п. 57 «Порядка оплаты СТГ», обязательно указывается номер зуба, подвергнутого лечению и поверхность зуба, на которой было проведено лечение.

Учёт выполненных объемов стоматологической помощи осуществляется в посещениях с профилактической целью, посещениях с неотложной целью и в обращениях по поводу заболевания.

#### **Посещения с профилактической целью**

Выбор СТГ для посещений с профилактической целью осуществляется на основании Таблицы 5 «Порядка оплаты СТГ». Для посещений с профилактической целью предназначен раздел 3.66 РКУ. В один день не может быть более одной СТГ из Таблицы 5 «Порядка оплаты СТГ», выполненной врачом одной специальности. Также дополнительно в рамках одного случая (на уровне SLUCH) может быть указана доплата услуга СТГ из раздела 3.77 (если выполнялась соответствующая основная СТГ) из Таблицы 5 «Порядка оплаты СТГ».

При учёте выполненных объемов каждая **основная** услуга из раздела 3.66 РКУ учитывается как посещение с профилактической целью.

Для услуг СТГ при посещениях с профилактическими целями указывается форма оказания медицинской помощи (FOR\_POM) 3 «плановая» в соответствии со справочником V014 «Классификатор форм оказания медицинской помощи».

#### **Посещения с неотложной целью**

Выбор СТГ для посещений с неотложной целью осуществляется на основании Таблицы 6 или 7 «Порядка оплаты СТГ». Для посещений с неотложной целью предназначены разделы 3.67 и 3.74 РКУ. В один день не

может быть более одной СТГ одного вида из Таблиц 6 и 7 «Порядка оплаты СТГ».

При учёте выполненных объемов каждая услуга из разделов 3.67 и 3.74 РКУ учитывается как одно посещение с неотложной целью.

При предъявлении на оплату СТГ для посещений с неотложной целью в поле «Форма оказания медицинской помощи» (FOR\_POM) в соответствии со справочником V014 «Классификатор форм оказания медицинской помощи» должен быть указан код 2 (неотложная).

### **Обращения по поводу заболевания**

Выбор СТГ для обращений по поводу заболевания осуществляется на основании Таблицы 8 «Порядка оплаты СТГ». Для обращений по поводу заболевания предназначены разделы 3.68 и 3.69 РКУ.

Дополнительно в рамках одного случая (элемент SLUCH) может быть указана услуга доплатной СТГ из раздела 3.77 (если выполнялась соответствующая основная СТГ) из Таблицы 8 «Порядка оплаты СТГ».

При учёте выполненных объёмов все **основные** услуги из разделов 3.68 и 3.69 РКУ, завершённые в течение отчётного периода (месяца) врачом одной специальности, группируются по ЕНП пациента и коду специальности врача и учитываются как **одно** обращение по поводу заболевания.

Для услуг СТГ при обращениях по поводу заболевания указывается форма оказания медицинской помощи (FOR\_POM) 3 «плановая» в соответствии со справочником V014 «Классификатор форм оказания медицинской помощи».

### **Указание в реестре счёта номера зуба, подвергнутого лечению, и поверхности зуба, на которой было проведено лечение**

Для указания в реестре счёта номера зуба, подвергнутого лечению, и поверхности зуба, на которой было проведено лечение, в состав услуги добавляется узел «DENTES».

Для пациента в течение дня не должно быть повторения одних и тех же СТГ у врача одной и той же специальности с одинаковым номером зуба.

### **Порядок применения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) в стоматологии**

В реестрах персонифицированной помощи для ряда СТГ по заболеванию может быть применён КСЛП.

Перечень причин для применения стоматологического КСЛП приведен в Таблице 3, а перечень СТГ, к которым может быть применен стоматологический КСЛП, указан в Таблице 4 к «Порядку оплаты СТГ».

**Таблица 11 Региональный справочник стоматологических КСЛП**

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
<b>Региональный справочник стоматологических КСЛП</b>					
packet	zglv	O	S	Заголовок	
	zap	O	S	Запись	
<b>Заголовок</b>					
zglv	type	O	T(10)	Тип справочника	Заполняется значением SLK_STOM
	version	O	T(3)	Версия формата	1.0
	date	O	D	Дата создания файла	В формате ГГГГ-ММ-ДД
<b>Запись</b>					
zap	IDSL	O	N(4)	Номер применяемого коэффициента	
	NPR	O	N(2)	Номер причины	Номер причины из приложения №3 Методических рекомендаций (согласно нумерации документа). Допускается также «0» - другое.
	ZKOEf	O	N(1.2)	Значение коэффициента	Для коэффициентов с номером причины 8 указывается коэффициент длительности.
	USLKOEf	O	T(1000)	Условие применения коэффициента	Текстовое описание условий применения коэффициента
	DATEBEG	O	Date	Дата начала действия записи	
	DATEEND	Y	Date	Дата окончания действия записи	

Формат стоматологического КСЛП совпадает с форматом КСЛП для КСГ круглосуточного стационара, описанного в п. 11.1 настоящего Регламента, и передается после комментария к основной услуге (элемент «COMENTU»).

Для каждой СТГ может быть применено несколько КСЛП.

Правило вычисления значения поля TARIF, заполнения количества тарифных единиц KOL\_USL и вычисления суммы услуги SUMV\_USL полностью идентичны правилам, описанным в п. 11.1 для КСГ.

