

Инструкция
по организации информационного взаимодействия между участниками
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Архангельской области при осуществлении
представления счетов и реестров счетов
за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам.

1. Общие положения

Инструкция по организации информационного взаимодействия между участниками в сфере обязательного медицинского страхования на территории Архангельской области при осуществлении представления счетов и реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам (далее – «Инструкция») составлена 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.

Настоящая Инструкция разработана с учетом требований:

- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,
- Правил ведения персонифицированного учета, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации № 1998 от 05.11.2022;
- Постановления Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»
- Постановления Правительства РФ от 11.06.2021 № 901 «Об утверждении Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации»,
- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»,
- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.07.2020 № 682н «Об утверждении порядка и условий осуществления денежных выплат стимулирующего характера

медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения»,

- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (далее – «Порядок контроля»),
- приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» в редакции приказа от 16.11.2021 № 113 (далее – «Приказ № 79»),
- приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.03.2021 № 34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»,
- Номенклатуры медицинских услуг (далее - Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н,
- постановления Правительства Архангельской области от 28.12.2022 № 1180-пп «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»,
- методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 31-2/И/2-1075 от 26.01.2023.

Настоящая Инструкция является документом, разъясняющим порядок и формат информационного взаимодействия для участников сферы ОМС на территории Архангельской области при осуществлении представления счетов и реестров счетов за медицинскую помощь, ведения персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам и предназначена для облегчения и унификации информационного взаимодействия между его участниками. Инструкция определяет:

- порядок формирования и представления счетов, реестров счетов, реестров проведенного медико-экономического контроля и иных документов на электронном или бумажном носителе 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.

Инструкция сформирована на основании Правил ОМС и Приказа № 79, не переопределяет положения, определенные данными документами, а дополняет указанные документы положениями, учитывающими региональные особенности информационного обмена между участниками сферы ОМС Архангельской области.

1.1. Определение документов информационного обмена

Инструкция определяет обмен электронными документами между участниками ОМС и не предусматривает обмена документами на бумажном носителе.

В рамках Инструкции электронными документами являются:

- реестры счетов. Формат и состав реестров счетов определяется Приказом № 79;
- счета в электронном виде. Формат счетов в электронном виде определяется в [Приложении 3](#) Порядка;
- реестры экспертизы (МЭК, МЭЭ, ЭКМП). Формат реестров экспертизы определяется настоящей Инструкцией;
- заключения экспертизы в электронном виде. Формат заключений экспертизы в электронном виде определяется в [Приложении 4](#) Инструкции;
- нормативно-справочная информация (НСИ). Формат и состав НСИ определяется Приказом № 79;
- в составе НСИ выделяется региональный классификатор услуг (РКУ). Формат и состав РКУ определяется Приложением 1 Инструкции;
- в составе НСИ выделяется региональный справочник подразделений медицинских организаций. Формат и состав данного справочника определяется [Приложением 2](#) Инструкции;

Форматы реестров счетов и экспертизы, НСИ (за исключением региональных справочников) строго соответствуют требованиям Приказа № 79, настоящей Инструкцией могут быть добавлены позиции, учитывающие региональные особенности. Далее в Инструкции любое упоминание перечисленных документов подразумевает только их электронную форму. Придание перечисленным электронным документам статуса официальных документов на бумажном носителе находится вне рамок Инструкции 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 Инструкции

Инструкция выпускается в виде электронного файла формата PDF (с оглавлением) и публикуется на [официальном сайте ТФОМС АО](#) в разделе «Информационные технологии». В случае необходимости внесения изменений, корректировок и дополнений в Инструкцию, выпускается новая редакция Инструкции. Новая редакция Инструкции сопровождается списком изменений по сравнению с предыдущей редакцией.

В случае необходимости внесения срочных корректировок в Инструкцию участники информационного взаимодействия 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 Инструкции.

1.3. О формате обмена, определённом в редакции Инструкции с 01.09.2023

В реестрах, сформированных согласно настоящей редакции Инструкции, следует указывать версию формата 3.2.2.

В формат реестров счетов внесены следующие изменения:

- в реестры типа «Н» (Приложение 6.1 настоящей Инструкции) добавлен блок направлений NAPR, в реестры типов «Т», «D», «С» (Приложения 6.2, 6.3, 6.4) добавлены элементы NAPR_NUM и NAPR_USL_CODE для заполнения МО-заказчиками при осуществлении межучрежденческих расчетов (взаиморасчетов);
- в реестры типа «Н» (Приложение 6.1 настоящей Инструкции) добавлены элементы NPR_NUM и NPR_USL_OK для заполнения МО-исполнителями при осуществлении межучрежденческих расчетов (взаиморасчетов);
- в реестры всех типов добавлен блок MR_USL_N для указания сведений о медицинских работниках, оказывавших медицинскую помощь. Данные сведения должны указываться в каждой перечисляемой в реестре счета услуге (USL), как основных, так и учетных;
- добавлен блок CONCLUSIONS для заполнения сведений о медицинском заключении при выполнении телемедицинской или очной консультации врача-онколога или врача-гематолога в рамках диспансерного наблюдения;

- для реестров всех типов в формате полей IDDOKT и CODE_MD изменен формат СНИЛС: в предыдущих версиях формата был с разделителями, с 3.2.2 - без разделителей;
- для реестров типа «Н» (Приложение 6.1 настоящей Инструкции) обновлены правила заполнения элементов NPR_MO, NPR_DATE, P_CEL, DS1, C_ZAB, DN;
- для реестров типа «D» (Приложение 6.3) обновлено правило заполнения поля P_OTK, NAZ_IDDOKT, NAPR_DATE, NAPR_MO, NAPR_NUM, NAZ_DATE блока NAZ, добавлено поле ONK_DS_NEW, поле VID_VME в поле DISP2 переведено в тип «обязательное»;
- для реестров типа «С» (Приложение 6.4) обновлено правило заполнения поля NPR_MO, блока NAPR, в блок NAPR добавлено поле NAPR_NUM, добавлен блок MR_USL_N «Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу», добавлен блок «Сведения о медицинском заключении», добавлено поле «ONK_DS_NEW» в блок DSVED.

Также обновлены Приложения 9.2 – 9.4 (профилактические мероприятия), Приложение 9.12 «Особенности представления на оплату случаев медицинской помощи с проведением дистанционных (телемедицинских) консультаций».

Добавлены Приложения:

- 9.17 «Особенности формирования счетов и реестров счетов в рамках взаиморасчетов за отдельные услуги 1 этапа проведения диспансеризации детей-сирот, детей усыновленных и профилактических осмотров несовершеннолетних, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения»;
- 9.18 «Особенности формирования счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по диспансерному наблюдению»;
- 9.19 «Особенности формирования счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях»;
- 9.20 «Особенности формирования счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по школе сахарного диабета»;
- 9.21 «Особенности оформления счетов и реестров счетов при осуществлении межучрежденческих расчетов между МО-заказчиками и МО-исполнителями через СМО».

2. Термины, определения, аббревиатуры

Акт взаиморасчетов – финансовый документ, составляемый ТФОМС АО и подписываемый ТФОМС АО, СМО и МО с помощью КЭП, хранящийся и доступный для участников информационного взаимодействия через ЕИР с учетом прав доступа.

ГИС ОМС – государственная информационная система обязательного медицинского страхования, представляет собой комплекс информационных ресурсов, функционирование и сопровождение которых обеспечивает Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Диагностические исследования – в тексте данной Инструкции под диагностическими исследованиями понимаются только диагностические исследования с использованием передвижного маммографа.

Единый информационный ресурс (ЕИР) – сервис, работающий в ТФОМС АО и обеспечивающий передачу, приём и обработку информации о направлениях на госпитализацию, телемедицинские консультации, проведении профилактических мероприятий, диспансерном наблюдении, получения сведений о застрахованных лицах из [РС ЕРЗ](#), [ФЕРЗЛ](#), их прикрепления к МО и СМП в [РПН](#).

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

Заключение МЭК (МЭЭ, ЭКМП) - электронный документ, сформированный [СМО](#) или [ТФОМС АО](#) в соответствии с [Приложением 4](#) Инструкции по итогам МЭК (МЭЭ, ЭКМП) 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.

Лабораторные исследования – в тексте данной Инструкции под лабораторными исследованиями понимаются только лабораторные исследования, выполняемые [ЦКДЛ](#) и ЦЦЛ.

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 Инструкцией.

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>. В русскоязычном сегменте сети Интернет официальный сайт доступен также по имени <http://тфомс29.рф>.

Пакет экспертизы - пакет, сформированный в формате, определенном в [Приложении 5](#) Инструкции, содержащий заключение МЭК (МЭЭ, ЭКМП) и реестр протокола МЭК (МЭЭ, ЭКМП).

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

Порядок контроля - определен приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

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 «[Справочники НСИ](#)», 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 настоящей Инструкции.

Правила ОМС – правила ОМС, определённые приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

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, [ФЕРЗЛ](#), органов ФНС 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](#)».

Реестр протокола МЭК (МЭЭ, ЭКМП) – электронный документ, сформированный ТФОМС АО в соответствии с форматом, установленным Общими принципами по итогам МЭК (МЭЭ, ЭКМП) реестра счёта и содержащий персонифицированные сведения по каждой позиции реестра счёта с указанием принятия к оплате или ошибки по результатам МЭК (МЭЭ, ЭКМП), 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.

Организация – заказчик – медицинская организация, заказывающая медицинскую услугу у другой медицинской организации и оплачивающая данную услугу за счет собственных средств посредством страховой медицинской организации при составлении ТФОМС АО актов взаиморасчетов на основании счетов и реестров счетов;

Организация – исполнитель – медицинская организация, исполняющая медицинскую услугу в пользу (по заказу или направлению) другой медицинской организации и получающая оплату за оказание данной услуги посредством страховой медицинской организации при составлении ТФОМС АО актов взаиморасчетов на основании счетов и реестров счетов;

Сайт обратной связи ТФОМС АО – специальный сервер по адресу <https://support.arhofoms.ru>, доступный в сети Интернет. Основное назначение сайта обратной связи – информирование специалистов ТФОМС АО об обнаруженных ошибках в сервисах ТФОМС АО в ходе осуществления информационного взаимодействия (обратная связь). Сайт обратной связи после проведения процедуры регистрации, выполняемой пользователем самостоятельно, позволяет создавать запросы (задачи) для их комментирования и решения работниками ТФОМС АО или другими пользователями. Размещение персональных данных застрахованных лиц на сайте обратной связи **категорически запрещено**. Сайт обратной связи **не гарантирует** оказание технической и/или консультационной поддержки участникам информационного взаимодействия в части регламентного формирования реестров счетов, выбора и применения услуг и тарифов, определения страховой принадлежности, настройки медицинских информационных систем, эксплуатации веб-ресурсов и веб-сервисов ТФОМС АО. Сайт обратной связи также не гарантирует срочных ответов на запросы участников информационного взаимодействия, ответы сотрудников ТФОМС АО публикуются на сайте обратной связи по мере возможности.

Сервис «Обмен данными лабораторных исследований» (ОДЛИ) – специализированный сервис обмена направлениями и результатами лабораторных исследований. Функционирование сервиса обеспечивает ГБУЗ АО «МИАЦ».

Счёт - электронный документ, сформированный медицинской организацией в соответствии с форматом [Приложения 3](#) Инструкции, 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.

Федеральный единый регистр застрахованных лиц – единый ресурс, ведение которого осуществляется Федеральным фондом ОМС в целях персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах (далее – ФЕРЗЛ). ФЕРЗЛ включает региональные сегменты, содержащие сведения о застрахованных лицах, которым на территории субъекта Российской Федерации выдан полис обязательного медицинского страхования.

Централизованные клинико-диагностические лаборатории (ЦКДЛ) – крупные лаборатории, выполняющие лабораторные исследования по заказам медицинских организаций (направлениям в [ОДЛИ](#)). Особенности информационного взаимодействия по услугам ЦКДЛ описаны в приложении 9.9. Особенности формирования счетов и реестров счетов за диагностические или лабораторные исследования. В рамках настоящей Инструкции централизованные цитологические лаборатории (ЦЦЛ) рассматриваются в составе ЦКДЛ, так как в технической части формирования и представления счетов и реестров счетов друг от друга не отличаются.

Электронная подпись (ЭП) / квалифицированная электронная подпись (КЭП) – 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

ЕГИСЗ	Единая государственная система здравоохранения
ЕИР	единый информационный ресурс
ЕНП	единый номер полиса ОМС ;
КЭП	Квалифицированная электронная подпись
МИС	медицинская информационная система;
МО	медицинские организации ;
МТР	межтерриториальные расчеты ;
МЭК	медико-экономический контроль ;
МЭЭ	медико-экономическая экспертиза;
НСИ	нормативно-справочная информация ;
ОГРН	основной государственный регистрационный номер;
ОДЛИ	обмен данными лабораторных исследований ;
ОКАТО	общероссийский классификатор объектов административно-территориального деления;
РКУ	региональный классификатор услуг ;
РПН	региональный регистр прикрепившегося населения ;
РС ЕРЗ	региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц ;
СКЗИ	сертифицированное средство криптографической защиты информации;
СМО	страховые медицинские организации ;
СНИЛС	страховой номер индивидуального лицевого счета в ПФР;
СП	страховая принадлежность ;
ФЕРЗЛ	Федеральный единый регистр застрахованных лиц
ФЛК	форматно-логический контроль ;
ЦКДЛ	централизованные клиничко-диагностические лаборатории ;
ЭКМП	экспертиза качества медицинской помощи;

3. Описание порядка информационного взаимодействия

3.1. Участники информационного взаимодействия и их роли

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области (ТФОМС АО) является участником, организующим информационное взаимодействие в сфере ОМС Архангельской области.

В рамках настоящей Инструкции ТФОМС АО осуществляет следующие функции:

- проводит контроль исполнения рекомендаций Инструкции другими участниками информационного взаимодействия;
- формирует, публикует на [официальном сайте](#) ТФОМС АО и поддерживает в актуальном состоянии нормативно-справочную информацию, установленную настоящей Инструкцией, 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 взаимодействия;
- проводит медико-экономический контроль ([МЭК](#)) [пакетов счетов](#), поступающих от МО для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Архангельской области;
- 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;
- проводит МЭЭ и ЭКМП случаев медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации ([МТР](#)), и направляет результаты реестрами протоколов МЭЭ (ЭКМП) и заключениями МЭЭ (ЭКМП) в МО;
- производит [аннулирование счёта](#) и [реестра счёта](#) ([пакета счёта](#)) по запросу страховой медицинской организации;

- выполняет функцию формирования актов взаиморасчёта за услуги, оказываемые медицинскими организациями-исполнителями;
- выполняет функцию маршрутизирующего центра, принимая информацию от одних участников, проверяя и передавая её другим участникам информационного взаимодействия.

Страховые медицинские организации

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

- своевременно актуализируют и используют при информационном взаимодействии публикуемую на [официальном сайте](#) ТФОМС АО нормативно-справочную информацию ([НСИ](#));
- осуществляют приём [пакетов счетов](#), сформированных медицинскими организациями, от ТФОМС АО;
- принимают сформированные в ТФОМС АО [реестры протоколов МЭК](#) и [заключения МЭК](#), направляют в ТФОМС АО подтверждающие пакеты с [уведомлением о получении](#) и загрузке в информационную систему протоколов и заключений МЭК;
- медико-экономическую экспертизу (МЭЭ), экспертизу качества (ЭКМП) реестров счетов, поступающих от МО для оплаты медицинской помощи;
- производят оплату оказанной медицинской помощи по принятым счетам и реестрам счетов в соответствии с [реестрами МЭК](#) и заключениями МЭК, полученным из ТФОМС АО;
- проводят МЭЭ и ЭКМП, передавая результаты реестрами протоколов МЭЭ (ЭКМП) и заключениями МЭЭ (ЭКМП) 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 взаимодействия, выполняющими следующие функции:

- своевременно актуализируют и используют при информационном взаимодействии 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 от ТФОМС АО сформированные в ТФОМС АО [реестры протоколов МЭК](#) и [заклучения МЭК](#), направляют в ТФОМС АО подтверждающие пакеты с [уведомлением о получении](#) и загрузке в медицинскую информационную систему протоколов и заключений МЭК, устраняют указанные в реестрах МЭК и заключениях МЭК ошибки;
- получают через ТФОМС АО направленные СМО пакеты экспертизы (МЭЭ, ЭКМП) и учитывают суммы наложенных санкций.
- осуществляют персонифицированный учёт оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

3.2. Организация информационного взаимодействия между его участниками

Общие положения информационного взаимодействия

Информационное взаимодействие, между всеми участниками осуществляется только в электронном виде, с использованием [электронных документов, определяемыми в Инструкции](#). Передача между участниками копий электронных документов на бумажных носителях не производится.

Передача электронных документов между участниками информационного взаимодействия происходит по сетям общего пользования с обязательным использованием средств [СКЗИ](#) и электронной подписи. Передача электронных документов посредством съемных носителей информации не производится.

При передаче информации между участниками информационного взаимодействия 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](#)»).

Информационное взаимодействие 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 взаимодействия могут создавать сервисы, работающие в режиме «он-лайн», для лучшего информирования

других участников о ходе информационного взаимодействия. Такие сервисы носят информационно-справочный характер и не оказывают непосредственного влияния на информационные потоки.

Инструкция вводит в информационный обмен понятия [электронного счёта](#) и [электронного заключения МЭК](#) (МЭЭ, ЭКМП).

Электронный счёт формируется в МО, в формате, определённом в [Приложении 3](#) Инструкции. После формирования электронного счёта, он объединяется с соответствующим реестром счёта, образуя [пакет счёта](#). Формат пакета счёта устанавливается в [Приложении 5](#) Инструкции. 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.

Электронное заключение МЭК формируется в ТФОМС АО, МЭЭ/ЭКМП в СМО или в ТФОМС АО, в формате, определённом в [Приложении 4](#) Инструкции. После формирования электронного заключения, оно объединяется с соответствующим реестром протокола МЭК (МЭЭ, ЭКМП), образуя [пакет экспертизы](#). Формат пакета экспертизы устанавливается в [Приложении 5](#) Инструкции. По отдельности ни электронное заключение, ни реестр протокола не передаются, они могут передаваться только парно, в составе пакета экспертизы. Передача экземпляров заключения МЭК (МЭЭ, ЭКМП) на бумажном носителе Регламентом не предусматривается. Электронное заключение и реестр протокола в составе пакета экспертизы, подписанного в установленном порядке действительной [электронной подписью](#), принимаются электронными документами, эквивалентными аналогичным документам на бумажном носителе, заверенными подписью и печатью.

Информационное взаимодействие 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](#) Инструкции.

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](#) Инструкции. 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](#) Инструкции.

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 Приложением 6.6 Формат протокола ФЛК настоящей Инструкции.

[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 [МЭК](#). МЭК проводится в соответствии с [Правилами контроля](#) и [процедурой МЭК](#).

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 первого этапа МЭК, МО получает уведомление об успешном прохождении проверок и ожидает получения результатов второго (окончательного) этапа МЭК. Результатами являются ответы с определённой ТФОМС АО страховой принадлежностью, пакет экспертизы от ТФОМС АО (для МЭК) или [СМО](#) (для МЭЭ/ЭКМП). ТФОМС АО направляет результаты на адрес, зарегистрированный для МО в защищенной сети ViPNet. При получении пакета экспертизы с результатами МЭК, МО направляет в ТФОМС АО подтверждающий пакет с [уведомлением о получении](#) и загрузке в медицинскую информационную систему

протоколов и заключений МЭК. Подтверждающий пакет направляется в ТФОМС АО на адрес сети ViPNet «29(АрхТФОМС) Реестры».

ТФОМС АО направляет информацию и [электронные документы](#) (результаты [определения страховой принадлежности](#), [протоколы ФЛК](#), [пакет экспертизы](#)) 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 получено заключение 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 Инструкции](#). При аннулировании все позиции аннулированного реестра счёта могут быть вновь включены в новый реестр счёта.

Случаи, отказанные на МЭЭ и ЭКМП, не могут повторно выставляться на оплату.

Информационное взаимодействие 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. После выполнения МЭК по пакету счёта в ТФОМС АО, в адрес СМО направляется также пакет МЭК. После получения пакета МЭК, СМО направляет в адрес ТФОМС АО подтверждающий пакет с уведомлением о получении пакета МЭК на адрес сети сети ViPNet «29(АрхТФОМС) Реестры».

СМО проводит МЭЭ, ЭКМП пакета счёта МО и направляет результаты в виде пакета экспертиз в ТФОМС АО на адрес сети сети ViPNet «29(АрхТФОМС) Реестры».

ТФОМС АО проводит проверку пакета экспертиз в соответствии с Порядком 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, с учетом результатов МЭК, проведенного в ТФОМС АО, в установленном порядке. Порядок фактической оплаты оказанной медицинской помощи находится вне рамок Инструкции.

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

В исключительных случаях может быть выполнено аннулирование (отзыв) пакета счёта (пакетов счетов) по запросу МО.

Аннулирование пакета счёта (пакетов счетов) может быть выполнено только в период нахождения пакета счёта (пакетов счетов) в очереди ожидания в ТФОМС АО или в ходе приема пакетов счетов за очередной отчетный период до завершения проведения МЭК и отправки пакета счёта и результатов МЭК в СМО. После отправки пакета счёта (пакетов счетов) в СМО аннулирование пакета счёта (пакетов счетов) невозможно.

Для аннулирования пакета счёта (пакетов счетов) МО отправляет в ТФОМС АО отсканированную копию (в формате PDF) письменного запроса

произвольного вида. 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 подробно указана причина аннулирования пакета счёта (пакетов счетов).

ТФОМС АО, получив от МО запрос на аннулирование пакета счёта (пакетов счетов), либо производит его аннулирование в информационной системе ТФОМС АО в случае возможности, либо направляет по сети ViPNet в адрес МО уведомление произвольной формы об отказе в аннулировании пакета счёта (пакетов счетов). В случае проведения аннулирования пакета счёта (пакетов счетов) в адрес МО направляется подтверждение произвольной формы о выполненном аннулировании пакета счёта (пакетов счетов).

Запросы на аннулирование пакета счёта (пакетов счетов), уведомления и подтверждения об аннулировании пакета счёта (пакетов счетов) передаются по защищенной сети ViPNet. Электронные копии запросов на аннулирование пакета счёта (пакетов счетов), уведомления и подтверждения об аннулировании пакета счёта (пакетов 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 ФЕРЗЛ. 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 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.

Для сокращения затрат времени и усилий на формирование счетов, запросы на определение страховой принадлежности принимаются в работу независимо от результатов ФЛК. Исключение составляют ошибки в структуре XML, которые не позволяют загрузить реестр для дальнейшей обработки, или ошибки в заполнении персональных данных пациента. Запрос на определение страховой принадлежности направляется в [РС ЕРЗ](#).

Определение страховой принадлежности осуществляется на **первое число отчетного периода**. В случае отсутствия в **РС ЕРЗ** сведений о страховой принадлежности на первое число отчетного периода страховая принадлежность определяется в **РС ЕРЗ** на дату завершения законченного случая оказания медицинской помощи.

Если сведения о застрахованном лице не обнаружены в РС ЕРЗ, ТФОМС АО определяет страховую принадлежность на основании данных ФЕРЗЛ на дату окончания лечения.

Требования и рекомендации по заполнению информации на определение страховой принадлежности

Формат запроса на определение страховой принадлежности аналогичен [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.

Предоставление ЕНП в запросе на определение страховой принадлежности обязательно. Узнать ЕНП лиц, застрахованных на территории Архангельской области, а также на территории других субъектов Российской Федерации, можно на [странице «Поиск информации о полисе ОМС»](#) официального сайта ТФОМС АО, по фамилии и серии/номеру документа, удостоверяющего личность, фамилии и страховому номеру индивидуального лицевого счета (СНИЛС). Также для определения действующей страховки, прикрепления к МО и СМП, может быть использован сервис определения страховой принадлежности в [ЕИР](#), позволяющий искать действующую страховку по различной комбинации ФИО, ДР, документов, удостоверяющих личность, СНИЛС.

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 SMO (реестровый номер СМО) и, при наличии, указываются сведения о **прикреплении пациента к МО** на начало отчетного периода.

Сведения о прикреплении размещаются:

- о прикреплении к МО в узле MCOD_RPN;
- о зоне обслуживания СМП в узле SMP_ZONE;

- в комментарии к случаю (узел SL 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 или обслуживающей СМП.

В случае отрицательного результата определения страховой принадлежности, все указанные выше элементы не заполняются и отсутствуют в возвращаемом в МО ответе. При этом в поле комментария могут указываться правильные значения (ФИО и ЕНП застрахованного лица, реестровый номер СМО).

В соответствии с документами, регламентирующими обмен информацией в сфере ОМС, для определения страховой принадлежности застрахованных лиц существует только один официальный источник данных – [ФЕРЗЛ](#) (как его региональный сегмент – [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 SL 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.

Обнаружение в [реестре счета](#) сведений о страховой принадлежности застрахованного лица, не совпадающих с ОКАТО ОМС, ОГРН и реестровым номером СМО, получившей реестр счета, а также при выявлении неактуальных персональных данных в реестре счета является основанием для отказа в принятии к оплате случая оказания медицинской помощи с указанием ошибки [МЭК 1.5](#) «Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);».

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 при информационном взаимодействии 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 [заклучения МЭК](#) (МЭЭ, ЭКМП) и реестры протоколов других контрольно-экспертных мероприятия (МЭЭ, ЭКМП).

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 учитывается как представленный.

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 ФЛК и МЭК», который формирует и размещает на своём официальном сайте ТФОМС АО.

Формат протокола ФЛК утверждается Приложением 6.6 «Формат протокола ФЛК» настоящей Инструкции.

5.2. Порядок проведения МЭК

Медико-экономический контроль (**МЭК**) проводится в [ТФОМС АО](#) на основании [Правил ОМС](#), [Порядка контроля](#), Приказа № 79 и в соответствии с положениями настоящей Инструкции.

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

МЭК проводится при открытии приема счетов и реестров счетов за очередной отчетный период (первые 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным). Счета и реестры счетов, поступившие в период между завершением приема счетов и реестров счетов за предыдущий отчетный период и открытием приема счетов и реестров счетов за очередной отчетный период, переводятся в режим ожидания.

Этапы проведения МЭК

Процедура МЭК проводится в 2 этапа.

На 1 этапе проводятся все проверки МЭК, кроме проверки на пересечение сроков лечения по случаям оказания медицинской помощи, а также контроля по соблюдению целевых показателей (объёмов и стоимости), установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС. После прохождения 1 этапа МЭК, пакет счёта переходит в состояние ожидания 2 этапа МЭК, его дальнейшая обработка в информационной системе ТФОМС АО приостанавливается до завершения приёма счетов и реестров счетов за отчетный период. После прохождения 1 этапа МЭК протокол и заключение МЭК в СМО не направляются.

При изменении тарифов, доработке правил, алгоритмов проверок ФЛК или МЭК до завершения приема счетов и реестров счетов за очередной отчетный период, пакеты счетов, находящиеся в очереди ожидания информационной системы ТФОМС АО, могут быть повторно направлены на ФЛК или на 1 этап МЭК.

После завершения приема счетов и реестров счетов за отчетный период, проводится 2 этап МЭК по пакетам счетов, прошедших ФЛК и 1 этап МЭК. На 2 этапе МЭК выполняется проверка на пересечение сроков лечения по случаям оказания медицинской помощи и проверка необоснованного повторного предъявления на оплату случаев медицинской помощи, а также контроль на превышение установленных комиссией по разработке территориальной программы ОМС объемов и стоимости медицинской помощи.

При выявлении ошибки МЭК с оплаты снимается весь законченный случай Z_SL.

Все проверки производятся в ТФОМС АО в автоматизированном режиме. Пакеты счетов, по которым не было выявлено ошибок МЭК, сразу направляются в СМО. СМО при получении пакета счёта и загрузке его в свою информационную систему присылает в ТФОМС АО [уведомление о получении пакета счёта](#) (Приложение 6.8 Формат уведомления о получении пакета).

Реестры счетов, по которым были выявлены ошибки МЭК, поступают на рассмотрение выявленных ошибок специалистами ТФОМС АО. При рассмотрении указанные специалисты могут в ручном режиме снять выявленные в автоматизированном режиме ошибки МЭК или установить дополнительные ошибки, которые не были выявлены в ходе автоматизированной проверки.

После завершения рассмотрения ошибок МЭК специалистами ТФОМС АО, формируются пакеты МЭК, включающие в себя заключение 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 Инструкции. Формат заключения МЭК устанавливается Приложением 4 Инструкции. Формат протокола МЭК ([реестра МЭК](#)) устанавливается Приказом № 79.

Результат проведения МЭК в виде пакета МЭК по пакетам счетов, получателем которых является СМО, передаются параллельно в МО, сформировавшую пакет счёта и в СМО, являющуюся получателем пакета счёта. Одновременно в СМО передаются пакеты счетов, по которым на МЭК были выявлены ошибки. После получения результатов МЭК (пакета МЭК) и загрузки пакета МЭК в свои информационные системы, МО и СМО направляют в ТФОМС АО [уведомление о получении пакета экспертизы, а СМО также направляет уведомление о получении пакета счёта по счетам и реестра счетов, в которых были выявлены ошибки МЭК](#) (Приложение 6.8 Формат уведомления о получении пакета).

Технические правила и трактовка ошибок [МЭК](#) регламентируются отдельным электронным документом «[Правила ФЛК и МЭК](#)», который формирует и размещает на своём [официальном сайте ТФОМС АО](#) (раздел «Информационные технологии», подраздел «Справочники НСИ»).

Методика выявления необоснованного повторного предъявления на оплату случаев медицинской помощи описана в Приложении 11 «Методика выявления повторного включения в реестры счетов сведений об оказанной медицинской помощи (дублирование)» Инструкции.

5.3. 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](#) и в типовом договоре на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Исправление ошибок должно 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
Корневой элемент – Региональный классификатор медицинских услуг					
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	
	TARIF_MOD_LIST	H	S	Тарифные модификаторы	Добавляется в конце полного кода услуги. Типичное применение – для передачи сниженного тарифа в прерванных случаях лечения.
Заголовок					

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия формата	Указывается версия 3.1
	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.
Рубрикатор					
RUBRIKATOR	USL_OK	OM	S	Условия оказания	
Условия оказания					
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
Раздел					
RAZDEL	CODE	O	T(6)	Код раздела	
	NAME	O	T(500)	Наименование раздела	
	DESCR	H	T(4000)	Пояснения	

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	USL_KAT	О	T(16)	Категория услуг	Значения категории определены в секции KAT_LIST
	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	О	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
Список услуг					
USL_LIST	USL	ОМ	S	Описание услуги	
Описание услуги					
USL	USL_OK	О	T(2)	Код условий оказания	Соответствует коду классификатора V006.
	RAZDEL	О	T(6)	Код раздела	Код раздела из рубрикатора, к которому относится услуга
	CODE	О	T(16)	Базовый код услуги	

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	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.
Список тарифов, установленных для услуг					
TARIF_LIST	TARIF	OM	S	Определение тарифа	
Определение тарифа					
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)
	P_CODE	Y	T(16)	Код пациенто-группы	Параметры пациенто-групп определены в секции PG_LIST
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Полный код услуги для заполнения поля CODE_USL в реестрах счетов. Состоит из <CODE><:P_CODE>. Если

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
					P_CODE отсутствует, то равно <CODE>
	NAME	O	T(2000)	Наименование тарифа	Полное наименование тарифа, включающее название услуги и пациенто-группы
	VALUE	Y	N(10.2)	Величина тарифа в рублях	При указании величины тарифа, это значение используется для поля TARIF в реестре счёта
	DATEBEG	O	D	Дата начала действия тарифа	
	DATEEND	Y	D	Дата окончания действия тарифа	Заполняется для закрытых записей. Для действующих записей элемент отсутствует
Список пациенто-групп					
PG_LIST	PG	OM	S	Пациенто-группа	
Пациенто-группа					
PG	P_CODE	O	T(16)	Код пациенто-группы	
	P_NAME	O	T(254)	Наименование пациенто-группы	
	COMMENT	N	T(254)	Описание для пациенто-группы	
Список вхождений пациенто-групп в разделы					
RAZDEL_PG_LIST	RAZDEL_PG	OM	S	Вхождение	
Вхождение					
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	

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	DATEEND	У	D	Дата окончания действия	Заполняется для закрытых записей. Для действующих записей элемент отсутствует
Список дополнений					
DOP_LIST	DOP	OM	S	Дополнение кода услуги	Типичное применение - для стоматологических услуг
Дополнение					
DOP	RAZDEL	O	T(6)	Код раздела	
	DOP_CODE	O	T(16)	Код дополнения	
	DOP_NAME	O	T(254)	Наименование дополнения услуги	
	DET	У	N(1)	Признак «детский»/«взрослый»	Разделяет значения дополнения на взрослые и детские. 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	O	D	Дата начала действия	
	DATEEND	У	D	Дата окончания действия	Заполняется для закрытых услуг. Для действующих услуг элемент отсутствует
Список категорий					
KAT_LIST	KAT	OM	S	Категория услуг	
Категория услуг					

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
KAT	USL_KAT	O	T(16)	Код категории услуг	
	NAME	O	T(254)	Наименование категории	
	BASE	Y	N(1)	Признак основной услуги	Если 1 – категория относится к основным.
	COMMENT	H	T(254)	Описание	
Тарифные модификаторы					
TARIF_MOD_LIST	TARIF_MOD	OM	S	Тарифный модификатор	
Тарифный модификатор					
TARIF_MOD	MOD_CODE	O	T(5)	Код модификатора	
	MOD_NAME	O	T(255)	Наименование модификатора	
	TK	O	N(1.2)	Коэффициент модификатора	
	COMMENT	H	T(255)	Пояснения	

- O – обязательный элемент
- H – не обязательный элемент
- Y – условно-обязательный элемент
- M – 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
Корневой элемент (справочник подразделений)					
FIL_LIST	FILIAL	OM	S	Филиал	Информация о филиале
	ZGLV	O	S	Дата\версия справочника	Информация о дате и версии справочника
Дата\версия					
	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	1.0
	DATE	O	D	Дата выгрузки справочника	В формате ГГГГ-ММ-ДД
Филиал					
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 – межрайонный центр 5 – травматологический пункт
	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: ниже

- O - обязательный элемент
- Y - условно-обязательный элемент

– М - множественный элемент

Символы «Формат» соответствуют обозначениям:

– Т - <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
Корневой элемент – тело электронного счета за медицинскую помощь					
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	
Заголовок электронного счета					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия формата	1.1
Данные электронного счета					
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	Y	T(26)	Имя файла-реестра	Имя файла должно быть без расширения. Не заполняется для счетов по подушевому финансированию (с полем IFIN равным ПР, ФП)

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	ADDR_CODE_FAP	У	Т(16)	Код фактического адреса ФАП	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Заполняется только для счетов по подушевому финансированию (с полем IFIN = ФП)
	IFIN	О	Т(10)	Канал финансирования (Таблица 4).	Для ОМС – пустая строка
	SUM_SCHEME	У	N(5)	Схема расчета	Заполняется только для счетов по подушевому финансированию (с полем IFIN равным ПР или ФП или РЗ) значениями из справочника «Схемы расчета в электронных счетах», опубликованного на официальном сайте ТФОМС АО в разделе «Информационные технологии»- «Справочники НСИ»
	P_AMT	У	N(15)	Количество прикрепившихся застрахованных лиц или лиц, обслуживаемых ФАП, установленное решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС для отчетного периода.	Заполняется только для счетов по подушевому финансированию (с полем IFIN равным ПР или ФП)
	SUMMAV	О	N(15.2)	Всего к оплате (общая сумма электронного счета)	Для счетов с каналами IFIN ПР и ФП сумма по подушевому нормативу финансирования на 1 число отчетного месяца,

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
					для счетов по стимулирующим выплатам (IFIN=CB) сумма стимулирующих выплат в соответствии с рассчитанным коэффициентом результативности деятельности МО-фондодержателей
	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	
Поставщик услуг					
POST	NAM_MOP	O	T(1000)	Наименование поставщика услуг	Полное наименование МО согласно классификатору F003/F032
	MCOD	O	T(6)	Код организации	Согласно классификатору F003/F032
	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	