#### **Дополнительные требования**

Для основных и доплатных услуг по СТГ код специальности врача стоматологического профиля заносится в поле PRVS из федерального классификатора медицинских специальностей V015, в соответствии с приведенной ниже таблицей.

**Таблица 12 Кодирование специальностей стоматологического профиля**

Наименование специальности в соответствии с установленными тарифами	Специальность по федеральному классификатору V015	
	Наименование	Код
Врач-стоматолог	Стоматология общей практики	171
Врач-стоматолог-терапевт	Стоматология терапевтическая	176
Врач-стоматолог-хирург	Стоматология хирургическая	177
Врач-ортодонт	Ортодонтия	173
Врач-стоматолог детский	Стоматология детская	174
Врач-стоматолог-хирург (детский)	Стоматология хирургическая	177
Врач-ортодонт (детский)	Ортодонтия	173
Зубной врач	Стоматология	208
Гигиенист стоматологический	Стоматология профилактическая	233

Код МКБ-10 в полях диагнозов реестра счёта для СТГ указывается в соответствии с федеральным классификатором М001 Приказа № 79. Указание кода, отсутствующего в федеральном классификаторе М001 Приказа № 79 недопустимо и приведёт к ошибке [ФЛК](#).

## **9.2. Диспансеризация определённых групп взрослого населения (ДВН)**

### **1. Реестры счетов за законченные случаи 1 этапа ДВН**

Реестр счета за законченные случаи 1 этапа диспансеризации определённых групп взрослого населения (далее – ДВН) является реестром типа DP.

Для формирования реестра счета за законченный случай 1 этапа ДВН в качестве основной указывается услуга «Законченный случай 1 этапа диспансеризации» из регионального классификатора услуг (далее – РКУ). Тариф для данной услуги в поле TARIF указывается в зависимости от пола и возраста гражданина, в соответствии с разделами 1.1 Приложения № 12, 2.1 Приложения 19 Тарифного соглашения, значение поля SUMV равно значению в поле TARIF основной услуги.

Основная услуга в обязательном порядке дополняется учетными услугами из раздела 3.21 «Услуга 1 этапа диспансеризации взрослого населения» РКУ в зависимости от выполненного объема ДВН. При этом обязательно должны быть указаны услуги 3.21.22 и 3.21.41.

В случае проведения дополнительного обследования УЗИ брюшной аорты для мужчин в возрасте 69 и 75 лет, к основной услуге добавляется услуга 3.37.1. При этом значение в поле SUMV равно сумме значений в полях TARIF услуг 3.18.14 и 3.37.1.

Поля ED\_COL и TARIF на уровне узла SLUCH не заполняются.

На уровне случая в поле RSLT\_D (результат диспансеризации) указываются коды классификатора V017. В поле PRVS (специальность врача) услуги «законченный случай» указывается коды 16 или 27 классификатора V015.

### **2. Реестры счетов за законченные случаи 1 этапа ДВН за фактические выполненные осмотры (исследования)**

Реестр счета за законченные случаи 1 этапа ДВН за фактически выполненные осмотры (исследования) является реестром типа DP.

Для формирования реестра счета за законченный случай 1 этапа ДВН за фактически выполненные осмотры (исследования) в качестве основных указываются услуги из раздела РКУ 3.36. При этом обязательно должны указываться услуги 3.36.1 и 3.36.20. Одна услуга может указываться на уровне случая только один раз. Значение в поле SUMV равно сумме значений в полях TARIF указываемых услуг из раздела РКУ 3.36.

В случае проведения дополнительного обследования УЗИ брюшной аорты для мужчин в возрасте 69 и 75 лет, к услугам раздела 3.36 добавляется

доплатная услуга 3.37.1. При этом значение в поле SUMV равно сумме значений в полях TARIF всех услуг случая.

Обследования, выполненные до начала проведения 1 этапа ДВН в сроки, устанавливаемые Приказом, указываются, как учетные услуги из раздела 3.21 РКУ. Набор услуг зависит от выполненного объема ДВН.

Поля ED\_COL и TARIF на уровне узла SLUCH не заполняются.

На уровне случая в поле RSLT\_D (результат диспансеризации) указываются коды классификатора V017.

### **3. Реестры счетов за 1 законченный случай 2 этапа ДВН за фактически выполненные осмотры (исследования)**

Реестр счета за 1 законченный случай 2 этапа ДВН за фактически выполненные осмотры (исследования) является реестром типа DV.

Для формирования реестра счета за законченный случай 2 этапа ДВН за фактически выполненные осмотры (исследования) в качестве основных указываются услуги из раздела РКУ 3.19. Значение в поле SUMV равно сумме значений в полях TARIF указываемых услуг из раздела РКУ 3.19.

Поля ED\_COL и TARIF на уровне узла SLUCH не заполняются.

На уровне случая в поле RSLT\_D (результат диспансеризации) указываются коды классификатора V017.

### **4. Реестры счетов за законченные случаи профилактического медицинского осмотра взрослого населения**

Реестр счета за законченные случаи профилактического медицинского осмотра взрослого населения являются реестром типа DO.

Для формирования реестра счета за законченный случай профилактического медицинского осмотра взрослого населения в качестве основной указывается услуга РКУ с кодом 3.29.1 «Законченный случай профилактического медицинского осмотра взрослого населения». Указания дополнительных учётных услуг не требуется.