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	BIK	О	T(9)	БИК	
	LIC_SCH	У	T(15)	Лицевой счет	
	ADDR_J	О	T(1000)	Юридический адрес	
Плательщик денежных средств					
PLAT	NAME	О	T(1000)	Наименование плательщика денежных средств	
	COD	О	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	О	T(10)	ИНН	
	KPP	О	T(9)	КПП	
	OKVED	О	T(15)	Код по ОКВЭД	
	OKPO	О	T(10)	Код по ОКПО	
	BANK_NAME	О	T(1000)	Банк	Полное наименование банка
	RASCH_SCH	О	T(1000)	Расчетный счет	
	BIK	О	T(9)	БИК	
	LIC_SCH	У	T(15)	Лицевой счет	
	ADDR_J	О	T(1000)	Адрес	
Получатель денежных средств					
POL	NAM_MOP	О	T(1000)	Наименование получателя денежных средств	Полное наименование МО согласно классификатору F003/F032
	MCOD	О	T(6)	Код организации	Согласно классификатору F003/F032

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	INN	О	T(12)	ИНН	
	KPP	У	T(9)	КПП	
	OKVED	О	T(15)	Код по ОКВЭД	
	OKPO	О	T(10)	Код по ОКПО	
	BANK_NAME	О	T(1000)	Банк	Полное наименование банка
	RASCH_SCH	О	T(1000)	Расчетный счет	
	BIK	О	T(9)	БИК	
	LIC_SCH	У	T(15)	Лицевой счет	
	ADDR_J	О	T(1000)	Адрес	

Символы «Обязательность элемента» соответствуют обозначениям:

- О – обязательный элемент
- Н – не обязательный элемент
- У – условно-обязательный элемент
- М – 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 (IFIN)

Канал финансирования	Плательщик	Передача на другие территории	Описание
	ТФОМС, СМО	Да	Пустая строка, оплата по случаям из ОМС (МП не включена в подушевое финансирование)
ПР	СМО	Нет	Прикрепленные к МО-исполнителю, МП включена в подушевое финансирование
НП	СМО	Нет	Неприкрепленные к МО-исполнителю, МП включена в подушевое финансирование
ФП	СМО	Нет	Медпомощь, оказанная в ФАП
НСЗ	ТФОМС, СМО	Да	Дополнительное финансовое обеспечение МО ФГУ
ДИ	МО-исполнитель (через СМО)	Нет	Финансирование СМО по единым тарифам для межучрежденческих расчетов за одно диагностическое исследование
ЛИ	МО-исполнитель (через СМО)	Нет	Финансирование СМО по единым тарифам для межучрежденческих расчетов за одно лабораторное исследование
МБТ	СМО, ТФОМС	Да	Медпомощь по COVID-19, оплачиваемая из средств межбюджетного трансферта (МБТ)
ТМ	СМО	Нет	Медицинская услуга проведения телемедицинской консультации МО-исполнителем, для межучрежденческих расчётов
КОВ	СМО, ТФОМС	Да	Для выставления на оплату медицинской помощи, оказанной пациентам по COVID-19 в круглосуточном стационаре
ПЦР	СМО, ТФОМС	Да	Для выставления на оплату диагностических услуг определения РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) методом ПЦР (раздел 3.124 РКУ)
РЗ	СМО	Нет	Доплата за достижение показателей результативности
ДН	СМО, ТФОМС	Да	Диспансерное наблюдение при первой явке (взрослые)
ПМ	МО-исполнитель (через СМО)	Нет	Финансирование СМО по единым тарифам для межучрежденческих расчетов за одну услугу в рамках диспансеризации детей-сирот (далее – ДДС), диспансеризации детей усыновленных (далее – ДДУ) и профилактических осмотров несовершеннолетних (далее- ПОН)
ВР	СМО	Нет	Финансирование СМО по единым тарифам для межучрежденческих расчетов, кроме ДИ, ЛИ, ТМ, ПМ

4. Формат электронного заключения

Кодировка - "Windows-1251"

Таблица 5 Формат электронного заключения (по результатам МЭК / МЭЭ / ЭКМП)

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
Заключение МЭК					
ACT	ZGLV	O	S	Заголовок	
	SCHET	O	S	Данные счёта	
	ACT_DATA	O	S	Данные заключения	
	ACT_POS	OM	S	Позиции заключения	Перечень позиций заключения
	SANK_POS	UM	S	Дефектные позиции по счёту	
	PROFIL	OM	S	Итоги по счёту	Агрегированные итоги в разрезе профилей медпомощи.
Заголовок					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия формата	2.1
	DATE	O	D	Дата выгрузки	В формате ГГГГ-ММ-ДД
Данные счёта					
SCHET	CODE	O	N(8)	Уникальный код счёта (в пределах МО)	Ключи привязки к счёту
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый код МО	
	PLAT	Y	T(5)	СМО – плательщик по счёту	
	NSCHET	Y	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	Y	D	Дата счёта	
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма по счёту (руб.)	Итоги по счёту

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	SUMMAP	O	N(15.2)	Сумма принятых позиций (руб.)	
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций (руб.)	
Данные заключения					
ACT_DATA	ACT_NUM	O	T(30)	Номер заключения	
	ACT_DATE	O	D	Дата заключения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Наименование реестра (основного, корректирующего)	Реестр – основание для формирования акта
	ACT_NAME	O	T(255)	Наименование акта	Например, «Заключение по результатам МЭК», «Заключение по результатам МЭЭ», «Заключение по результатам ЭКМП»
	PR_NOV	O	N(1)	Тип реестра-счета (FILENAME)	0 – основной; 1 – исправительный.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма позиций реестру-счета, включенным в заключение (руб.)	$SUMMAV = \sum SUM_M$
	D_SUMMAP	O	N(15.2)	Итого принято/отказано по акту (+/-) на сумму (руб.)	$D_SUMMAP = \sum D_SUMP$ – доплата по счету
	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	
Перечень позиций заключения с изменениями в оплате					
ACT_POS	IDCASE	O	N(11)	№ п/п в реестре	Номер позиции счёта
	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор случая (GUID)	Уникально идентифицирует случай
	SN_POLIS	O	T(30)	Полис обязательного медицинского страхования	В формате с разделителем « № » серии и номера
	SUM_M	O	N(15.2)	Сумма случая (руб.)	
	D_SUMP	O	N(15.2)	Принято/снято с оплаты по случаю (+/-)	Изменение в оплате случая ($D_SUMP <> 0$)

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	OSN	У	T(20)	Код дефекта / нарушения	F014. При наложении санкций заполняется обязательно.
	IFIN	Н	T(10)	Канал финансирования	См. Таблица 4 Справочник каналов финансирования (IFIN)
Дефектные позиции по счёту в целом					
SANK_POS	IDCASE	O	N(11)	№ п/п в реестре	Номер позиции счёта
	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор случая (GUID)	Уникально идентифицирует случай
	SN_POLIS	O	T(30)	Полис обязательного медицинского страхования	В формате с разделителем « № » серии и номера
	DS1	O	T(10)	Основной диагноз	M001
	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_SL	O	N(15.2)	Сумма санкций по случаю (руб.)	
	OSN	O	T(20)	Код дефекта / нарушения	F014, список оснований OSN через «разделитель»
	COMENTSL	O	T(1000)	Расшифровка дефекта / нарушения	F014 – полная расшифровка дефекта / нарушения
Агрегированные итоги по счёту в разрезе профилей услуг					
PROFIL	IDPR	У	N(11)	Код профиля медпомощи	V002. Код добавлен из-за неоднозначных изменений в справочнике. Для диспансеризации – не указывается.
	PRNAME	O	T(254)	Наименование профиля медпомощи	V002. При диспансеризации: для несовершеннолетних – «педиатрия», для взрослых – «терапия».
	P_CEL	У	T(3)	Цель посещения / обращения	V025 Обязательно к заполнению для амбулаторных условий, кроме диспансеризации
	CNT_SL	O	N(11)	Количество случаев по профилю, всего	
	SUM_SL	O	N(15.2)	Сумма, выставленная по профилю (руб.), всего	
	SUM_SANK	O	N(15.2)	Сумма санкций по профилю (руб.)	

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
	SUM_PAY	O	N(15.2)	Сумма к оплате по профилю (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 (кроме пакетов счетов по подушевому нормативу финансирования с полем IFIN равным ПР, ФП) включаются три файла:

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

Пакет счета по подушевому нормативу финансирования (с полем IFIN равным ПР, ФП) подразделяется на 2 типа:

- собственно счет, с указанием численности прикрепившегося или обслуживаемого населения на 1 число отчетного месяца в поле P_AMT счета, и стоимостью подушевого финансирования в поле SUMMAV счета, рассчитанной по нормативам подушевого финансирования на 1 число отчетного месяца. Такой пакет счёта маркируется константой S;
- пакет счета со сведениями о фактически оказанной медицинской помощи в рамках подушевого финансирования.

Пакет счета со сведениями о фактически оказанной медицинской помощи в рамках подушевого финансирования собственно счёта не содержит, в него входят 2 файла:

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

Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи

Имя файла формируется по следующему принципу:

$HP_iN_iP_pN_p_YYMMN.XML$, где

- H – константа, обозначающая передаваемые данные
- P_i – Параметр, определяющий организацию-источник:
- M – МО.
- N_i – Номер источника (реестровый номер МО).
- P_p – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – 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 «Н», «Т», «С» или пара символов, начинающихся на «D» и описывающих вид реестра диспансеризации. Для пакета счета по подушевому нормативу финансирования (IFIN равна «ПР» или «ФП») в качестве константы используется латинская буква «S».

Формат файла со сведениями об оказанной медицинской помощи описан в подразделах 6.1 - 6.4 приложения № 6 настоящей Инструкции.

Файл персональных данных

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

Формат файла персональных данных описан в подразделе 6.5 приложения № 6 настоящей Инструкции.

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», «D» указывается символ S (S-латинский символ).

Все три файла (2 для реестров счетов со сведениями о фактически оказанной медицинской помощи в рамках подушевого финансирования с полем IFIN равным ПР, ФП, 1 для счета по подушевому финансированию ПР и ФП) 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 счета на СМО «РГС-Медицина» (29031) в 2016 году за сентябрь месяц с порядковым номером 1.

Пакет счета имеет наименование - **HM290001S29031_16091.ZIP** и содержит файлы:

- SM290001S29031_16091.XML - Имя электронного счета
- HM290001S29031_16091.XML - Сведения о медицинской помощи

- LM290001S29031_16091.XML - Персональные данные

Пример:

Медицинской организацией ГБУЗ Архангельской области "Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич" (290101) сформирован Пакет счета на СМО СОГАЗ (29030) по подушевому финансированию за ноябрь 2021 года.

Пакет счета по подушевому нормативу финансирования (IFIN равна «ПР» или «ФП») имеет наименование - SM290101S29030_21111.ZIP и содержит 1 файл:

- SM290101S29030_21111.XML - Имя электронного счета

Пакет счета со сведениями о фактически оказанной медицинской помощи в рамках подушевого финансирования (IFIN равна «ПР» или «ФП») имеет наименование - HM290101S29030_21111.ZIP и содержит 2 файла:

- HM290101S29030_21111.XML
- LM290101S29030_21111.XML

или для реестров по профилактическим мероприятиям:

- DBM290101S29030_21112.XML
- LM290101S29030_21112.XML

Пакет экспертизы содержит два основных файла:

- протокол экспертизы (МЭК, МЭЭ, ЭКМП);
- электронное заключение;
- для пакета МЭК, формируемого в ТФОМС АО, включается третий файл визуализации заключения в формате PDF.

Начиная с января 2021 года МЭК проводится в ТФОМС, и протоколы МЭК направляются из ТФОМС АО как в адрес МО, так и в адрес СМО.

Протокол экспертизы

Имя файла формируется по следующему принципу:

HPiNiPpNr_YYMMN.XML, где

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

- М – МО;
 - S – СМО;
 - Nr – Номер получателя (реестровый номер МО или 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. Является уникальным для отправителя и получателя в пределах года.

Электронное заключение

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

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

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

Номер пакета экспертизы может не совпадать с номером исходного пакета счета. Тем не менее, должны соблюдаться требования по нумерации в части указания отчетного периода в номере пакета исходного счета

Пример пакета экспертизы к реестру счета NM290001S29031_16091:

- HS29031M290001_16091.XML – протокол экспертизы от СМО
 - AS29031M290001_16091.XML – электронное заключение от СМО
- или
- HT29M290001_1609NN.XML – протокол МЭК от ТФОМС
 - AT29M290001_1609NN.XML – электронное заключение МЭК от ТФОМС

Уведомление о получении пакета счета и пакета МЭК

Уведомление направляют МО и СМО в ответ на полученные счета и протоколы МЭК от ТФОМС. Наименование уведомлений совпадает с именем реестра счета или именем протокола МЭК, первая буква заменяется на «F».

Пример для файла HT29M290001_1609NN:

- FT29M290001_1609NN.XML – уведомление от МО
- FT29S29030_1609NN.XML – уведомление от СМО

Порядок применения пакетов экспертизы

Каждый последующий пакет экспертизы должен содержать (с накоплением) все результаты МЭК и проведенных над содержимым счета экспертиз.

В заголовке пакета экспертизы явным образом указывается наименование реестра счета и порядковый номер пакета экспертизы по данному счету (PROTOKOL_NUM).

Если поступает пакет с PROTOKOL_NUM меньшим, чем номер последней загруженной экспертизы, такой пакет должен быть отклонен от загрузки, как неактуальный.

6. Формат файлов информационного взаимодействия (реестров счетов и протоколов)

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

Таблица 6 Формат реестра счёта (кроме ВМП, диспансеризации и ЗНО)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
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
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.2.2» – с учетом региональных особенностей.
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME_SCH	Y	T(26)	Наименование файла основного реестра счета без расширения	Обязательно заполняется СМО в протоколах МЭК и экспертиз. В ответах на запрос страховой принадлежности – имя исходного файла.
	PROTOKOL_NUM	Y	N(4)	Порядковый номер пакета протокола	Обязательно заполняется СМО в протоколах МЭК и экспертиз . Для первого протокола МЭК к счёту указывается 1. Увеличивается последовательно на 1 с каждым сформированным пакетом экспертизы для данного счёта.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					При этом пакет содержит сведения о всех ранее наложенных санкциях и проведенных экспертизах по счету, с накоплением.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл (SL)
Счёт					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код в пределах МО (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 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	Y	T(15)	Номер счёта	Не заполняется для реестров счетов по каналам финансирования ПР, ФП (с 01.01.2022)
	DSCHET	Y	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД Не заполняется для реестров по каналам финансирования ПР, ФП (с 01.12.2021)
	PLAT	Y	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	$SUMMAV = \sum(SUMV)$
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС). $SUMMAP = \sum(SUMP)$
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. $SANK_MEK = \sum(\text{MAX}(SANK/S_SUM))$, если у максимальной санкции случая $S_TIP=1^*$)
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. $SANK_MEE = \sum(\text{MAX}(SANK/S_SUM))$, если у максимальной санкции случая $S_TIP = 2^*$)
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. $SANK_EKMP = \sum(\text{MAX}(SANK/S_SUM))$, если у максимальной санкции случая $S_TIP = [3 4]^*$)
	IFIN	O	T(10)	Канал финансирования (Таблица 4)	Для ОМС – пустая строка
Записи					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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	
	Z_SL	O	S	Сведения о законченном случае	Одинарный элемент.
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. Допустимы цифры, строчные и прописные буквы латинского алфавита, горизонтальные разделители
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. Для временного свидетельства обязательно указывать СМО (SMO или SMO_OGRN+SMO_OK), если страховка на другой территории
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия полиса ОМС старого образца	
	NPOLIS	Y	T(20)	Номер полиса старого образца или временного свидетельства	Обязательно заполняется, если VPOLIS<>3
	ENP	Y	T(16)	Единый номер полиса	Обязательно заполняется, если

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				обязательного медицинского страхования	VPOLIS=3, а также для запросов на определение СП
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС, только для полисов старого образца при наличии данных
	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.
	SMP_ZONE	У	T(6)	Зона обслуживания СМП	Региональный компонент. Заполняется ТФОМС в ответах на запрос страховой принадлежности. Определяется по коду МО прикрепления.
	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)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					или в случае отказа в признании лица инвалидом (0).
	MSE	У	N(1)	Направление на МСЭ	Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.
	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 по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков).
	VNOV_D	У	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию)	Код МО – юридического лица (МО-заказчик). Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK =1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2); 3. при формировании реестров взаиморасчетов заполняет МО - исполнитель : IFIN= (ЛИ, ДИ, ТМ, ПМ, ВР), услуг подраздела 3.124 РКУ (Тестирование на COVID-19)
	ORD_NO	У	T(40)	Номер направления на	Региональный компонент.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				госпитализацию из ЕИР	<p>Обязательно к заполнению в реестрах-счетах в СМО, случае:</p> <p>1) плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = (1, 2)), при наличии направления из МО Архангельской области;</p> <p>2) неотложной медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=2 и USL_OK =1) при наличии направления из МО Архангельской области;</p> <p>3) при следующей совокупности заполнения полей USL_OK = 3 (поликлиника), RSLT = 305/306 (направлен на госпитализацию/в дневной стационар);</p>
	NPR_DATE	У	D	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	<p>Заполняется на основании направления на лечение.</p> <p>Заполнение обязательно в случаях оказания:</p> <p>1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK=1);</p> <p>2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2);</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					3. при формировании реестров взаиморасчетов заполняет <u>МО-исполнитель</u> : IFIN= (ЛИ, ДИ, ТМ, ПМ, ВР), услуг подраздела 3.124 РКУ (Тестирование на COVID-19)
	NPR_NUM	У	T(50)	Номер направления на консультацию (исследование) в рамках взаиморасчетов	<u>Заполняет МО-исполнитель</u> . Обязательно к заполнению в реестрах IFIN= (ЛИ, ДИ, ТМ, ПМ, ВР)
	NPR_USL_OK	У	N(2)	Условия оказания медпомощи у <u>МО - заказчика</u>	Заполняет <u>МО-исполнитель</u> . Обязательно к заполнению в реестрах IFIN= (ЛИ, ДИ, ТМ, ПМ, ВР)
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003/F032.
	DATE_Z_1	О	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	О	D	Дата окончания лечения	
	KD_Z	У	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара/ <u>$KD_Z = \sum (KD)$</u>
	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.
	RSLT	О	N(3)	Результат обращения/ госпитализации	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					(Приложение А V009).
	NO_EKMP	У	N(2)	Экспертиза не проведена по объективным причинам	Заполняет плательщик по счету (СМО или ТФОМС) Указывается 1 при наличии объективных причин.
	ISHOD	О	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012).
	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.
	VB_P	У	N(1)	Признак внутрибольничного перевода	Указывается «1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом.
	SL	OM	S	Сведения о случае	
	IDSP	О	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	О	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение. $SUMV = \sum(SUM\ M)$
	OPLATA	У	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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). SUMP=SUMV-SANK_IT
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже SANK_IT=MAX(S_SUM)
	DSVED	У	S	Дополнительные сведения о случае	Региональный компонент
Сведения о случае					
SL	SL_ID	О	T(36)	Идентификатор GUID	Уникально идентифицирует элемент SL.
	SID_MIS	У	T(50)	Идентификатор случая в МИС	Заполняется для удобства поиска случая в МИС МО исполнителя
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	О	N(12)	Код отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020
	ADDR_CODE	О	T(16)	Код фактического адреса отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020
	PROFIL	О	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002 Приложения А.
	PROFIL_K	У	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020 Приложения А. Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара.
	DET	О	N(1)	Признак	0-нет, 1-да.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				детского возраста	Заполняется в зависимости от возрастного профиля оказанной медицинской помощи (до 18 лет или 18 лет и старше).
	P_CEL	У	T(3)	Цель посещения	Классификатор целей посещения V025 Приложения А. Обязательно к заполнению только для амбулаторных условий. Может не заполняться для реестров взаиморасчетов IFIN=(ЛИ, ДИ, ТМ, ПМ, ВР), если услуги не связаны с диспансерным наблюдением (ДН). Для консультаций при проведении ДН заполняется значением 1.3
	NHISTORY	О	T(50)	Номер истории болезни / талона амбулаторного пациента / карты вызова скорой медицинской помощи	В реестрах лабораторных исследований передается идентификатор пациента из направления МО заказчика
	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	О	D	Дата начала лечения	
	DATE_2	О	D	Дата окончания лечения	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	WEI	У	N(3.1)	Масса тела (кг)	Обязательно для заполнения с 01.01.2022, если в DS1 указано значение заболевания (U07.1 или U07.2) и REAB <> 1 и CRIT <> STT5 и USL_OK = 1 и DS2 <> IN (O00-O99, Z34-Z35) и возраст пациента на дату начала лечения больше или равно 18 лет
	KD	У	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара
	DS0	Н	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (отсутствие подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4). Указывается при наличии.
	DS1	О	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (отсутствие подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). Кроме реестров взаиморасчетов IFIN=(ЛИ, ДИ, ТМ, ПМ, ВР): не допускаются следующие значения: 1. первый символ кода основного диагноза «С»; 2. код основного диагноза входит в диапазон D00-D09

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					или D45-D47;
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (отсутствие подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (отсутствие подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	C_ZAB	У	N(1)	Характер основного заболевания	Классификатор характера заболевания V027 Приложения А. Обязательно к заполнению при оказании амбулаторной помощи, если основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z. Может не заполняться для реестров взаиморасчетов: IFIN=(ЛИ, ДИ, ТМ, ПМ, ВР)
	DN	У	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 - взят, 4 - снят по причине выздоровления, 6 - снят по другим причинам. Обязательно для заполнения, если P_CEL=1.3 Может не заполняться для реестров взаиморасчетов: IFIN=(ЛИ, ДИ, ТМ, ПМ, ВР)
	CODE_MES1	УМ	T(20)	Код МЭС	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	CODE_MES2	У	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	
	NAPR	УМ	S	Сведения о направлении на консультацию или обследование	Заполняет <u>МО-заказчик</u> в реестрах медпомощи при оформлении направления в другую МО (при оплате заказанных услуг путем взаиморасчетов).
	REAB	У	N(1)	Признак реабилитации	Указывается значение «1» для случаев реабилитации
	PRVS	О	N(4)	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC
	VERS_SPEC	О	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей (V021)
	IDDOKT	О	T(25)	Код лечащего	СНИЛС врача в

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	формате без разделителей
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	При способах оплаты IDSP=29,28 в обязательном порядке заполняется количеством элементов <USL> (SUMV_USL>0)
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Тариф с учётом всех примененных коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом – стоимость, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС)
	SUM_M	О	N(15.2)	Стоимость случая, выставленная к оплате	Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг. $SUM_M = \sum(SUMV_USL)$
	LEK_PR	УМ	S	Сведения о введенном (назначенном) лекарственном препарате	Обязательно для заполнения с 01.01.2022, если в DS1 указано значение заболевания (U07.1 или U07.2) и REAB <> 1 и ((CRIT <> STT5 и USL_OK = 1) или (USL_OK=3 и IDSP=29 и FOR_POM=3) или (P_CEL=1.0 или P_CEL=3.0)) и DS2 <> IN (O00-O99, Z34-Z35) и возраст пациента на дату начала лечения больше или равно 18

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					лет
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного случая.
	USL	ОМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Допускается указание услуг с нулевой стоимостью.
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	
Сведения о введенном (назначенном) лекарственном препарате					
LEK_PR	DATE_INJ	О	D(10)	Дата введения (назначения) лекарственного препарата	
	CODE_SH	О	T(10)	Код схемы лечения пациента/код группы препарата	Обязательно для заполнения с 01.01.2022, если в DS1 указано значение заболевания (U07.1 или U07.2) и REAB <> 1 и ((CRIT <> STT5 и USL_OK = 1) или (USL_OK=3 и IDSP=29 и FOR_POM=3) или (P_CEL=1.0 или P_CEL=3.0)) и DS2 <> IN (O00-O99, Z34-Z35) и возраст пациента на дату начала лечения больше или равно 18 лет. Заполняется значением поля "Код схемы/группы препаратов" справочника V032 "Сочетание схемы лечения и группы препаратов (CombTreat)"
	REGNUM	У	T(6)	Идентификатор лекарственного препарата	Обязательно для заполнения, если в справочнике V031

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					"Группы препаратов для лечения заболевания COVID-19 (GroupDrugs)" заполнено поле "Признак обязательности указания МНН". Заполняется значением поля "Идентификатор лекарственного препарата" справочника N020 "Классификатор лекарственных препаратов, применяемых при проведении лекарственной терапии (OnkLekp)"
	COD_MARK	У	T(100)	Код маркировки лекарственного препарата	Заполняется при наличии
	LEK_DOSE	У	S	Сведения о дозе введения (о дозе назначенного) лекарственного препарата	Обязательно для заполнения, если в справочнике V031 "Группа препаратов" заполнено поле "Признак обязательности указания МНН"
Сведения о дозе введения (о дозе назначенного) лекарственного препарата					
LEK_DOSE	ED_IZM	О	T(3)	Единица измерения дозы лекарственного препарата	Заполняется в соответствии с уникальным идентификатором справочника Министерства Здравоохранения РФ "Единицы измерения" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.13 58).
	DOSE_INJ	О	N(7.7)	Доза введения (назначенная доза) лекарственного препарата	
	METHOD_INJ	О	T(3)	Путь введения	Заполняется

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				(назначенного) лекарственного препарата	значением поля "Код" справочника Министерства Здравоохранения РФ "Пути введения лекарственных препаратов, в том числе для льготного обеспечения граждан лекарственными средствами" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.14 68)
	COL_INJ	O	N(5)	Количество введений (назначенного) лекарственного препарата	
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор экспертизы	Уникальный код санкции в формате GUID.
	S_SUM	O	N(15.2)	Сумма финансовой санкции	MAX(S_SUM)<=SUM_M Для экспертиз, по результатам которых санкции не были наложены, S_SUM=0 При выявлении ошибок на автоматизированном МЭК с оплаты снимается весь законченный случай, полностью.
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля (МЭК, МЭЭ, ЭКМП)	F006 Классификатор видов контроля, Приложение А
	S_OSN	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S_SUM не равна 0
	DATE_ACT	O	D	Дата заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NUM_ACT	O	T(30)	Номер заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	CODE_EXP	УМ	T(8)	Код эксперта качества медицинской помощи	Обязательно к заполнению в соответствии с F004/F042 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S_TIP>=30)
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая
	UID_MIS	У	T(50)	Идентификатор услуги в МИС	Заполняется для удобства поиска услуги в МИС МО исполнителя
	N_KSG	У	T(20)	Номер КСГ	Номер КСГ (V023) с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ.
	CRIT	УМ	T(10)	Классификационный критерий	Классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом Российской Федерации. Обязателен к заполнению: - в случае применения при оплате случая лечения по КСГ;
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003/F032
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение	Подразделение МО

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				МО	лечения из регионального справочника
	PODR	O	N(12)	Код отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020 при оказании услуги в МО лечения.
	ADDR_CODE	O	T(16)	Код фактического адреса отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020 при заполненном PODR услуги
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Классификатор V002Приложения А.
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001)/ Для услуг (IDSP=28) указывается в обязательном порядке
	DET	O	N(1)	Признак детского возраста	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от возрастного профиля оказанной медицинской помощи (до 18 лет или 18 лет и старше)
	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)	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	TARIF	O	N(15.2)	Тариф	Региональные особенности: указывается без учета КСЛП. Для учетных услуг =0
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Может принимать значение 0. Рассчитывается с учетом КСЛП: $SUMV_USL = ROUND((TARIF * KOL_USL * IT_SL), 2)$
	MED_DEV	УМ	S	Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека	Обязательно для заполнения по кодам услуг, входящих в справочник V036 "Перечень услуг, требующих имплантацию медицинских изделий (ServImplDv)".
	MR_USL_N	ОМ	S	Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу	
	NPL	У	N(1)	Неполный объем	Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объеме. 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

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DENTES	У	S	Сведения о пролеченных зубах	Региональный компонент. Номера СТГ, для которых указание зубов и поверхностей обязательно, определены приложением к Тарифному соглашению, в разделе «Порядок оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»
	REFERRAL_NO	У	T(40)	Номер направления из ЕИР	Региональный компонент. Номер направления на УЗИ, КТ, МРТ, эндоскопические, радионуклидные и гистологические исследования
	CONCLUSION	У	S	Сведения о медицинском заключении	Кто заполняет: <u>МО-исполнитель</u> в реестрах взаиморасчетов. Условия заполнения. В обязательном порядке заполняется в для: - телемедицинских консультаций (ТМ); - для очных консультаций онколога или гематолога в рамках диспансерного наблюдения (ПМ);
Сведения о медицинском заключении					
CONCLUSION	CONCL_NUM	O	T(50)	Номер заключения	Внешний номер
	CONCL_DATE	O	D	Дата заключения	
	CONCL_MD	УМ	S	Данные врачей, подписавших заключение	В обязательном порядке заполняется в реестрах «ТМ» и «ПМ» для онколога и

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					гематолога.
Данные врачей, подписавших заключение					
CONCL_MD	C_N	O	N(2)	Порядковый номер	
	PRVS	O	N(4)	Код специальности (V021)	
	CODE_MD	O	T(25)	Код врача, подписавшего заключение	СНИЛС без разделителей
Сведения об оформлении направления при взаиморасчетах (заполняет <u>МО-заказчик</u>)					
NAPR	NAPR_DATE	O	D	Дата направления	
	NAPR_MO	O	T(6)	Код МО, куда оформлено направление. Не совпадает с кодом LPU	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО
	NAPR_NUM	У	T(50)	Номер направления на консультацию (исследование), переданный исполнителю (при наличии)	Заполняет МО-заказчик при заказе исследований и консультаций в другой МО (при оплате заказанных услуг путем взаиморасчетов)
	NAPR_USL_CODE	У	T(20)	Код заказанной услуги	Код из раздела 6 <u>РКУ</u> заказанной услуги. Заполняет <u>МО-заказчик</u> при осуществлении межучрежденческих расчетов (взаиморасчетов)
Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека					
MED_DEV	DATE_MED	O	D(10)	Дата установки медицинского изделия	
	CODE_MEDDEV	O	N(6)	Код вида медицинского изделия	Заполняется в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					справочника Министерства Здравоохранения РФ "Виды медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и иных устройств для пациентов с ограниченными возможностями" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.10 79) Заполняется кодом из справочника, если для номенклатуры из V036 указан Parameter = 1 или Parameter = 3. Иначе указывается пустой элемент.
	NUMBER_SER	O	T(100)	Серийный номер	При отсутствии указывать маркировочный код
Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу					
MR_USL_N	MR_N	O	N(3)	Номер по порядку	
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Заполняется кодом специальности в соответствии с классификатором медицинских специальностей (должностей) (V021).
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, выполнившего медицинскую услугу	СНИЛС медработника в формате без разделителей
Сведения о применении КСЛП					
KSLP	IT_SL	O	N(1.5)	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

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					справочник КСЛП КСГ или КСЛП СТГ
	Z_SL	O	N(1.5)	Значение коэффициента КСЛП	
	VID_VME_KSLP	УМ	T(15)	Номенклатуры сочетанных оперативных вмешательств или однотипных операций на парных органах	V001
Сведения о пролеченных зубах					
DENTES	DENT	OM	S	Пролеченный зуб	
DENT	DENT_NUM	O	N(2)	№ зуба	«Порядок оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях», раздел 4, табл. 9
	SURFACES	У	S	Пролеченные поверхности	
SURFACES	SURF	OM	T(3)	Код поверхности	«Порядок оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях», раздел 4, табл. 10
Дополнительные сведения о случае					
DSVED	OSS	УМ	N(2)	Особые случаи	6 – пострадавший от противоправных действий 7 – аборт по медицинским показаниям 8 – осуществление диспансерного наблюдения на дому (при DN=1 и PCEL=1.3)
	LGOTA	УМ	N(2)	Льготы пациента	1 - инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, а также участники Великой Отечественной

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>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> <p>4 - работающие граждане, не</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>достигшие возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающие граждане, являющиеся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет;</p> <p>5 – участник СВО; 6 – член семьи участника СВО.</p>
	TLIZ	УМ	N(2)	Препарат(ы) для тромболизиса	Заполняется кодом препарата из регионального классификатора препаратов тромболизиса при USL_ОК=4 (СМП), вызов вне подшевного, коды РКУ 4.2.22.*
Сведения о проведении исследований на наличие респираторных инфекций					
	ORVI_TEST	УМ	S	Сведения о проведении исследований на наличие респираторных инфекций, включая коронавирус и вирус гриппа	ORVI_TEST в рамках законченного случая в КС, ДС, АМП (посещение в неотложной форме, обращение по поводу заболевания, разовое посещение с иными целями) при основном или сопутствующем диагнозе из перечня В34.0, В34.2, В34.9, В97.0, В97.4, J00-J06, J09-J18, J20-J22, U07.1, U07.2.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
ORVI_TEST	FACT_ORVI_TEST	O	N(1)	Факт проведения исследования на наличие респираторных инфекций, включая коронавирус и вирус гриппа	Заполняется в обязательном порядке при основном или сопутствующем диагнозе из перечня: B34.0, B34.2, B34.9, B97.0, B97.4, J00-J06, J09-J18, J20-J22, U07.1, U07.2. Заполняется значениями: 0 - если исследование не выполнялось; 1 - если исследование выполнялось.
	VID_VME	UM	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Заполняется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (справочник V001), а также Error! Reference source not found. Заполняется в случае, если поле FACT_ORVI_TEST = 1 Содержит указание на метод лабораторной диагностики Может быть указано несколько элементов VID_VME с кодами номенклатуры, если исследования (забор биоматериала) проводились в один день).
	DATE	У	D	Дата забора биоматериала	Заполняется в случае, если поле FACT_ORVI_TEST = 1. Дата забора биоматериала должна входить в границы дат законченного случая.