### **5. Указание кодов МКБ-10 при формировании реестров по ДВН**

Для учета медицинской помощи, оказанной в рамках ДВН, определен следующий перечень кодов по МКБ-10 для услуг, входящих в 1 и 2 этапы диспансеризации:

- Z00.8 (другие общие осмотры) – применять при предъявлении на оплату осмотров/консультаций специалистов при отсутствии



выявленных заболеваний (в случае выявления заболевания указывать код заболевания по МКБ -10);

- Z01.8 (другое уточненное специальное обследование) - применять при проведении исследований 1 и 2 этапов ДВН.

При формировании записи в реестре счета по законченному случаю 1 этапа ДВН основной и заключительный диагнозы выставлять в соответствии с данными Карты учета диспансеризации. При отсутствии выявленных заболеваний указывать код Z00.8.

## **6. Указание отдельных категорий граждан в реестрах счетов по диспансеризации определённых групп взрослого населения**

С целью организации учёта проведения диспансеризации среди отдельных категорий граждан, перечисленных в п. 4 приказа Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан, необходимо указание в реестре счёта категории гражданина, прошедшего диспансеризацию.

Для этого в поле COMENTSL заносится значение «ЛЬГОТА=N» (без кавычек), где N арабская цифра и приобретает следующие значения:

1 - инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, а также участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

2 - лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

3 - бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

## **9.3. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных)**

Реестры диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, являются реестрами типа DS (ДС1) и DU (ДС2).

Для формирования реестра счета за законченный случай «Диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и

детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (ДС1) в качестве основной указывается услуга раздела 3.20 «Законченный случай 1 этапа диспансеризации детей-сирот (ТЖС)» из РКУ.

Основная услуга в обязательном порядке дополняется учетными услугами из раздела 3.22 «Услуга 1 этапа диспансеризации детей-сирот» РКУ в зависимости от выполненного объема ДС1.

Для формирования реестра счета за законченный случай «Диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью» (ДС2) в качестве основной указывается услуга раздела 3.23 «Законченный случай 1 этапа диспансеризации детей усыновленных» из РКУ.

Основная услуга в обязательном порядке дополняется учетными услугами из раздела 3.24 «Услуга 1 этапа диспансеризации детей усыновленных» РКУ в зависимости от выполненного объема ДС2.

Перечень осмотров и обследований, а также порядок их прохождения и отказов от них определен приказом Минздрава от 15 февраля 2013 г. N 72н.

Первый и второй этапы диспансеризации подаются одним случаем.

Поле даты начала лечения DATE\_1 заполняется датой начала 1 этапа диспансеризации. Поле даты окончания лечения DATE\_2 заполняется датой последней услуги.

Разница между DATE\_1 и DATE\_2 при проведении только первого этапа не должна превышать 10 дней, при наличии второго этапа – не более 45 дней.

В качестве услуг второго этапа диспансеризации используются услуги из раздела 3.41 «Посещения с профилактической целью (вне подушевого финансирования)».

При формировании записи в реестре счета по законченному случаю 1 и 2 этапа диспансеризации выставляется код диагноза по МКБ10, являющийся ведущим при определении группы здоровья ребенка. При отсутствии выявленных заболеваний следует указывать код Z00.1 - детям от 0 до 3 лет, Z00.0 – детям от 3 до 7 лет, Z10.8 – детям с 7 до 17 лет включительно.

#### **9.4. Медицинские осмотры несовершеннолетних**

Для формирования записи в реестре по медицинским осмотрам несовершеннолетних (профилактическим, предварительным при поступлении в образовательные учреждения и периодическим в период обучения в них) указывается законченный случай соответствующего медицинского осмотра. При этом используются услуги РКУ:

- за законченный случай 1 этапа профилактического осмотра для 33 возрастных периодов (мальчики, девочки) – коды из подраздела РКУ «Профилактические осмотры несовершеннолетних» 3.25 с выбором пациенто-группы услуги в зависимости от пола и возраста. За исследование уровня гормонов в крови указываются доплатные услуги из подраздела РКУ «Дополнительные исследования уровня гормонов крови» 3.56, соответственно проведённому исследованию;
- за законченный случай 1 этапа предварительного осмотра для 3 типов образовательных учреждений (мальчики, девочки) – услуги из подраздела РКУ «Предварительные осмотры несовершеннолетних» 3.27 с выбором пациенто-группы услуги в зависимости от пола и возраста;
- за законченный случай периодического осмотра для 3 типов образовательных учреждений – услуги из подраздела РКУ «Периодические осмотры несовершеннолетних» 3.28 с выбором пациенто-группы услуги в зависимости от пола и возраста;

Поле даты начала лечения DATE\_1 заполняется значением даты начала 1 этапа медицинского осмотра, поле даты окончания лечения DATE\_2 заполняется датой завершения 1 этапа медицинского осмотра.

В поле PRVS указывается код врача классификатора V015, ответственного за проведение медицинского осмотра несовершеннолетнего: врач-педиатр, врач-педиатр участковый, врач общей практики.

В поле RSLT\_D указывается один из кодов классификатора V017. В поле ISHOD указывается код 306 классификатора V012.