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
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
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
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.2.2» – с учетом региональных особенностей.
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME_SCH	Y	T(26)	Наименование файла основного реестра счета без расширения	Обязательно заполняется СМО в протоколах МЭК и экспертиз. В ответах на запрос страховой принадлежности – имя исходного файла.
	PROTOKOL_NUM	Y	N(4)	Порядковый номер пакета протокола	Обязательно заполняется СМО в протоколах МЭК и экспертиз . Для первого протокола МЭК к счету указывается 1. Увеличивается последовательно на 1 с каждым сформированным пакетом экспертизы для данного счета. При этом пакет содержит сведения о всех ранее наложенных санкциях и проведенных экспертизах по счету, с накоплением.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской помощи,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					включённых в файл. (SL)
Счёт					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счёта	Уникальный код в пределах МО (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 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	Y	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	$SUMMAV = \sum(SUMV)$
	COMENTS	Y	T(250)	Службное поле к счёту	
	SUMMAP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС). $SUMMAP = \sum(SUMP)$
	SANK_MEK	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. $SANK_MEK = \sum(\text{MAX}(SANK/S_SUM))$, если у максимальной санкции случая $S_TIP=1^*$)
	SANK_MEE	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					$SANK_MEE = \sum (MAX(SANK/S_SUM),$ если у максимальной санкции случая $S_TIP = 2^*$)
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. $SANK_EKMP = \sum (MAX(SANK/S_SUM),$ если у максимальной санкции случая $S_TIP = [3 4]^*$)
	IFIN	О	T(10)	Канал финансирования (Таблица 4)	Для ОМС – пустая строка
Записи					
ZAP	N_ZAP	О	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	О	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	О	S	Сведения о пациенте	
	Z_SL	О	S	Сведения о законченном случае	
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	О	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. Допустимы цифры, строчные и прописные буквы латинского алфавита, горизонтальные разделители
	VPOLIS	О	N(1)	Тип документа,	Заполняется в

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				подтверждающего факт страхования по ОМС	соответствии с F008 Приложения А. Для временного свидетельства обязательно указывать СМО (SMO или SMO_OGRN+SMO_OK), если страховка на другой территории
	SPOLIS	У	T(10)	Серия полиса ОМС старого образца	
	NPOLIS	У	T(20)	Номер полиса старого образца или временного свидетельства	Обязательно заполняется, если VPOLIS<>3
	ENP	У	T(16)	Единый номер полиса обязательного медицинского страхования	Обязательно заполняется, если VPOLIS=3, а также при определении СП
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС, только 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)	ОКATO 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.
	MSE	У	N(1)	Направление на МСЭ	Указывается «1» в случае передачи

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.
	NOVOR	O	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 по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков).
	VNOV_D	У	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
Сведения о законченном случае					
Z_SL	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	Классификатор форм оказания медицинской

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				помощи	помощи. Справочник V014 Приложения А
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2)
	NPR_DATE	У	D	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Заполняется на основании направления на лечение. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2)
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003/F032.
	DATE_Z_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	O	D	Дата окончания лечения	
	KD_Z	O	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара/ $KD_Z = \sum (KD)$
	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.
	RSLT	O	N(3)	Результат	Классификатор

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				обращения/ госпитализации	результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009).
	NO_EKMP	У	N(2)	Экспертиза не проведена по объективным причинам	Заполняет плательщик по счету (СМО или ТФОМС) Указывается 1 при наличии объективных причин.
	ISHOD	О	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012).
	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.
	SL	OM	S	Сведения о случае	
	IDSP	О	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	О	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение. $SUMV = \sum(SUM M)$
	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,	Заполняется СМО

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				принятая к оплате СМО (ТФОМС)	(ТФОМС). SUMP=SUMV-SANK_IT
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже: SANK_IT=MAX(S_SUM)
	DSVED	У	S	Дополнительные сведения о случае	Региональный компонент.
Сведения о случае					
SL	SL_ID	О	T(36)	Идентификатор GUID	Уникально идентифицирует элемент SL.
	SID_MIS	У	T(50)	Идентификатор случая в МИС	Заполняется для удобства поиска случая в МИС МО
	VID_HMP	О	T(12)	Вид высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 Приложения А
	METHOD_HMP	О	N(4)	Метод высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 Приложения А
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения в соответствии с региональным справочником
	PODR	О	N(12)	Код отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020
	ADDR_CODE	О	T(16)	Код фактического адреса отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020
	PROFIL	О	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002 Приложения А.
	PROFIL_K	О	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020 Приложения А.
	DET	О	N(1)	Признак детского возраста	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					возрастного профиля оказанной медицинской помощи (до 18 лет или 18 лет и старше)
	TAL_D	O	D	Дата выдачи талона на ВМП	Заполняется на основании талона на ВМП. Дата выдачи талона – не ранее DR и не позднее DATE_1
	TAL_NUM	O	T(20)	Номер талона на ВМП	Заполняется на основании талона на ВМП
	TAL_P	O	D	Дата планируемой госпитализации	Заполняется на основании талона на ВМП. TAL_P >= TAL_D
	NHISTORY	O	T(50)	Номер истории болезни	
	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 медицинской документацией.
	C_ZAB	У	N(1)	Характер основного заболевания	Классификатор характера заболевания V027 Приложения А. Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47)
	DS_ONK	O	N(1)	Признак подозрения на злокачественное новообразование	Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование.
	CODE_MES1	УМ	T(20)	Код МЭС	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта
	CODE_MES2	У	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	
	NAPR	УМ	S	Сведения об оформлении направления	Заполняется в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47). Дополнительно - заполняет <u>МО-заказчик</u> в основных реестрах медпомощи при оформлении направления в другую МО (при оплате заказанных услуг путем взаиморасчетов).
	CONS	УМ	S	Сведения о проведении консилиума	Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					или лечения. Обязательно к заполнению при подозрении на злокачественное новообразование (DS_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47). При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит.
	ONK_SL	У	S	Сведения о случае лечения онкологического заболевания	Обязательно для заполнения при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода диагноза по МКБ-10 - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47)
	PRVS	O	N(4)	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего историю болезни	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC
	VERS_SPEC	O	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей, например «V021».

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	IDDOKT	O	T(25)	Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни	СНИЛС врача в формате без разделителей
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	При способах оплаты IDSP=29,28 в обязательном порядке заполняется количеством элементов <USL> (SUMV_USL>0)
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47)
	SUM_M	O	N(15.2)	Стоимость случая, выставленная к оплате	$SUM_M = \sum(SUMV_USL)$
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного случая.
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	
Сведения об оформлении направления					
NAPR	NAPR_DATE	O	D	Дата направления	
	NAPR_MO	У	T(6)	Код МО, куда оформлено направление	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО.
	NAPR_NUM	У	T(50)	Номер направления на консультацию (исследование),	Заполняет <u>МО-заказчик</u> при заказе исследований и консультаций в другой МО (при оплате

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				переданный исполнителю (при наличии)	заказанных услуг путем взаиморасчетов)
	NAPR_USL_CODE	У	T(20)	Код заказанной услуги	Код из раздела 6 РКУ заказанной услуги. Заполняет МО-заказчик при осуществлении межучрежденческих расчетов (взаиморасчетов)
	NAPR_V	О	N(2)	Вид направления	Классификатор видов направления V028 Приложения А
	MET_ISSL	У	N(2)	Метод диагностического исследования	Если NAPR_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 Приложения А
	NAPR_USL	У	T(15)	Медицинская услуга (код), указанная в направлении	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET_ISSL
Сведения о проведении консилиума					
CONS	PR_CONS	О	N(1)	Цель проведения консилиума	Классификатор целей консилиума N019 Приложения А. Если консилиум не проводился, указывается значение 0.
	DT_CONS	У	D	Дата проведения консилиума	Обязательно заполнению, если консилиум проведен (PR_CONS={1,2,3})
Сведения о случае лечения онкологического заболевания					
ONK_SL	DS1_T	О	N(2)	Повод обращения	Классификатор поводов обращения N018 Приложения А
	STAD	У	N(3)	Стадия заболевания	Заполняется в соответствии со справочником N002 Приложения А. Обязательно к заполнению при

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2}).
	ONK_T	У	N(4)	Значение Tumor	Заполняется в соответствии со справочником N003 Приложения А Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	ONK_N	У	N(4)	Значение Nodus	Заполняется в соответствии со справочником N004 Приложения А Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	ONK_M	У	N(4)	Значение Metastasis	Заполняется в соответствии со справочником N005 Приложения А Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	MTSTZ	У	N(1)	Признак выявления отдалённых метастазов	Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1_T=1 или DS1_T=2). При выявлении отдалённых метастазов обязательно к заполнению значением 1
	SOD	У	N(4.2)	Суммарная очаговая доза	Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					(USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0».
	K_FR	У	N(2)	Количество фракций проведения лучевой терапии	Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0».
	WEI	У	N(3.1)	Масса тела (кг)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела
	HEI	У	N(3)	Рост (см)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела
	BSA	У	N(1.2)	Площадь поверхности тела (м ²)	
	B_DIAG	УМ	S	Диагностический блок	Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах
	B_PROT	УМ	S	Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах	Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения
	ONK_USL	ОМ	S	Сведения об	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				услуге при лечении онкологического заболевания	
Диагностический блок					
B_DIAG	DIAG_DATE	O	D	Дата взятия материала	Указывается дата взятия материала для проведения диагностики.
	DIAG_TIP	O	N(1)	Тип диагностического показателя	Обязательно к заполнению значениями: 1 – гистологический признак; 2 – маркер (ИГХ).
	DIAG_CODE	O	N(3)	Код диагностического показателя	При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 Приложения А. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 Приложения А.
	DIAG_RSLT	У	N(3)	Код результата диагностики	Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC_RSLT=1). При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008 Приложения А. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 Приложения А.
	REC_RSLT	У	N(1)	Признак получения результата диагностики	Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики
Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах					
B_PROT	PROT	O	N(1)	Код противопоказания или отказа	Заполняется в соответствии со справочником N001 Приложения А.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	D_PROT	O	D	Дата регистрации противопоказан ия или отказа	
Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания					
ONK_USL	USL_TIP	O	N(1)	Тип услуги	Заполняется в соответствии со справочником N013 Приложения А.
	HIR_TIP	У	N(1)	Тип хирургического лечения	При USL_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP<>1.
	LEK_TIP_L	У	N(1)	Линия лекарственной терапии	При USL_TIP=2 заполняется при лекарственной терапии в соответствии со справочником N015 Не подлежит заполнению при USL_TIP <> 2
	LEK_TIP_V	У	N(1)	Цикл лекарственной терапии	При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP <> 2
	LEK_PR	УМ	S	Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате	Обязательно к заполнению при USL_TIP=2 или USL_TIP=4
	PPTR	У	N(1)	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса	Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкометогенного

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					потенциала
	LUCH_TIP	У	N(1)	Тип лучевой терапии	При USL_TIP=3 или USL_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 3 или 4
Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате					
LEK_PR	REGNUM	О	T(6)	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии	Заполняется в соответствии с классификатором N020 Приложения А
	CODE_SH	У	T(10)	Код схемы лекарственной терапии	Заполняется в соответствии с классификатором V024 Приложения А. Обязательно к заполнению кроме случаев лечения ЗНО лимфоидной и кроветворной ткани (при USL_TIP>4) и кроме случаев лечения ЗНО детям до 18 лет (DET=1)
	DATE_INJ	ОМ	D	Дата введения лекарственного препарата	
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	О	T(36)	Идентификатор экспертизы	Уникальный код санкции в формате GUID.
	S_SUM	О	N(15.2)	Сумма финансовой санкции	$\sum(S_SUM) \leq SUM_M$ Для экспертиз, по результатам которых санкции не были наложены, S_SUM=0
	S_TIP	О	N(2)	Код вида контроля (МЭК, МЭЭ, ЭКМП)	F006 Классификатор видов контроля, Приложение А. При выявлении ошибок на автоматизированном МЭК с оплаты

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					снимается весь законченный случай, полностью.
	S_OSN	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S_SUM не равна 0
	DATE_ACT	О	D	Дата заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	NUM_ACT	О	T(30)	Номер заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	CODE_EXP	УМ	T(8)	Код эксперта качества медицинской помощи	Обязательно к заполнению в соответствии с F004/F042 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S_TIP>=30)
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	О	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	О	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая
	UID_MIS	У	T(50)	Идентификатор услуги в МИС	Заполняется для удобства поиска услуги в МИС МО исполнителя
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003/F032
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	О	N(12)	Код отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					Обязательно с 01.01.2020 при оказании услуги в МО лечения.
	ADDR_CODE	O	T(16)	Код фактического адреса отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020 при заполненном PODR услуги
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Классификатор V002 Приложения А.
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского вмешательства	В услуге ВМП заполняется кодом метода (V019) В услугах гемодиализа указывается номенклатура медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению в услугах гемодиализа и при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии (USL TIP={1,3,4})
	DET	O	N(1)	Признак детского возраста	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от возрастного профиля оказанной медицинской помощи (до 18 лет или 18 лет и старше)..
	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

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					до уровня подрубрики
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	
	TARIF	O	N(15.2)	Тариф	В соответствии с тарифным соглашением.
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	$SUMV_USL = ROUND((TARIF * KOL_USL), 2)$
	MR_USL_N	OM	S	Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу	
	COMENTU	У	T(250)	Служебное поле	
Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу					
MR_USL_N	MR_N	O	N(3)	Номер по порядку	
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Заполняется кодом специальности в соответствии с классификатором медицинских специальностей (должностей) (V021).
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, выполнившего медицинскую услугу	СНИЛС медработника в формате без разделителей
Дополнительные сведения о случае					
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

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>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> <p>4 - работающие граждане, не достигшие возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающие граждане, являющиеся получателями пенсии по старости или пенсии за</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					выслугу лет; 5 – участник СВО; 6 – член семьи участника СВО.
Сведения о проведении исследований на наличие респираторных инфекций					
	ORVI_TEST	УМ	S	Сведения о проведении исследований на наличие респираторных инфекций, включая коронавирус и вирус гриппа	ORVI_TEST в рамках законченного случая в КС, ДС, АМП (посещение в неотложной форме, обращение по поводу заболевания, разовое посещение с иными целями) при основном или сопутствующем диагнозе из перечня В34.0, В34.2, В34.9, В97.0, В97.4, J00-J06, J09-J18, J20-J22, U07.1, U07.2.
ORVI_TEST	FACT_ORVI_TEST	O	N(1)	Факт проведения исследования на наличие респираторных инфекций, включая коронавирус и вирус гриппа	Заполняется в обязательном порядке при основном или сопутствующем диагнозе из перечня В34.0, В34.2, В34.9, В97.0, В97.4, J00-J06, J09-J18, J20-J22, U07.1, U07.2. Заполняется значениями: 0 - если исследование не выполнялось; 1 - если исследование выполнялось.
	VID_VME	УМ	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Заполняется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (справочник V001), а также Error! Reference source not found. Заполняется в случае, если поле FACT_ORVI_TEST = 1 Содержит указание на метод лабораторной диагностики Может быть указано несколько элементов VID_VME с кодами

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					номенклатуры, если исследования (забор биоматериала) проводились в один день).
	DATE	У	D	Дата забора биоматериала	Заполняется в случае, если поле FACT_ORVI_TEST = 1. Дата забора биоматериала должна входить в границы дат законченного случая.

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
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
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
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значению «3.2.2» – с учетом региональных особенностей.
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME_SCH	Y	T(26)	Наименование файла основного реестра счета без расширения	Обязательно заполняется СМО в протоколах МЭК и экспертиз. В ответах на запрос страховой принадлежности – имя исходного файла.
	PROTOKOL_NUM	Y	N(4)	Порядковый номер пакета протокола	Обязательно заполняется СМО в протоколах МЭК и экспертиз. Для первого протокола МЭК к счету указывается 1. Увеличивается последовательно на 1 с каждым сформированным пакетом экспертизы для данного счета. При этом пакет

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					содержит сведения о всех ранее наложенных санкциях и проведенных экспертизах по счету, с накоплением.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл.(SL)
Счёт					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код в пределах МО (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 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	Y	T(15)	Номер счёта	Не заполняется для реестров счетов по каналам финансирования ПР, ФП (с 01.01.2022)
	DSCHET	Y	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД. Не заполняется для реестров счетов по каналам финансирования ПР, ФП (с 01.01.2022)
	PLAT	Y	T(5)	Плательщик.	Заполняется в

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				Реестровый номер СМО.	соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	$SUMMAV = \sum(SUM V)$
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС). $SUMMAP = \sum(SUMP)$
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Заполняется СМО (ТФОМС). $SANK_MEK = \sum(MAX(SANK/S_SUM))$, если у максимальной санкции случая $S_TIP=1^*$)
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. $SANK_MEE = \sum(MAX(SANK/S_SUM))$, если у максимальной санкции случая $S_TIP = 2^*$)
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. $SANK_EKMP = \sum(MAX(SANK/S_SUM))$, если у максимальной санкции случая $S_TIP = [3/4]^*$)
	DISP	O	T(3)	Тип диспансеризации	Классификатор типов диспансеризации V016

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	IFIN	O	T(10)	Канал финансирования (Таблица 4)	Для ОМС – пустая строка
Записи					
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	
	Z_SL	O	S	Законченный случай диспансеризации или профилактического осмотра	
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. Допустимы цифры, строчные и прописные буквы латинского алфавита, горизонтальные разделители
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. Для временного свидетельства обязательно указывать СМО (SMO или SMO_OGRN+SMO_OK), если страховка

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					на другой территории
	SPOLIS	У	T(10)	Серия полиса ОМС старого образца	
	NPOLIS	У	T(20)	Номер полиса старого образца или временного свидетельства	Обязательно заполняется, если VPOLIS<>3
	ENP	У	T(16)	Единый номер полиса обязательного медицинского страхования	Обязательно заполняется, если VPOLIS=3, а также в запросе на определение СП
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС только 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	Региональный компонент. Указывается только в случае медосмотра новорожденного до регистрации рождения

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).
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	O	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	VIDPOM	O	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А.
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003/F032.
	VBR	O	N(1)	Признак мобильной медицинской бригады	0 – нет; 1 – да.
	DATE_Z_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	O	D	Дата окончания лечения	
	P_OTK	O	N(1)	Признак отказа от диспансеризации / медосмотра	Имеет региональные особенности. Значение по умолчанию: «0» Случаи с отказами не передаются.
	RSLT_D	O	N(2)	Результат диспансеризации	Классификатор результатов диспансеризации

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					V017
	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.
	SL	O	S	Сведения о случае	
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Равна значению SUM_M вложенного элемента SL. $SUMV = \sum(SUM\ M)$
	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). $SUMP = SUMV - SANK_IT$
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже: $SANK_IT = MAX(S_SUM)$

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DSVED	У	S	Дополнительные сведения о случае	Региональный компонент.
Сведения о случае					
SL	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор GUID	Уникально идентифицирует элемент SL.
	SID_MIS	У	T(50)	Идентификатор случая в МИС	Заполняется для удобства поиска случая в МИС МО
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	NHISTORY	O	T(50)	Номер карты	
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа.
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	
	DS1	O	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 проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра
	DS_ONK	O	N(1)	Признак подозрения на злокачественное новообразование	Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование.
	PR_D_N	O	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о диспансерном