При формировании записи в реестре счета законченного случая 1 этапа медицинского осмотра несовершеннолетнего (профилактического, предварительного при поступлении в образовательные учреждения и периодического в период обучения в них) выставляется диагноз, являющийся ведущим. При отсутствии выявленных заболеваний указывается код МКБ-10 Z00.0.

В случае, если профилактический осмотр проводится несовершеннолетнему ребенку до регистрации рождения, в реестр после поля «SMO\_NAM» добавляется поле «NOVOR», указываются полис и персональные данные представителя пациента.

Правила заполнения поля NOVOR следует взять из описания в таблице Д1 приложения Д к Приказу №79.

## **9.5. Обследования к программе вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)**

При формировании записей законченного случая (обращения) при подготовке к программе ВРТ и отдельных услуг в реестре счета необходимо указывать следующие коды диагноза МКБ-10:

- женщины – N97 с подрубриками;
- мужчины – Z31.4, Z31.8.

## **9.6. Медицинская помощь женщинам в период беременности.**

### **1. Законченный случай (обращение) в связи с проведением обследования при постановке на диспансерный учет по беременности при первой явке (независимо от срока беременности)**

Законченный случай должен включать выполнение полного спектра услуг, предусмотренного тарифом, с детализацией выполненных медицинских услуг в реестре счёта.

При этом используется услуга «Законченный случай (обращение) в связи с проведением обследования при постановке на диспансерный учет по беременности при первой явке независимо от срока беременности» из подраздела 3.44 РКУ с кодом 3.44.2.2. В поле RSLT (результат обращения) указывается 314 «динамическое наблюдение» классификатора V009, в поле ISHOD (исход обращения) 304 «без перемен» классификатора V012, в поле PRVS (специальность врача) указывается код 8 «акушерство и гинекология» или 207 «акушерское дело» классификатора V015 на уровне случая.

Случай в обязательном порядке дополняется выполненными обследованиями (учётными услугами) из раздела 3.35 «Учетные услуги обследования при постановке на диспансерный учет по беременности при первой явке независимо от срока беременности» РКУ. В поле KOL\_USL для каждой услуги указывается значение 1. Для данных услуг стоимость не указывается.

### **2. Законченный случай, сформированный из фактически оказанных медицинских услуг**

При выполнении обследований, исследований и иных медицинских мероприятий не в полном объеме на оплату предъявляется законченный случай, сформированный из фактически оказанных медицинских услуг по утвержденным тарифам.

В реестре счёта указывается набор выполненных услуг из подраздела РКУ «Услуги обследования при постановке на диспансерный учет по беременности при первой явке независимо от срока беременности» 3.34. В поле KOL\_USL для каждой услуги указывается значение 1. Общая стоимость случая в поле SUMV должна равняться сумме полей SUMV\_USL всех услуг,

включенных в случай и не должна превышать стоимости законченного случая. В наборе услуг должна обязательно присутствовать как минимум одна услуга «Осмотр акушера-гинеколога» с кодом 3.34.1.

На уровне случая в поле RSLT (результат обращения) указывается код 314 «динамическое наблюдение» классификатора V009, в поле ISHOD (исход обращения) указывается код 304 «без перемен» классификатора V012, в поле PRVS (специальность врача) указывается код 8 «акушерство и гинекология» или 207 «акушерское дело» классификатора V015.

### **3. Указание кодов МКБ-10 при формировании реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях женщинам в период беременности**

При формировании записей в реестре счета необходимо пользоваться следующими кодами диагноза МКБ-10:

- законченного случая (обращения) в связи с проведением обследования при постановке на диспансерный учет по беременности при первой явке независимо от срока, законченного случая (обращения) (при проведении комплексного обследования в начале III триместра беременности) беременности указывается код диагноза МКБ10 из класса XV, являющегося ведущим, при отсутствии выявленных заболеваний указывается код МКБ-10 из рубрик Z 34,35.
- законченного случая лечения заболевания (обращения) (по поводу осложнения беременности) указывается код основного диагноза по МКБ-10 (обострения хронического заболевания на фоне беременности, острого заболевания на фоне беременности, осложнения беременности) по которому проводились основные лечебно-диагностические мероприятия;
- посещения с профилактическими или иными целями (врач-акушер-гинеколог, акушерка) указывается код МКБ-10 из рубрик Z 34,35.

### **9.7. Законченные случаи лечения заболевания (обращения)**

При формировании реестра счета по законченным случаям лечения заболевания используются услуги из подраздела РКУ «Обращения (вне подушевого финансирования)» 3.44.

В составе обращения должны указываться учётная услуга 3.16.41 «Посещение в составе обращения» из подраздела «Услуги для учета посещений в рамках обращения» 3.16 РКУ. Каждая такая услуга должна указываться столько раз, сколько посещений состоялось в ходе обращения. Дата каждого «посещения в составе обращения» указывается в полях DATE\_IN и DATE\_OUT элемента USL, при этом значение DATE\_IN и DATE\_OUT равны и являются датой фактического посещения.

## **10. Особенности формирования счетов и реестров счетов на оплату амбулаторной медицинской помощи, включенной в финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц**

Счета и реестры счетов на оплату амбулаторной медицинской помощи, включенной в финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц (далее – подушевое финансирование) должны формироваться отдельно от всех прочих случаев оказания медицинской помощи.