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 – состоит , 2 – взят 3 – не подлежит диспансерному наблюдению
	DS2_N	УМ	S	Сопутствующие заболевания	
	NAZ	УМ	S	Сведения об оформлении направления	Указывается отдельно для каждого направления.
	IDDOKT	У	T(25)	Код медицинского работника, ответственного за организацию и проведение профилактического осмотра и диспансеризации застрахованного лица	СНИЛС медицинского работника в формате без разделителей, заполняется при наличии назначений NAZ и DS_ONK=1, а так же при DSVED.ONK_DS_NEW = 1.
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	
	SUM_M	О	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	$SUM_M = \sum(SUMV_USL)$
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного случая.
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	
Сопутствующие заболевания					
DS2_N	DS2	О	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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
	PR_DS2_N	О	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания: 1 – состоит , 2 – взят 3 – не подлежит диспансерному наблюдению
Сведения об оформлении направления					
NAZ	NAZ_N	О	N(2)	Номер по порядку	
	NAZ_R	О	N(2)	Вид направления	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.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NAZ_IDDOKT	У	T(25)	Код врача, направившего на диагностическое исследование	СНИЛС врача в формате без разделителей , Заполнение обязательно в случаях оформления направления на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ_R={2,3} и DS_ONK=1) Обязательно к заполнению при DSVED.ONK_DS_NEW = 1 , в этом случае допускается NAZ_R=1 .
	NAZ_SP	У	N(4)	Специальность врача	Заполняется обязательно, если в поле NAZ_R проставлены коды 1 или 2. Классификатор V021.
	NAZ_V	У	N(1)	Метод диагностического исследования	Заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 Приложения А, если NAZ_R=3.
	NAZ_USL	У	T(15)	Медицинская услуга (код), указанная в направлении	Заполняется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001) только при направлении на обследование в случае подозрения на ЗНО (NAZ_R=3 и DS_ONK=1)
	NAPR_DATE	У	D	Дата направления	Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ_R={2,3} и DS_ONK=1). Обязательно к заполнению при DSVED.ONK_DS_NEW = 1, в этом случае допускается NAZ_R=1 .</p>
	NAPR_MO	У	Т(6)	Код МО, куда оформлено направление	<p>Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 Приложения А. Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ_R={2,3} и DS_ONK=1). Обязательно к заполнению при DSVED.ONK_DS_NEW = 1, в этом случае допускается NAZ_R=1 .</p>
	NAPR_NUM	У	Т(50)	Номер направления на консультацию (исследование) , переданный исполнителю (при наличии)	<p>Заполняет <u>МО-заказчик</u> при заказе исследований и консультаций в другой МО (при оплате заказанных услуг путем взаиморасчетов).</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NAPR_USL_CODE	У	T(20)		Код из раздела 6 <u>РКУ</u> заказанной услуги. Заполняет <u>МО-заказчик</u> при осуществлении межучрежденческих расчетов (взаиморасчетов)
	NAZ_PMP	У	N(3)	Профиль медицинской помощи	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлены коды 4 или 5. Классификатор V002.
	NAZ_PK	У	N(3)	Профиль койки	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлен код 6. Классификатор V020.
	NAZ_DATE	У	D	Плановая назначенная дата проведения диагностического исследования	Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ_R={2,3} и DS_ONK=1). Обязательно к заполнению при DSVED.ONK_DS_NEW = 1, в этом случае допускается NAZ_R=1.
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор экспертизы	Уникальный код санкции в формате GUID.
	S_SUM	O	N(15.2)	Сумма финансовой санкции	$\sum(S_SUM) \leq SUM_M$ Для экспертиз, по результатам которых санкции не были наложены, S_SUM=0. При выявлении ошибок на

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					автоматизированном МЭК с оплаты снимается весь законченный случай, целиком
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля (МЭК, МЭЭ, ЭКМП)	F006 Классификатор видов контроля, Приложение А
	S_OSN	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S_SUM не равна 0
	DATE_ACT	O	D	Дата заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	NUM_ACT	O	T(30)	Номер заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	CODE_EXP	УМ	T(8)	Код эксперта качества медицинской помощи	Обязательно к заполнению в соответствии с F004/F042 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S_TIP >= 30)
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая
	UID_MIS	У	T(50)	Идентификатор услуги в МИС	Заполняется для удобства поиска услуги в МИС МО исполнителя
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					указывается в соответствии с реестром F003/F032.
	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	O	N(15.2)	Тариф	Региональные особенности: соответствует Тарифному соглашению. Для учетных услуг =0
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	SUMV_USL= TARIF*1 (по умолчанию KOL_USL=1)
	MR_USL_N	OM	S	Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу	
	COMENTU	У	T(250)	Служебное поле	
Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу					
MR_USL_N	MR_N	O	N(2)	Номер по порядку	
	PRVS	У	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC. Не заполняется при P_OTK=1

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	CODE_MD	У	Т(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	СНИЛС медработника в формате без разделителей
Дополнительные сведения о случае					
DSVED	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</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>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> <p>4 - работающие граждане, не достигшие возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающие граждане, являющиеся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет;</p> <p>5 – участник СВО;</p> <p>6 – член семьи участника СВО.</p>
	P_OTK2	У	N(1)	Отказ пациента от прохождения II-го этапа профосмотра или диспансеризации	1 – отказ документально зафиксирован. Заполняется только в реестрах I этапа ДВН
	DISP2	У	S	Наполнение II-го этапа профилактического осмотра или диспансеризации несовершеннолетних	Для медицинской помощи с 01.01.2022
	ONK_DS_NEW	У	N(1)	Отметка о впервые выявленном случае онкологического	В обязательном порядке заполняется при

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				заболевания в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения	подтвержденном онкологическом диагнозе, который впервые выявлен в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения. Заполняется значением 1 - в случае, когда медицинская организация претендует на получение денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам.
Наполнение II-го этапа профилактического осмотра или диспансеризации несовершеннолетних					
DISP2	VID_VME	OM	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Заполняется в соответствии с номенклатурой V001. Применяется для услуг 3.87.1 и 3.134.1

**6.4. Формат файла (реестра счёта) со сведениями об оказанной
медицинской помощи при подозрении на злокачественное
новообразование или установленном диагнозе злокачественного
новообразования**

Таблица 9 Формат реестра счёта при ЗНО

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
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
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.2.2» – с учетом региональных особенностей.
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME_SCH	Y	T(26)	Наименование файла основного реестра счета без расширения	Обязательно заполняется СМО в протоколах МЭК и экспертиз. В ответах на запрос страховой принадлежности – имя исходного файла.
	PROTOKOL_NUM	Y	N(4)	Порядковый номер пакета протокола	Обязательно заполняется СМО в протоколах МЭК и экспертиз. Для первого протокола МЭК к счету указывается 1. Увеличивается последовательно на 1 с каждым сформированным пакетом экспертизы для данного счета. При этом пакет содержит сведения о всех ранее

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					наложенных санкциях и проведенных экспертизах по счету, с накоплением.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл. (SL)
Счёт					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код в пределах МО (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 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	7. Y	T(15)	Номер счёта	Не заполняется для счетов по каналам финансирования ПР, ФП (с 01.12.2021)
	DSCHET	Y	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД Не заполняется для счетов по каналам финансирования ПР, ФП (с 01.12.2021)
	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	$SUMMAV = \sum(SUMV)$

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				оплату	
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС). SUMMAP=Σ(SUMP)
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. SANK_MEK = Σ(MAX(SANK/S_SUM)), если у максимальной санкции случая S_TIP=1*)
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. SANK_MEE = Σ(MAX(SANK/S_SUM)), если у максимальной санкции случая S_TIP = 2*)
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. SANK_EKMP = Σ(MAX(SANK/S_SUM)), если у максимальной санкции случая S_TIP = [3 4]*)
	IFIN	У	T(10)	Канал финансирования (Таблица 4)	Для ОМС – пустая строка
Записи					
ZAP	N_ZAP	О	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	О	N(1)	Признак исправленной	0 – сведения об оказанной

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				записи	медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	Z_SL	O	S	Сведения о законченном случае	Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи включаются в счет при наличии в одном из случаев, входящих в законченный случай, сведений о выявлении подозрения на злокачественное новообразование (DS_ONK=1), или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09, D45-D47.
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. Допустимы цифры, строчные и прописные буквы латинского алфавита, горизонтальные разделители
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт	Заполняется в соответствии с F008 Приложения А.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				страхования по ОМС	Для временного свидетельства обязательно указывать СМО (СМО или SMO_OGRN+SMO_OK), если страховка на другой территории
	SPOLIS	У	T(10)	Серия полиса ОМС старого образца	
	NPOLIS	У	T(20)	Номер полиса старого образца или временного свидетельства	Номер полиса старого образца или временного свидетельства
	ENP	У	T(16)	Единый номер полиса обязательного медицинского страхования	Обязательно заполняется, если VPOLIS=3, а также в запросе на определение СП
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС, только для полисов старого образца, при наличии данных.
	СМО	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)	ОКATO 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.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SMP_ZONE	У	T(6)	Зона обслуживания СМП	Региональный компонент. Заполняется ТФОМС в ответах на запрос страховой принадлежности. Определяется по коду МО прикрепления.
	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).
	MSE	У	N(1)	Направление на МСЭ	Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.
	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 по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков, но не более 4).
	VNOV_D	У	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи включаются в счет при наличии в одном из случаев, входящих в законченный случай , сведений о выявлении подозрения на злокачественное новообразование (DS_ONK=1), или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09, D45-D47.
	USL_OK	О	N(2)	Условия оказания медицинской	Классификатор условий оказания медицинской помощи

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				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
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2) 3. амбулаторной медицинской помощи (USL_OK=3) при подозрении на злокачественное новообразование или установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» , или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09, D45-D47) при направлении из другой МО;
	ORD_NO	У	T(40)	Номер направления в	Региональный компонент.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				ЕИР	<p>Обязательно к заполнению в реестрах-счетах в СМО, случае:</p> <p>1) плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = (1, 2)), при наличии направления из МО Архангельской области;</p> <p>2) неотложной медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=2 и USL_OK =1) при наличии направления из МО Архангельской области;</p> <p>3) при следующей совокупности заполнения полей USL_OK = 3 (поликлиника), RSLT = 305/306 (направлен на госпитализацию/в дневной стационар)</p>
	NPR_DATE	У	D	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	<p>Заполняется на основании направления на лечение.</p> <p>Заполнение обязательно в случаях оказания:</p> <p>1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1);</p> <p>2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2)</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					3. амбулаторной медицинской помощи (USL_OK=3) при подозрении на злокачественное новообразование или установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09, D45-D47) при направлении из другой МО;
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003/F032.
	DATE_Z_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	O	D	Дата окончания лечения	
	KD_Z	У	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара. $KD_Z = \sum (KD)$
	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.
	RSLT	O	N(3)	Результат обращения/госпитализации	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009).
	NO_EKMP	У	N(2)	Экспертиза не проведена по	Заполняет плательщик по счету

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				объективным причинам	(СМО или ТФОМС) Указывается 1 при наличии объективных причин.
	ISHOD	O	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012).
	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.
	VB_P	У	N(1)	Признак внутрибольничного перевода	Указывается «1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом.
	SL	OM	S	Сведения о случае	
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение. $SUMV = \sum(SUM\ M)$
	OPLATA	У	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SUMP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС). SUMP=SUMV-SANK_IT
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже: SANK_IT=MAX(S_SUM)
	DSVED	У	S	Дополнительные сведения о случае	Региональный компонент
Сведения о случае					
SL	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор GUID	Уникально идентифицирует элемент SL.
	SID_MIS	У	T(50)	Идентификатор случая в МИС	Заполняется для удобства поиска случая в МИС МО
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	O	N(12)	Код отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020
	ADDR_CODE	O	T(16)	Код фактического адреса отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020
	PROFIL	O	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002 Приложения А.
	PROFIL_K	У	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020 Приложения А. Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара.
	DET	O	N(1)	Признак детского возраста	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от возрастного профиля

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					оказанной медицинской помощи (до 18 лет или 18 лет и старше)
	P_CEL	У	T(3)	Цель посещения	Классификатор целей посещения V025 Приложения А. Обязательно к заполнению для только амбулаторных условий.
	NHISTORY	О	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	О	D	Дата начала лечения	
	DATE_2	О	D	Дата окончания лечения	
	KD	У	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/ пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара
	DS0	Н	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (отсутствие подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). Указывается при

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					наличии.
	DS1	О	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (отсутствие подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)).
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (отсутствие подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (отсутствие подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). · Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	C_ZAB	У	N(1)	Характер основного заболевания	Классификатор характера заболевания V027 Приложения А. Обязательно к заполнению при

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи
	DS_ONK	О	N(1)	Признак подозрения на злокачественное новообразование	Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование.
	DN	У	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 - взят, 4 - снят по причине выздоровления, 6 - снят по другим причинам. Обязательно для заполнения, если P_CEL=1.3
	CODE_MES1	УМ	T(20)	Код МЭС	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	CODE_MES2	У	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	
	NAPR	УМ	S	Сведения об оформлении	Обязательно к заполнению в случае

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				направления	<p>оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования(первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47);</p> <p>Дополнительно - заполняет МО-заказчик при оформлении направления в другую МО (при оплате заказанных услуг путем взаиморасчетов).</p>
	CONS	УМ	S	Сведения о проведении консилиума	<p>Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения.</p> <p>Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования(первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47).</p>
	ONK_SL	У	S	Сведения о случае лечения онкологического заболевания	<p>Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47), если (USL_OK не равен 4 и REAB не равен 1 и DS_ONK не равен 1)
	REAB	У	N(1)	Признак реабилитации	Указывается значение «1» для случаев реабилитации
	PRVS	О	N(4)	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC
	VERS_SPEC	О	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей
	IDDOKT	О	T(25)	Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	СНИЛС врача в формате без разделителей
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	При способах оплаты IDSP=29,28 в обязательном порядке заполняется количеством элементов <USL> (SUMV_USL>0)
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Тариф с учётом всех примененных коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом – стоимость, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					ОМС). Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47)
	SUM_M	O	N(15.2)	Стоимость случая, выставленная к оплате	$SUM_M = \sum(SUMV_U SL)$
	SANK	YM	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного случая.
	USL	OM	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Допускается указание услуг с нулевой стоимостью.
	COMENTSL	Y	T(250)	Служебное поле	
Сведения об оформлении направления					
NAPR	NAPR_DATE	O	D	Дата направления	
	NAPR_MO	Y	T(6)	Код МО, куда оформлено направление	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО.
	NAPR_NUM	Y	T(50)	Номер направления на консультацию (исследование), переданный	<u>Заполняет МО-заказчик</u> в основных реестрах медпомощи при оформлении направления в

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				исполнителю (при наличии)	другую МО (при оплате заказанных услуг путем взаиморасчетов).
	NAPR_USL_CODE	У	T(20)	Код заказанной услуги	Код из раздела 6 РКУ заказанной услуги. Заполняет МО-заказчик при осуществлении межучрежденческих расчетов (взаиморасчетов)
	NAPR_V	О	N(2)	Вид направления	Классификатор видов направления V028 Приложения А
	MET_ISSL	У	N(2)	Метод диагностического исследования	Если NAPR_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 Приложения А
	NAPR_USL	У	T(15)	Медицинская услуга (код), указанная в направлении	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET_ISSL
Сведения о проведении консилиума					
CONS	PR_CONS	О	N(1)	Цель проведения консилиума	Классификатор целей консилиума N019 Приложения А
	DT_CONS	У	D	Дата проведения консилиума	Обязательно к заполнению, если консилиум проведен (PR_CONS={1,2,3})
Сведения о случае лечения онкологического заболевания					
ONK_SL	DS1_T	О	N(2)	Повод обращения	Классификатор поводов обращения N018 Приложения А.
	STAD	У	N(3)	Стадия заболевания	Заполняется в соответствии со справочником N002 Приложения А. Обязательно к

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1_T={0,1,2,3,4}).
	ONK_T	У	N(4)	Значение Tumor	Заполняется в соответствии со справочником N003 Приложения А. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	ONK_N	У	N(4)	Значение Nodus	Заполняется в соответствии со справочником N004 Приложения А. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	ONK_M	У	N(4)	Значение Metastasis	Заполняется в соответствии со справочником N005 Приложения А. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	MTSTZ	У	N(1)	Признак выявления отдалённых метастазов	Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1_T=1 или DS1_T=2). При выявлении отдалённых метастазов

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					обязательно к заполнению значением 1
	SOD	У	N(4.2)	Суммарная очаговая доза	Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0».
	K_FR	У	N(2)	Количество фракций проведения лучевой терапии	Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0»
	WEI	У	N(3.1)	Масса тела (кг)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела
	HEI	У	N(3)	Рост (см)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела
	BSA	У	N(1.2)	Площадь поверхности тела (м ²)	
	B_DIAG	УМ	S	Диагностический блок	Содержит сведения о проведенных исследованиях и их

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					результатах
	B_PROT	УМ	S	Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах	Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения
	ONK_USL	УМ	S	Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания	Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2) при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2})
Диагностический блок					
B_DIAG	DIAG_DATE	O	D	Дата взятия материала	Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. Дата взятия материала должна входить в сроки случая лечения
	DIAG_TIP	O	N(1)	Тип диагностического показателя	Обязательно к заполнению значениями: 1 – гистологический признак; 2 – маркер (ИГХ).
	DIAG_CODE	O	N(3)	Код диагностического показателя	При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 Приложения А. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 Приложения А.
	DIAG_RSLT	У	N(3)	Код результата диагностики	Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					(REC_RSLT =1). При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008 Приложения А. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 Приложения А.
	REC_RSLT	У	N(1)	Признак получения результата диагностики	Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики
Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах					
B_PROT	PROT	О	N(1)	Код противопоказани я или отказа	Заполняется в соответствии со справочником N001 Приложения А.
	D_PROT	О	D	Дата регистрации противопоказани я или отказа	
Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания					
ONK_USL	USL_TIP	О	N(1)	Тип услуги	Заполняется в соответствии со справочником N013 Приложения А.
	HIR_TIP	У	N(1)	Тип хирургического лечения	При USL_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP < 1.
	LEK_TIP_L	У	N(1)	Линия лекарственной терапии	При USL_TIP=2 заполняется при лекарственной терапии в соответствии со справочником N015 Не подлежит заполнению при USL_TIP < 2
	LEK_TIP_V	У	N(1)	Цикл лекарственной терапии	При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					справочником N016 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP < 2
	LEK_PR	УМ	S	Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате	Обязательно к заполнению при USL_TIP=2 или USL_TIP=4
	PPTR	У	N(1)	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса	Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала
	LUCH_TIP	У	N(1)	Тип лучевой терапии	При USL_TIP=3 или USL_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 3 или 4
Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате					
LEK_PR	REGNUM	О	T(6)	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии	Заполняется в соответствии с классификатором N020 Приложения А
	CODE_SH	У	T(10)	Код схемы лекарственной терапии	Заполняется в соответствии с классификатором V024 Приложения А Обязательно к заполнению кроме

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					случаев лечения ЗНО лимфоидной и кроветворной ткани (при USL_TIP>4) и кроме случаев лечения ЗНО детям до 18 лет (DET=1)
	DATE_INJ	OM	D	Дата введения лекарственного препарата	
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор экспертизы	Уникальный код санкции в формате GUID.
	S_SUM	O	N(15.2)	Сумма финансовой санкции	Σ (S_SUM) ≤ SUM_M Для экспертиз, по результатам которых санкции не были наложены, S_SUM=0. При выявлении ошибок на автоматизированном МЭК с оплаты снимается весь законченный случай, целиком.
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля (МЭК, МЭЭ, ЭКМП)	F006 Классификатор видов контроля, Приложение А
	S_OSN	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S_SUM не равна 0
	DATE_ACT	O	D	Дата заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	NUM_ACT	O	T(30)	Номер заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	CODE_EXP	УМ	T(8)	Код эксперта качества медицинской помощи	Обязательно к заполнению в соответствии с F004/F042 (Реестр