Номер счета на оплату амбулаторной медицинской помощи, включенной в финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц и оказанной **прикрепившимся** к медицинской организации – исполнителю застрахованным лицам, обязательно должен содержать постфикс (окончание номера счета) вида «-ПР» (без кавычек). Номер счета на оплату амбулаторной медицинской помощи, включенной в финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц и оказанной **прикрепившимся** к иной медицинской организации застрахованным лицам, обязательно должен содержать постфикс (окончание номера счета) вида «-НП» (без кавычек). При этом общая длина номера счёта, включая постфикс, не должна превышать 15 знаков. В реестре счёта в поле NSCHET должен быть указан номер счёта в точном соответствии с номером на самом счёте.

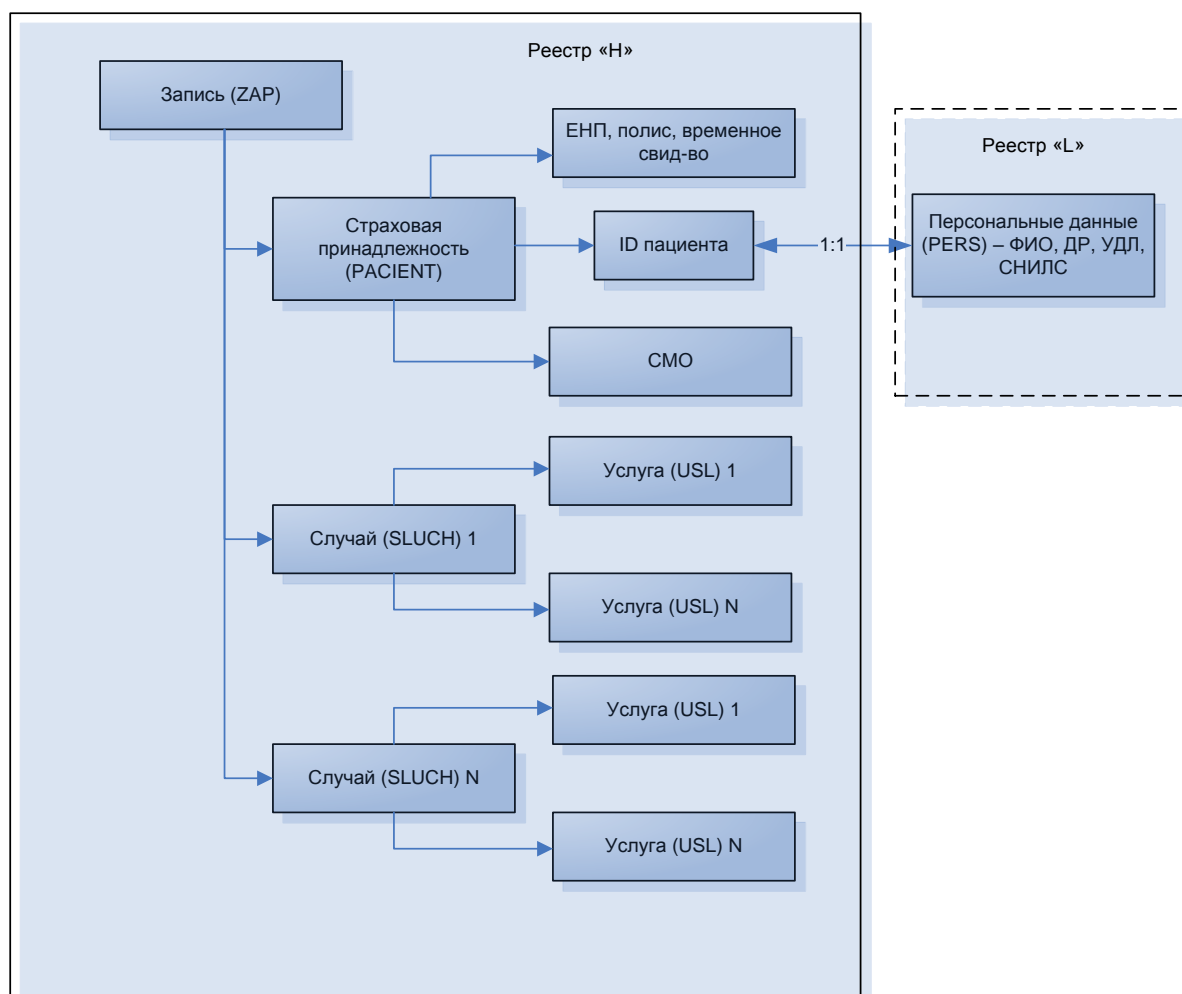
Реестры счетов должны формироваться с удовлетворением требования по группировке всех случаев оказания медицинской помощи (обращений, посещений, услуг), оказанных на протяжении отчётного периода (месяца) застрахованному лицу, прикрепившемуся к медицинской организации.

Группировка выполняется путём включения всех элементов случаев медицинской помощи SLUCH, оказанных застрахованному лицу в течение отчётного периода (месяца) в один элемент ZAP реестра счёта. В этот же элемент включаются сведения о страховой принадлежности пациента в элементе PACIENT. Таким образом, в одной записи (элемент ZAP) должны оказаться сведения о всех случаях медицинской помощи, оказанной за отчётный период прикрепившемуся застрахованному лицу, во вложенных элементах SLUCH, а также один вложенный элемент PACIENT со сведениями о страховой принадлежности пациента.

Заполнение информации внутри самих элементов SLUCH осуществляется в установленном порядке.

Графическое представление группировки представлено на Рисунок 1.

**Рисунок 1** Схема группировки информации в реестрах счетов при подушевом финансировании



Счета, оплачиваемые по «подушевому» нормативу, предоставляются только МО, имеющими прикрепленных к ним лиц.

При формировании счетов амбулаторной помощи, оплачиваемых по «подушевому» нормативу, должны использоваться услуги разделов 3.51 «Посещения с профилактической целью (подушевое финансирование)» и 3.54 «Обращения (подушевое финансирование)», при этом все пациенты должны иметь прикрепление к МО на начало отчетного месяца.

Медпомощь первичного звена, оказанная лицам, не имеющим прикрепления на начало месяца, включается в реестры, оплачиваемые из общего объема финансирования страховой медицинской организации. В этих случаях при формировании счетов должны использоваться услуги разделов 3.41 «Посещения с профилактической целью (вне подушевого финансирования)» и 3.44 «Обращения (вне подушевого финансирования)».

При формировании счетов, оплачиваемых по «подушевому» нормативу, следует использовать данные о прикреплении, возвращаемые в ответе на запрос о страховой принадлежности.



## 11. Особенности формирования реестров счетов при оплате медицинской помощи в круглосуточном стационаре по клинко-статистическим группам (КСГ)

### 11.1. Порядок применения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП)

Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования от 09.12.2016 (далее – Методические рекомендации) при оплате медицинской помощи в круглосуточном стационаре по клинко-статистическим группам (далее – КСГ) предписывают применение коэффициента сложности лечения пациента (далее – КСЛП).

Наличие КСЛП подразумевает, что итоговая сумма случая по КСГ не всегда будет равна установленному для данной КСГ тарифу. Во отдельных ситуациях итоговая сумма случая будет зависеть от КСЛП. В свою очередь, КСЛП зависит от объективных критериев более высокого уровня затрат на оказание медицинской помощи в отдельных случаях. Диапазоны КСЛП для различных рекомендуемых случаев указаны в Приложении 3 Методических рекомендаций. В региональном тарифном соглашении указаны конкретные коэффициенты по позициям Приложения 3 Методических рекомендаций (кроме позиции 9 (сверхдлительные сроки госпитализации)).

Для указания КСЛП в реестрах счетов в соответствии с требованиями п. 4.3.3 Методических рекомендаций, заполняются поля «IT\_SL» и «SL KOEF» после комментария основной услуги (тег «COMENTU»).

**Таблица 13. Региональный справочник КСЛП**

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
<b>Региональный справочник КСЛП</b>					
packet	zglv	О	S	Заголовок	
	zap	О	S	Запись	
<b>Заголовок</b>					
zglv	type	О	T(10)	Тип справочника	Заполняется значением SLK
	version	О	T(3)	Версия формата	1.0
	date	О	D	Дата создания файла	В формате ГГГГ-ММ-ДД
<b>Запись</b>					
zap	IDSL	О	N(4)	Номер применяемого коэффициента	
	NPR	О	N(2)	Номер причины	Номер причины из приложения №3

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
					Методических рекомендаций (согласно нумерации документа). Допускается также «0» - другое.
	ZKOEФ	О	N(1.2)	Значение коэффициента	Для коэффициентов с номером причины 8 указывается коэффициент длительности.
	USLKOEФ	О	T(1000)	Условие применения коэффициента	Текстовое описание условий применения коэффициента
	DATEBEG	О	Date	Дата начала действия записи	
	DATEEND	У	Date	Дата окончания действия записи	

Для каждого случая медицинской помощи (КСГ) может быть указано несколько коэффициентов (элементов «**SL\_KOEФ**»).

Итоговый коэффициент («**IT\_SL**») рассчитывается по формуле:  

$$КСЛП_{сумм} = КСЛП_1 + (КСЛП_2 - 1) + (КСЛП_n - 1)$$

Сумма всех примененных КСЛП, за исключением причины №9 (сверхдлительные сроки госпитализации), не должна превышать 1.8

Для причины 9 (сверхдлительные сроки госпитализации) коэффициент рассчитывается по формуле, не рассматриваемой в настоящем Регламенте. Возможен автоматический расчёт коэффициента по причине 9 в МИС.

Значение поля **TARIF** основной услуги (КСГ) является произведением стоимости (тарифа) соответствующей КСГ на значение коэффициента (КСЛП) в поле «**IT\_SL**».

Значение количества услуг в поле **KOL\_USL** для основной услуги (КСГ) всегда будет равняться единице. Значение поля **SUMV\_USL** является произведением значений полей **TARIF** и **KOL\_USL**.

**Порядок округления.** При расчетах КСЛП округление производится по наиболее распространенному правилу округления, т.н. «округление к ближайшему целому». Округление производится до двух знаков после запятой. Последовательность округления: сначала вычисляется итоговый коэффициент КСЛП. Потом производится его округление и результат записывается в поле «**IT\_SL**». Потом производится вычисление значения поля **TARIF** (умножение тарифа КСГ на КСЛП), произведение округляется и записывается в поле **TARIF**. Затем уже с округленным значением поля **TARIF** выполняются все другие арифметические операции, если они необходимы.

Для коротких случаев лечения (3 дня и менее) применение КСЛП аналогичное, как для стандартных случаев, за исключением того, что причина 9 для коротких случаев не применима.