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S_TIP>=30)
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	О	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	О	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая
	UID_MIS	У	T(50)	Идентификатор услуги в МИС	Заполняется для удобства поиска услуги в МИС МО исполнителя
	N_KSG	У	T(20)	Номер КСГ	Номер КСГ (V023) с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ.
	CRIT	УМ	T(10)	Классификационный критерий	Классификационный критерий (V024). Обязателен к заполнению: 1. в случае применения при оплате случая лечения по КСГ; 2. в случае применения при злокачественном новообразовании: - лучевой терапии (кроме радионуклидной терапии), - лекарственных препаратов, применяемых в сочетании с лучевой терапией, - схемы лекарственной терапии, указанной в группировщике КСГ

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003/F032
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	O	N(12)	Код отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020 при оказании услуги в МО лечения.
	ADDR_CODE	O	T(16)	Код фактического адреса отделения	Региональный сегмент реестра МО в формате приказа 59 (МО-59). Обязательно с 01.01.2020 при заполненном PODR услуги
	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). Обязательно к заполнению: для услуг диализа, для услуг, условие оказания которых является тарифообразующим, в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47).
	DET	O	N(1)	Признак детского возраста	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от возрастного профиля оказанной медицинской помощи (до 18 лет или 18 лет и старше)
	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	O	N(15.2)	Тариф	Региональные особенности: указывается без учета КСЛП. Для учетных услуг =0
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Может принимать значение 0. Рассчитывается с учетом КСЛП: $SUMV_USL = ROUND((TARIF * KOL_USL * IT_SL), 2)$
	MR_USL_N	OM	S	Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу	
	NPL	Y	N(1)	Неполный объем	Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объеме. 1 – документированный

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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 к Тарифному соглашению, в разделе «Порядок оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»
	REFERRAL_NO	У	T(40)	Номер направления из ЕИР	Региональный компонент Номер направления на УЗИ, КТ, МРТ, эндоскопические, радионуклидные и гистологические исследования
	CONCLUSION	У	S	Сведения о медицинском заключении	Кто заполняет: МО-заказчик в случаях диспансерного наблюдения пациентов с ЗНО. Условия заполнения. В обязательном порядке заполняется: - в учетной услуге случая диспансерного наблюдения пациентов с ЗНО при заказе консультации у онколога или гематолога в иной медицинской организации.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу					
MR_USL_N	MR_N	O	N(3)	Номер по порядку	
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Заполняется кодом специальности в соответствии с классификатором медицинских специальностей (должностей) (V021).
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, выполнившего медицинскую услугу	СНИЛС медработника в формате без разделителей
Сведения о применении КСЛП					
KSLP	IT_SL	O	N(1.5)	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
	Z_SL	O	N(1.5)	Значение коэффициента КСЛП	
	VID_VME_KSLP	УМ	T(15)	Номенклатуры сочетанных оперативных вмешательств или однотипных операций на парных органах	V001
Сведения о пролеченных зубах					
DENTES	DENT	OM	S	Пролеченный зуб	
DENT	DENT_NUM	O	N(2)	№ зуба	«Порядок оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях», раздел 4, табл. 9
	SURFACES	У	S	Пролеченные	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				поверхности	
SURFACES	SURF	OM	T(3)	Код поверхности	«Порядок оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях», раздел 4 , табл. 10
Дополнительные сведения о случае					
DSVED	OSS	УМ	N(2)	Особые случаи	6 – пострадавший от противоправных действий 7 – аборт по медицинским показаниям 8 – осуществление диспансерного наблюдения на дому (при DN=1 и PCEL=1.3)
	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 общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>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> <p>4 - работающие граждане, не достигшие возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающие граждане, являющиеся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет;</p> <p>5 – участник СВО;</p> <p>6 – член семьи участника СВО.</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	TLIZ	УМ	N(2)	Препарат(ы) для тромболизиса	Заполняется кодом препарата из регионального классификатора препаратов тромболизиса при USL_OK=4 (СМП), вызов вне подшевного, коды РКУ 4.2.22.*
	ONK_DS_NEW	У	N(1)	Отметка о впервые выявленном случае онкологического заболевания в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения (заявка на доплату)	В обязательном порядке заполняется при подтвержденном онкологическом диагнозе, который впервые выявлен в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения. Заполняется значением 1 - в случае, когда медицинская организация претендует на получение денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам;
Сведения о медицинском заключении					
CONCLUSION	CONCL_NUM	O	T(50)	Номер заключения	Внешний номер
	CONCL_DATE	O	D	Дата заключения	
	CONCL_MD	УМ	S	Данные врачей, подписавших заключение	
Данные врачей, подписавших заключение					
CONCL_MD	C_N	O	N(2)	Порядковый номер	
	PRVS	O	N(4)	Код специальности (V021)	
	FAM_MD	O	T(40)	Фамилия врача	
	IM_MD	O	T(40)	Имя врача	
	OT_MD	У	T(40)	Отчество врача	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Сведения о проведении исследований на наличие респираторных инфекций					
	ORVI_TEST		S	Сведения о проведении исследований на наличие респираторных инфекций, включая коронавирус и вирус гриппа	ORVI_TEST в рамках законченного случая в КС, ДС, АМП (посещение в неотложной форме, обращение по поводу заболевания, разовое посещение с иными целями) при основном или сопутствующем диагнозе из перечня В34.0, В34.2, В34.9, В97.0, В97.4, J00-J06, J09-J18, J20-J22, U07.1, U07.2.
ORVI_TEST	FACT_ORVI_TEST	O	N(1)	Факт проведения исследования на наличие респираторных инфекций, включая коронавирус и вирус гриппа	Заполняется в обязательном порядке при основном или сопутствующем диагнозе из перечня: В34.0, В34.2, В34.9, В97.0, В97.4, J00-J06, J09-J18, J20-J22, U07.1, U07.2. Заполняется значениями: 0 - если исследование не выполнялось; 1 - если исследование выполнялось.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	VID_VME	УМ	Т(15)	Вид медицинского вмешательства	<p>Заполняется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (справочник v001), а также Error! Reference source not found. Заполняется в случае, если поле FACT_ORVI_TEST = 1</p> <p>Содержит указание на метод лабораторной диагностики. Может быть указано несколько элементов VID_VME с кодами номенклатуры, если исследования (забор биоматериала) проводились в один день).</p>
	DATE	У	D	Дата забора биоматериала	<p>Заполняется в случае, если поле FACT_ORVI_TEST = 1. Дата забора биоматериала должна входить в границы дат законченного случая.</p>

6.5. Формат файла персональных данных

Таблица 10 Формат файла персональных данных

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
PERS_LIS T	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	PERS	OM	S	Данные	Содержит персональные данные пациента
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.2.2».
	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.
Данные					
PERS	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи. Допустимы цифры, строчные и прописные буквы латинского алфавита, горизонтальные разделители.
	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.
	IM	Y	T(40)	Имя пациента	
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					Для детей при отсутствии данных 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	Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4». 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». 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
	DOST	UM	N(1)	Код	1 – отсутствует

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				надёжности идентификации пациента	отчество; 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 документе УДЛ в поле DOST_P обязательно включается
	IM_P	У	T(40)	Имя представителя пациента	
	OT_P	У	T(40)	Отчество представителя пациента	
	W_P	У	N(1)	Пол представителя пациента	
	DR_P	У	D	Дата рождения представителя пациента	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>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 представителя	<p>1 – отсутствует отчество;</p> <p>2 – отсутствует фамилия;</p> <p>3 – отсутствует имя;</p> <p>4 – известен только месяц и год даты рождения;</p> <p>5 – известен только год даты рождения;</p> <p>6 – дата рождения не</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место.
	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	F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность». При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	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.
	DOC DATE	У	D	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к заполнению для застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы
	DOCORG	У	T(1000)	Наименование органа, выдавшего документ,	При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				удостоверяющей личностью	заполнению для застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы
	SNILS	У	T(14)	СНИЛС пациента или представителя	СНИЛС без разделителей. Указывается при наличии.
	ОКАТОГ	У	T(11)	Код места жительства по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений
	ОКАТОР	У	T(11)	Код места пребывания по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений
	СОМЕНТР	У	T(250)	Служебное поле	

6.6. Формат протокола ФЛК

Таблица 11 Формат протокола ФЛК

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
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.
Причины отказа					
PR	OSHIB	O	N(3)	Код ошибки	В соответствии с классификатором F014 или классификатором F012 (опубликован на сайте ТФОМС АО в разделе «Справочники НСИ»)
	IM_POL	Y	T(50)	Имя поля	Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	ZN_POL	Y	T(100)	Значение поля, вызвавшее ошибку	Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	NSCHET	Y	T(15)	Номер счета	Номер счета, в котором обнаружена ошибка. Не заполняется для реестров счетов по каналам финансирования ПР, ФП (с 01.01.2022)
	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	Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом. Допустимы цифры, строчные и прописные буквы латинского алфавита, горизонтальные разделители

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	N_ZAP	У	T(36)	Номер записи	Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка.
	IDCASE	У	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Номер случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «Z_SL», в том числе во входящих в него услугах).
	SL_ID	У	T(36)	Идентификатор случая	Идентификатор случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «SL», в том числе во входящих в него услугах).
	IDDOKT	УМ	T(25)	Код врача, закрывшего талон	СНИЛС без разделителей
	SID_MIS	У	T(50)	Идентификатор случая в МИС	Заполняется при наличии в реестре счета
	UID_MIS	У	T(50)	Идентификатор услуги в МИС	Заполняется при наличии в реестре счета
	IDSERV	У	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL»).
	COMMENT	У	T(250)	Комментарий	Описание ошибки.

Цветовая легенда:

Изменения, добавляемые текущей редакцией регламента

Региональные особенности и дополнения

6.7. Формат протокола МЭК

Таблица 12 Файл протокола МЭК

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
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
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.2.2»
	DATA	O	D	Дата	В формате ГТТГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME_SCH	У	T(26)	Наименование файла основного реестра счета без расширения	Обязательно заполняется ТФОМС в протоколах
	PROTOKOL_NUM	У	N(4)	Порядковый номер пакета протокола	Обязательно заполняется СМО в протоколах МЭК и экспертиз . Для первого протокола МЭК к счету указывается 1. Увеличивается последовательно на 1 с каждым сформированным пакетом экспертизы для данного счета. При этом пакет содержит сведения о всех ранее наложенных санкциях и проведенных экспертизах по счету, с накоплением.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					помощи, включённых в файл (SL)
Счёт					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код в пределах МО (например, порядковый номер). Применяется для связи с основным счетом
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032 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	У	T(15)	Номер счёта	Не заполняется для реестров счетов по каналам финансирования ПР, ФП (с 01.01.2022)
	DSCHET	У	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД Не заполняется для реестров счетов по каналам финансирования ПР, ФП (с 01.01.2022)
	PLAT	У	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	$SUMMAV = \sum(SUMV)$
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС). $SUMMAP = \sum(SUMP)$
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. $SANK_MEK = \sum(MAX(SANK/S_SUM))$, если у максимальной санкции случая $S_TIP=1^*$)
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. $SANK_MEE = \sum(MAX(SANK/S_SUM))$, если у максимальной санкции случая $S_TIP = 2^*$)
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. $SANK_EKMP = \sum(MAX(SANK/S_SUM))$, если у максимальной санкции случая $S_TIP = [3 4]^*$)
	DISP	У	T(3)	Тип диспансеризации	Классификатор типов диспансеризации V016
	IFIN	О	T(10)	Канал финансирования (Таблица 4)	Для ОМС – пустая строка
Записи					
ZAP	N_ZAP	О	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	О	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	Z_SL	O	S	Сведения о законченном случае	Одинарный элемент.
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. Допустимы цифры, строчные и прописные буквы латинского алфавита, горизонтальные разделители.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. Для временного свидетельства обязательно указывать СМО (SMO или SMO_OGRN+SMO_OK), если страховка на другой территории
	SPOLIS	У	T(10)	Серия полиса ОМС старого образца	
	NPOLIS	У	T(20)	Номер полиса старого образца или временного свидетельства	Номер полиса старого образца или временного свидетельства
	ENP	У	T(16)	Единый номер полиса обязательного медицинского страхования	Обязательно заполняется, если VPOLIS=3, а также в запросе на определение СП

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется ТФОМС в соответствии со справочником. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются ТФОМС при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	
	MCOD_RPN	У	T(6)	МО прикрепления	Региональный компонент. Заполняется ТФОМС данными РПН по результатам проверки МО прикрепления.
	SMP_ZONE	У	T(6)	Зона обслуживания СМП	Региональный компонент. Заполняется ТФОМС по результатам проверки МО прикрепления.
	UNRZ	У	T(15)	Идентификатор пациента в Федеральном регистре лиц, больных COVID-19	Заполняется ТФОМС по результатам сверки с репликой Федерального регистра на дату последнего обновления
	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 по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков).
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	O	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	DATE_Z_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	O	D	Дата окончания лечения	
	SL	OM	S	Сведения о случае	
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение. $SUMV = \sum(SUM_M)$
	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). $SUMP = SUMV - SANK_IT$
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже $SANK_IT = MAX(S_SUM)$

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Сведения о случае					
SL	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор GUID	Уникально идентифицирует элемент SL.
	IDDOKT	Y	T(25)	Код врача, закрывшего талон	СНИЛС без разделителей
	SID_MIS	Y	T(50)	Идентификатор случая в МИС	Заполняется для удобства поиска случая в МИС МО исполнителя
	PROFIL	O	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002 Приложения А.
	PROFIL_K	Y	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020 Приложения А. Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара.
	NHISTORY	O	T(50)	Номер истории болезни / талона амбулаторного пациента / карты вызова скорой медицинской помощи	В реестрах лабораторных исследований передается идентификатор пациента из направления МО заказчика
	SUM_M	O	N(15.2)	Стоимость случая, выставленная к оплате	Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг. $SUM_M = \sum(SUMV_USL)$
	SANK	YM	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного случая.
	USL	OM	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Допускается указание услуг с нулевой стоимостью.
	COMENTSL	Y	T(250)	Служебное поле	
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор экспертизы	Уникальный код санкции в формате GUID.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	S_SUM	O	N(15.2)	Сумма финансовой санкции	MAX(S_SUM)<=SUM_M Для экспертиз, по результатам которых санкции не были наложены, S_SUM=0 При выявлении ошибок на автоматизированном МЭК с оплаты снимается весь законченный случай, полностью.
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля (МЭК, МЭЭ, ЭКМП)	F006 Классификатор видов контроля, Приложение А
	S_OSN	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S_SUM не равна 0
	DATE_ACT	O	D	Дата заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	NUM_ACT	O	T(30)	Номер заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	CODE_EXP	УМ	T(8)	Код эксперта качества медицинской помощи	Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S_TIP>=30)
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	UID_MIS	У	T(50)	Идентификатор услуги в МИС	Заполняется для удобства поиска услуги в МИС МО исполнителя
	CODE_USL	О	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг
	KOL_USL	О	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	
	TARIF	О	N(15.2)	Тариф	Региональные особенности: указывается без учета КСЛП. Для учетных услуг =0
	SUMV_USL	О	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Может принимать значение 0. Рассчитывается с учетом КСЛП: $SUMV_USL = ROUND((TARIF * KOL_USL * IT_SL), 2)$
	COMENTU	У	T(250)	Служебное поле	
	KSLP	У	S	Сведения о применении КСЛП	Региональный компонент
Сведения о применении КСЛП					
KSLP	IT_SL	О	N(1.5)	Примененный КСЛП	Итоговое значение КСЛП для данного случая. Указывается только при использовании.
	SL_KOEF	ОМ	S	КСЛП	Сведения о применённых КСЛП.
SL_KOEF	IDSL	О	N(4)	Номер КСЛП	Региональный справочник КСЛП КСГ или КСЛП СТГ
	Z_SL	О	N(1.5)	Значение коэффициента КСЛП	
	VID_VME_KSLP	УМ	T(15)	Номенклатуры сочетанных оперативных вмешательств или однотипных операций на парных органах	V001

6.8. Формат уведомления о получении пакета

Таблица 13 Уведомление о получении пакета

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ACCEPT_N OTE	FILENAME	O	T(26)	Наименование пакета МЭК	Наименование полученного протокола
	ACCEPT_DATE	O	D	Дата-время получения протокола МЭК	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	EXEC_NAME	O	T(255)	ФИО руководителя организации	
	EXEC_POSITION	O	T(255)	Наименование должности руководителя	
	PREP_BY_NAME	O	T(255)	ФИО уполномоченного лица	
	PREP_BY_POSITION	O	T(255)	Должность уполномоченного лица	

ФИО и должность уполномоченного лица подразумевает сведения о лице, уполномоченного на ознакомление со счетами, реестрами счетов, результатами заключений МЭК и их подписание со стороны медицинской организации и/или со стороны страховой медицинской организации.

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_MO» 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_Z_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, 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 Z_SL (после элемента NPR_MO) добавляется поле **ORD_NO** с указанием номера направления на госпитализацию в [ЕИР](#).

Медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, заполняют поле ORD_NO при следующих условиях:

- Поле условий оказания медицинской помощи USL_OK=3 (поликлиника) **И**
- поле результата посещения или обращения RSLT=305 (направлен на госпитализацию) **ИЛИ**

- поле результата посещения или обращения RSLT=306 (направлен в дневной стационар) **ИЛИ**
- поле NAZ_R=4 «направлен в дневной стационар» или 5 «направлен на госпитализацию».

Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, заполняют поле ORD_NO для всех случаев (кроме ВМП), включая как случаи плановой госпитализации, так и случаи экстренной госпитализации.

Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь в условиях дневного стационара, заполняют поле ORD_NO для всех случаев.

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».

8.4. Предоставление сведений об осуществлении диспансерного наблюдения на дому (при DN=1 и PCEL=1.3)

В случае осуществления диспансерного наблюдения на дому информирование о подобных случаях должно осуществляться заполнением элемента OSS узла дополнительных сведений DSVED кодом 8 – «Осуществление диспансерного наблюдения на дому (при DN=1 и PCEL=1.3)».