КСЛП применяются только к основной услуге (КСГ). Все доплатные услуги (например, реанимационные пособия) указываются с установленным для них тарифом, добавляясь к стоимости основной услуги, полученной после применения КСЛП.

### **11.2. Порядок объединения случаев лечения при переводе пациентов из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации**

При переводе пациентов из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации и применении двух КСГ должно быть выполнено объединение основных услуг КСГ (узлы USL) на уровне случая (узел SLUCH). Таким образом, узел SLUCH может содержать 2, но не более 2, вложенных узла USL с основными услугами (КСГ).

В случае необходимости, к услуге КСГ применяется КСЛП в соответствии с правилами 11.1 Порядок применения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП). При этом КСЛП может быть применён только к одной услуге (КСГ), в соответствии с правилами п.34 Приложения № 3 «Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» к Тарифному соглашению.

Общая сумма случая лечения, предъявляемая к оплате (поле SUMV) равняется сумме стоимости всех основных услуг по КСГ (с учётом применения КСЛП при необходимости к одной из услуг) и стоимости всех доплатных услуг, добавленных к случаю.

В узлах USL по основным услугам КСГ дата в поле DATE\_OUT первой услуги КСГ должна быть равна дате в поле DATE\_IN второй услуги КСГ (т.е. дата перевода пациента в пределах одной медицинской организации). В узле SLUCH поле DATE\_1 (дата начала лечения) должна быть равна дате в поле DATE\_IN первой услуги КСГ, а дата в поле DATE\_2 (дата окончания лечения) должна быть равна дате в поле DATE\_OUT второй услуги КСГ.

В полях DS1, PROFIL и PRVS уровня SLUCH указываются диагноз, профиль медицинской помощи и специальность врача **второй** услуги КСГ.

В исключительных случаях, связанных с потребностями статистической отчетности, диагноз второй услуги может быть указан в качестве осложнения в поле DS2.

В полях RSLT и ISHOD уровня SLUCH указываются результат госпитализации и исход заболевания для **второй** услуги КСГ.

## **12. Особенности формирования реестров счетов при оплате медицинской помощи в дневном стационаре по клинико-статистическим группам (КСГ)**

### **12.1. Особенности формирования реестров счетов при лечении в дневном стационаре по КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» и услуг гемодиализа**

Услуги гемодиализа в дневном стационаре могут быть представлены на оплату в двух вариантах:

- услуги гемодиализа в сочетании с законченным случаем по КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ»;
- отдельные услуги гемодиализа.

Независимо от того, какой вариант представления на оплату услуг гемодиализа применяется, услуги гемодиализа в реестре счёта всегда выставляются как отдельные позиции, группировка услуг гемодиализа на уровне SLUCH с услугой законченного случая не производится! Услуга законченного случая по КСГ 41 всегда представляется в реестре счёта отдельной позицией.

#### **Услуги гемодиализа в сочетании с законченным случаем по КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ»**

В соответствии с пунктом 18 Приложения № 5 к Тарифному соглашению, для выставления на оплату законченного случая по КСГ 41 требуется не менее 9 сеансов гемодиализа, проведенных либо в течение отчётного месяца, либо в течение отчётного месяца и месяца, предшествующего отчётному.

При количестве услуг гемодиализа в отчётном месяце 9 и более, формируется позиция реестра счёта с законченным случаем по КСГ 41 с указанием даты начала лечения и даты окончания лечения по законченному случаю в целом. Оказанные услуги гемодиализа должны быть включены отдельными позициями (каждая услуга гемодиализа указывается отдельной позицией) **в тот же самый реестр счёта (счёт)**, что и услуга по законченному случаю КСГ 41. При этом дата оказания учитываемых в законченном случае услуг гемодиализа должна приходиться на период законченного случая по КСГ 41, то есть не должна быть оказана ранее даты начала и позднее даты окончания законченного случая.

При количестве услуг гемодиализа в отчётном месяце менее 9, оказанные услуги гемодиализа представляются отдельными позициями в реестре счёта (счёте) за отчётный месяц. Законченный случай по КСГ 41 за отчётный месяц на оплату не представляется. Если в месяце, следующим за отчётным, количество оказанных услуг гемодиализа в сумме с количеством услуг гемодиализа, оказанных в отчётном месяце, превысит 9, то законченный случай по КСГ 41 может быть предъявлен к оплате в следующем месяце. На этапе МЭК в ТФОМС

АО и/или СМО услуги гемодиализа будут сгруппированы и учтены за два месяца. При этом дата оказания учитываемых в законченном случае услуг гемодиализа должна приходиться на период законченного случая по КСГ 41, то есть не должна быть оказана ранее даты начала и позднее даты окончания законченного случая.

### **Отдельные услуги гемодиализа**

Отдельные услуги гемодиализа представляются на оплату за отчётный месяц, каждая услуга гемодиализа отдельной позицией в реестре счёта.

### **13.Методика выявления повторного включения в реестры счетов сведений об оказанной медицинской помощи (дублирование)**

Методика выявления повторного включения в реестры счетов сведений об оказанной медицинской помощи (т.н. дублирование) производится на этапе МЭК (и/или предварительной МЭК) и включает в себя 2 этапа:

- выявление тождественности пациентов;
- выявление тождественности случаев медицинской помощи.

#### **Критерии выявления тождественности пациентов**

Критерии перечислены по приоритету, наиболее приоритетный критерий указан выше. Если тождественность пациента установлена по какому-либо критерию, имеющему более высокий приоритет, менее приоритетные критерии не проверяются.

1. По совпадению ЕНП и признака «новорожденный», если пациент идентифицирован (ЕНП+ NOVOR)
2. По совпадению фамилии, имени, отчества и даты рождения, если поле фамилии заполнено (ФИО+ДР)
3. По совпадению полиса, имени, отчества, даты рождения и признака «новорожденный», что позволяет различать близнецов при многоплодных родах и выявлять пациентов, сменивших фамилию (Полис+ИО+ДР+NOVOR)
4. По совпадению СНИЛС, имени, отчества, даты рождения и признака «новорожденный», если имеется правильный СНИЛС (СНИЛС+ИО+ДР+ NOVOR)
5. По совпадению типа, серии, номера УДЛ, имени, отчеству и признаку «новорожденный», если указаны правильные данные УДЛ (Тип УДЛ+Серия УДЛ+Номер УДЛ+ИО+ДР+ NOVOR)

В результате выявления тождественности пациенту присваивается уникальный идентификатор пациента, объединяющей все вариации персональных данных этого пациента.

#### **Критерии выявления тождественности случаев медпомощи**

Медпомощь считается тождественной, если:

- она оказана одному и тому же пациенту (одинаковый идентификатор пациента)
- и совпадает код МО-исполнителя (LPU)
- и совпадают условия оказания медпомощи (USL\_OK)
- и совпадает профиль медпомощи (PROFIL)
- и совпадает специальность врача (PRVS)
- и совпадают СНИЛС врача (IDDOKT)
- и совпадают даты начала (DATE\_1) и окончания (DATE\_2) лечения

**Исключения:**

1. для выездов скорой помощи дополнительно учитывается номер карты вызова, указанный в поле NHISTORY;
2. для услуг со способом оплаты «4» (лечебно-диагностические) и «28» (За медицинскую услугу в поликлинике) дополнительно учитывается ID услуги, исследования или процедуры из МИС, указанные в поле NHISTORY;
3. для диспансеризации взрослого населения учитывается этап диспансеризации, указанный в поле DISP счета.

**7. Оглавление Регламента**



**Регламент представления счетов и реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования на территории Архангельской области..... 1**

<b>1. Общие положения.....</b>	<b>1</b>
1.1. Определение документов информационного обмена.....	2
1.2. Порядок выпуска и обновления Регламента .....	3
1.3. О переходе к формату обмена по Приказу № 79 в редакции приказа Федерального фонда ОМС от 09.09.2016 № 169 .....	4
<b>2. Термины, определения, аббревиатуры.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Описание порядка информационного обмена .....</b>	<b>9</b>
3.1. Участники информационного обмена и их роли.....	9
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области.....	9
Страховые медицинские организации .....	9
Медицинские организации .....	10
3.2. Организация информационного обмена между его участниками .....	10
Общие положения информационного обмена .....	10
Информационный обмен между ТФОМС и МО .....	12
Информационный обмен между ТФОМС и СМО.....	13
3.3. Порядок аннулирования счетов и реестров счетов (пакетов счетов) .....	14
<b>4. Процедура определения страховой принадлежности.....</b>	<b>15</b>
4.1. Порядок определения страховой принадлежности .....	15
Описание процедуры определения страховой принадлежности .....	16
Требования и рекомендации по заполнению информации на определение страховой принадлежности.....	18
4.2. Результаты определения страховой принадлежности .....	18
4.3. Дополнительное определение страховой принадлежности .....	20
<b>5. Описание порядка проведения проверок (ФЛК и МЭК).....</b>	<b>21</b>
5.1. Порядок проведения ФЛК в ТФОМС АО .....	21
Описание процесса и принципов ФЛК .....	21
Описание правил ФЛК, ошибок ФЛК и Протокола ФЛК .....	21
5.2. Предварительный МЭК.....	22
5.3. Порядок проведения МЭК.....	22
5.4. Исправление ошибок МЭК.....	23
<b>6. Приложения .....</b>	<b>24</b>
1. Формат регионального классификатора услуг .....	24
2. Формат регионального справочника подразделений МО .....	32
3. Формат электронного счёта .....	34
4. Формат электронного акта МЭК.....	38
5. Формат пакета счёта и пакета экспертизы .....	42
6. Формат файлов информационного обмена (реестров счетов и протоколов).....	45
7. Правила формирования счетов и реестров счетов при изменении реестрового номера медицинской организации.....	88
8. Предоставление дополнительных сведений .....	89
9. Особенности формирования реестров счетов при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.....	91
10. Особенности формирования счетов и реестров счетов на оплату амбулаторной медицинской помощи, включенной в финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц .....	103
11. Особенности формирования реестров счетов при оплате медицинской помощи в круглосуточном стационаре по клинко-статистическим группам (КСГ) .....	105
12. Особенности формирования реестров счетов при оплате медицинской помощи в дневном стационаре по клинко-статистическим группам (КСГ) .....	108
13. Методика выявления повторного включения в реестры счетов сведений об оказанной медицинской помощи (дублирование) .....	110
<b>7. Оглавление Регламента.....</b>	<b>112</b>