8.5. Предоставление сведений об оказанной медицинской помощи участникам специальной военной операции, а также членам их семей

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 03.04.2023 № 232 «О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества»», абзацами 2 и 3 подпункта «в» пункта 2 Указа, с целью организации специализированного учета оказанной медицинской помощи участникам специальной военной операции (далее – СВО), а также родственникам участников СВО, в формат реестров счетов всех типов в элемент LGOTA блока DSVED добавлены новые коды:

5 – участник СВО.

В соответствии с абзацами 2 и 3 подпункта «в» пункта 2 Указа, участниками СВО считаются:

- ветераны боевых действий, принимавшие участие (содействовавшие выполнению задач) в СВО на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины с 24 февраля 2022 г., на территориях Запорожской области и Херсонской области с 30 сентября 2022 г., уволенные с военной службы (службы, работы);
- лицам, принимавшим в соответствии с решениями органов публичной власти Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики участие в боевых действиях в составе Вооруженных Сил Донецкой Народной Республики, Народной милиции Луганской Народной Республики, воинских формирований и органов Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики начиная с 11 мая 2014 г.

6 – родственник участника СВО.

В соответствии с абзацем 4 подпункта «г» пункта 2 Указа, родственниками (членами семей) участников СВО признаются:

- супруг (супруга);
- дети, не достигшие возраста 18 лет;
- дети старше 18 лет, ставшие инвалидами до достижения ими возраста 18 лет;
- дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме обучения;
- родители, проживающие совместно с лицами, названными в абзацах втором и третьем подпункта "в" настоящего пункта, либо проживавшие совместно с указанными лицами на дату их гибели (смерти);

- лица, находящиеся на иждивении лиц, названных в абзацах втором и третьем подпункта "в" настоящего пункта, либо находившиеся на иждивении указанных лиц на дату их гибели (смерти).

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь указанным выше категориям лиц следует в обязательном порядке указывать соответствующий код в элементе DSVED/LGOTA. Данный элемент имеет тип «УМ» - условно-множественный, следовательно при необходимости возможно указание более одного элемента.

Примечание: указание соответствующего признака участника СВО (5) или родственника участника СВО (6) в элементе DSVED/LGOTA носит учетно-информационный характер и не является сведениями о наличии или отсутствии материальных или каких-либо иных льгот у данных категорий пациентов.

8.6. Предоставление сведений о проведении исследований на наличие респираторных инфекций, включая коронавирус и вирус гриппа

С целью исполнения требований:

- письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2022 № 30-4/И/1-20714 о направлении памятки для медицинских работников по проведению дифференциальной диагностики COVID-19 с гриппом и ОРВИ, определению тактики ведения больных, включая детей, лиц пожилого возраста и беременных с алгоритмом действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, пациентам с ОРВИ;
- постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 14.12.2022 N 23 «О внесении изменений в постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.07.2022 N 20 "О мероприятиях по профилактике гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в эпидемическом сезоне 2022 - 2023 годов» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.12.2022 N 71825);
- программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 N 2497;
- письма ФФОМС от 10.02.2023 N 00-10-30-4-06/1921 «О проведении исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, в рамках реализации территориальных программ ОМС»;
- клинических и методических рекомендаций Минздрава России по диагностике и лечению пациентов с респираторными инфекциями, включая коронавирус и вирус гриппа,

при формировании реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную с 01.10.2023, при наличии в качестве основного или сопутствующего диагноза ОРВИ, гриппа, подозрения на COVID-19, внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара необходимо оценивать наличие или отсутствие факта отбора мазка из носо- и ротоглотки для проведения лабораторного исследования.

В реестрах счетов в форматах приложений 6.1, 6.2, 6.4 в блоке DSVED вводится узел ORVI_TEST «Отметка о проведении исследования на наличие респираторных инфекций, включая коронавирус и вирус гриппа».

В связи с тем, что элемент VID_VME узла ORVI_TEST требует заполнения соответствующим кодом [Номенклатуры](#), утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н, ниже приведена таблица соответствий исследований на наличие респираторных инфекций, включая коронавирус и вирус гриппа, и кодов Номенклатуры. В зависимости от наименования

исследования, в элементе VID_VME следует указывать код [Номенклатуры](#), приведенный в **Error! Reference source not found.** [Номенклатуры](#).

Тип узла (блока) ORVI_TEST и его элемента VID_VME являются условно-множественными (УМ). Если несколько исследований (забор биоматериала) выполнены одномоментно (в один день), в реестре счета указывается один блок ORVI_TEST, содержащий более одного элемента VID_VME, заполненными кодами Номенклатуры из Таблица 14, элемент DATE заполняется датой фактического проведения исследования (забора биоматериала). Если исследования (забор биоматериала) выполнялись в разные дни случая лечения, в реестре счета указывается более одного узла ORVI_TEST, с указанием соответствующего кода Номенклатуры из Таблица 14 в элементе VID_VME и фактической даты исследования (забора биоматериала) в элементе DATE. Дата, указываемая в элементе DATE, должна входить в границы дат законченного случая.

В ходе приема реестров счетов проводится проверка на этапе МЭК на обязательность заполнения узла ORVI_TEST в рамках законченного случая в КС, ДС, АМП (посещение в неотложной форме, обращение по поводу заболевания, разовое посещение с иными целями) при основном или сопутствующем диагнозе из перечня: В34.0, В34.2, В34.9, В97.0, В97.4, J00-J06, J09-J18, J20-J22, U07.1, U07.2.

При заполнении поля FACT_ORVI_TEST значением «1» выполняется проверка заполнения элемента DSVED/ORVI_TEST/VID_VME соответствующим кодом Номенклатуры из Таблица 14, а также элемента DATE.

При заполнении поля FACT_ORVI_TEST значением «0» поля VID_VME и DATE не заполняются (отсутствуют).

Обращаем внимание, что отсутствие факта забора биоматериала для проведения лабораторной диагностики **не является основанием для отказа в оплате**. Вместе с тем это будет являться основанием для отбора страховых случаев, принятых к оплате, при проведении последующих контрольно-экспертных мероприятий.

Таблица 14 Соответствия исследований на наличие респираторных инфекций, включая коронавирус и вирус гриппа, и кодов Номенклатуры

№ п/п	Код Номенклатуры	Наименование услуги
1	A11.08.010	Получение материала из верхних дыхательных путей (для экспресс-исследования на COVID-19)
2	A26.08.019	Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на вирус гриппа (Influenza virus)
3	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus А) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
4	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus В) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
5	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus С) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
6	A26.08.020.001	Определение РНК респираторно-синцитиального вируса (Human Respiratory Syncytial virus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
7	A26.08.023.001	Определение РНК метапневмовируса (Human Metapneumo virus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
8	A26.08.024.001	Определение РНК вирусов парагриппа (Human Parainfluenza virus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
9	A26.08.025.001	Определение РНК риновирусов (Human Rhinovirus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
10	A26.08.027.001	Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
11	A26.08.046.001	Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
12	A26.08.072	Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирус гриппа А
13	A26.08.073	Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирус гриппа В
14	A26.09.044.001	Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в мокроте (индуцированной мокроте, фаринго-трахеальных аспиратах) методом ПЦР
15	A26.09.060.001	Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в бронхоальвеолярной лаважной жидкости методом ПЦР
16	A26.09.083	Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка, эндотрахеального аспирата, бронхоальвеолярной лаважной жидкости на вирус гриппа А

№ п/п	Код Номенклатуры	Наименование услуги
17	A26.09.084	Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка, эндотрахеального аспирата, бронхоальвеолярной лаважной жидкости на вирус гриппа В

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 терапевтических группах (далее – СТГ). Для представления СТГ в реестре счёта используются основные услуги из разделов РКУ 3.74 и 3.116 – 3.121. Выбор нужного подраздела основной услуги СТГ осуществляется в соответствии с таблицами «Порядка оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» (Приложение 9 к тарифному соглашению) (далее – «Порядок оплаты СТГ») и Инструкции по применению и учету стоматологических групп при оказании стоматологической медицинской помощи, одобренной решением рабочей группы по разработке перечня законченных случаев лечения стоматологических заболеваний в амбулаторных условиях (протокол заседания от 17.03.2020 № 1) (далее – Инструкция по СТГ). Для доплатных СТГ применяется разделы 3.122 и 3.123. Каждая СТГ, за исключением доплатных, подаётся отдельным случаем.

При формировании реестров счетов по СТГ, перечисленных в п. 3 «Особенности применения стоматологических групп (СТГ)» Инструкции по СТГ, обязательно указывается номер зуба, подвергнувшегося 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 4 «Порядка оплаты СТГ». Для посещений с профилактической целью предназначены разделы 3.116 и 3.117 РКУ. В один день не может быть более одной СТГ из Таблицы 4 «Порядка оплаты СТГ», выполненной врачом одной специальности. Также дополнительно в рамках одного случая (на уровне SL) может быть указана доплатная услуга СТГ из разделов 3.122, 3.123 (если выполнялась соответствующая основная СТГ) в соответствии с п.3 «Особенности применения стоматологических групп (СТГ)» Инструкции по СТГ .

При учёте выполненных объемов каждая **основная** услуга из разделов 3.116 и 3.117 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 5 или 6 «Порядка оплаты СТГ». Для посещений с неотложной целью предназначены разделы 3.118, 3.119 и 3.74 РКУ. В один день не может быть более одной СТГ одного вида из Таблиц 5 и 6 «Порядка оплаты СТГ».

При учёте выполненных объемов каждая услуга из разделов 3.118, 3.119 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 7 «Порядка оплаты СТГ». Для обращений по поводу заболевания предназначены разделы 3.120, 3.121 РКУ.

Дополнительно в рамках одного случая (элемент SL) может быть указана услуга доплатной СТГ из разделов 3.122, 3.123 (если выполнялась соответствующая основная СТГ) в соответствии с п.3 «Особенности применения стоматологических групп (СТГ)» Инструкции по СТГ.

В законченный случай «обращение» могут включаться только СТГ, завершённые в отчетном периоде.

При учёте выполненных объёмов все **основные** услуги из разделов 3.120 и 3.121, завершённые и направленные на оплату (DATE_Z_2) 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

С 1 апреля 2020 года КСЛП в стоматологии не применяется.

Дополнительные требования

Для основных и доплатных услуг по СТГ код специальности врача стоматологического профиля заносится в поле PRVS из федерального классификатора медицинских специальностей V015 и V021, в соответствии с приведенной ниже таблицей.

Таблица 15 Кодирование специальностей стоматологического профиля

Наименование специальности в соответствии с установленными тарифами	Специальность по федеральному классификатору		
	Наименование	Код (V015)	Код (V021)
Врач-стоматолог	Стоматология общей практики	171	69
Врач-стоматолог-терапевт	Стоматология терапевтическая	176	71
Врач-стоматолог-хирург	Стоматология хирургическая	177	72
Врач-ортодонт	Ортодонтия	173	43
Врач-стоматолог детский	Стоматология детская	174	68
Врач-стоматолог-хирург (детский)	Стоматология хирургическая	177	72
Врач-ортодонт (детский)	Ортодонтия	173	43
Зубной врач	Стоматология	208	208
Гигиенист стоматологический	Стоматология профилактическая	233	233

Код МКБ-10 в полях диагнозов реестра счёта для СТГ указывается в соответствии с федеральным классификатором M001 Приказа № 79. Указание кода, отсутствующего в федеральном классификаторе M001 Приказа № 79 недопустимо и приведёт к ошибке [ФЛК](#).

Требования к формированию законченного случая в стоматологии

Все СТГ, оказанные пациенту врачами одной и той же специальности в течение дня (посещения) или календарного месяца (обращения), следует объединять в один законченный случай Z_SL, но с учетом способа оплаты и формы помощи. Неотложная и плановая стоматологическая помощь должны формировать отдельные Z_SL за день. Обращения по заболеванию и профилактические посещения так же создают в отдельные законченные случаи.

Каждую СТГ (за исключением доплатной) следует подавать отдельным вложенным случаем SL. Услуга доплатной СТГ подается в одном вложенном случае SL с услугой основной СТГ.

9.2. Диспансеризация определённых групп взрослого населения (ДВН)

1. Реестры счетов за проведение 1 этапа ДВН

Реестр счета за проведение 1 этапа диспансеризации взрослого населения (далее – ДВН) является реестром типа DP.

Счета и реестры счетов по ДВН прикрепившегося населения формируются в соответствии с Порядком оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Приложение № 1 к Тарифному соглашению).

Для формирования реестра счета за проведение 1 этапа диспансеризации взрослого населения в качестве основной указывается услуга с кодом 3.96.1 «Комплексное посещение в рамках диспансеризации» или 3.96.2 «Комплексное посещение в рамках диспансеризации (с использованием передвижного мобильного комплекса)» или 3.96.3 «Комплексное посещение в рамках диспансеризации (выходные дни)» или 3.96.4 «Комплексное посещение в рамках диспансеризации (с использованием передвижного мобильного комплекса) (выходные дни)» из раздела 3.96 «Диспансеризация взрослого населения» регионального классификатора услуг (далее – РКУ). Тариф для услуг данного раздела в поле TARIF указывается в зависимости от пола и возраста гражданина, значение поля SUM_M равно значению в поле TARIF основной услуги.

Основная услуга в обязательном порядке дополняется учетными услугами из раздела 3.21 «Услуга профилактического медицинского осмотра и 1 этапа диспансеризации взрослого населения» РКУ в зависимости от выполненного объема ДВН и в соответствии с нормативными документами по проведению ДВН.

При заполнении сведений по учётным услугам при выполнении 1 этапа ДВН для тех услуг, когда код (СНИЛС) врача неизвестен, поле CODE_MD заполняется кодом (СНИЛС) врача, закрывающего случай.

Поле TARIF на уровне узла SL не заполняется. Поле ED_COL равно количеству оплачиваемых услуг.

На уровне случая в поле RSLT_D (результат диспансеризации) указываются коды классификатора V017. В поле PRVS (специальность врача) услуги «законченный случай» указывается коды «общая врачебная практика» или «терапия» из классификатора специальностей, действующего на дату окончания лечения.

В соответствии с Приказом Минздрава РФ «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» от 27.04.2021 № 404н выставление реестров счетов за проведение 1 этапа ДВН за фактически выполненные осмотры (исследования) (при выполнении менее 85% объема ДВН) не осуществляется.

2. Реестры счетов за 1 комплексное посещение 2 этапа ДВН за фактически выполненные осмотры (исследования)

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

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

Поле TARIF на уровне узла SL не заполняется. Поле ED_COL равно количеству оплачиваемых услуг.

На уровне случая в поле RSLT_D (результат диспансеризации) указываются коды классификатора V017.

В случае отказа пациента от прохождения II-го этапа ДВН, в реестре I-го этапа на уровне случая заполняется поле P_ОТК2=1.

3. Реестры счетов за профилактический медицинский осмотр взрослого населения

Реестр счета за профилактический медицинский осмотр взрослого населения (далее – ПМО) является реестром типа DO.

Для формирования реестра счета за профилактический медицинский осмотр взрослого населения в качестве основной указывается услуга РКУ с кодом 3.97.1 «Профилактический медицинский осмотр взрослого населения» или с кодом 3.97.2 «Профилактический медицинский осмотр взрослого населения (с использованием передвижного мобильного комплекса)» или 3.97.3 «Профилактический медицинский осмотр взрослого населения (выходные дни)» или 3.97.4 «Профилактический медицинский осмотр взрослого населения (с использованием передвижного мобильного комплекса) (выходные дни)» из раздела РКУ 3.97 «Профилактические осмотры взрослого населения».

Тариф для услуг данного раздела в поле TARIF указывается в зависимости от пола и возраста гражданина, значение поля SUM_M равно значению в поле TARIF основной услуги.

Основная услуга ПМО в обязательном порядке дополняется учетными услугами из раздела 3.21 «Услуга профилактического медицинского осмотра и 1 этапа диспансеризации взрослого населения» РКУ в зависимости от выполненного объема ПМО, в соответствии с нормативными документами по проведению ПМО.

При заполнении сведений по учётным услугам при проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения для тех услуг, когда код (СНИЛС) врача неизвестен, поле CODE_MD заполняется кодом (СНИЛС) врача, закрывающего случай.

Поле TARIF на уровне узла SL не заполняется. Поле ED_COL равно количеству оплачиваемых услуг.

На уровне случая в поле RSLT_D (результат диспансеризации) указываются коды классификатора V017. В поле PRVS (специальность врача) услуги «законченный случай» указывается коды «общая врачебная практика» или «терапия» из классификатора специальностей, действующего на дату окончания лечения.

4. 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.

5. 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. 5 приказа Минздрава России от 27.04.2021 № 404н, необходимо указание в реестре счёта категории гражданина, прошедшего диспансеризацию.

Для этого в поле «DSVED/LGOTA» указывается тип льготы:

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);

4 - работающие граждане, не достигшие возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающие граждане, являющиеся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.

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 (далее – ДДС), 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.

При заполнении сведений по учётным услугам разделов 3.22 и 3.24 для тех услуг, когда код (СНИЛС) врача неизвестен, поле CODE_MD заполняется кодом (СНИЛС) врача, закрывающего случай.

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 3.87 «Дополнительный осмотр врача-специалиста и проведение обследования в рамках 2 этапа диспансеризации детей-сирот, профилактических осмотров».

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 профилактическим осмотрам несовершеннолетних указывается законченный случай профилактического медицинского осмотра. При этом используются услуги РКУ:

- за законченный случай 1 этапа профилактического осмотра для 31 возрастного периода (мальчики, девочки) – коды из подраздела РКУ «Профилактические осмотры несовершеннолетних» 3.25 с выбором пациентогруппы услуги в зависимости от пола и возраста;

- учетные услуги 1 этапа профилактического осмотра несовершеннолетних – коды из подраздела 3.98. Набор услуг зависит от возраста и проведенных исследований и осмотров.

- доплатная услуга за проведение исследований и осмотров 2-го этапа - коды из подраздела 3.87

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.

Даты оказания DATE_IN и DATE_OUT учетных услуг заполняются датами фактического проведения исследований и осмотров, при этом DATE_OUT <=DATE_2.

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

При заполнении сведений по учётным услугам по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних для тех услуг, когда код (СНИЛС) врача неизвестен, поле CODE_MD заполняется кодом (СНИЛС) врача, закрывающего случай.

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 профилактического осмотра несовершеннолетнего выставляется диагноз, являющийся ведущим. При отсутствии выявленных заболеваний указывается код МКБ-10 Z00.0.

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», 305 «Направлен на госпитализацию» и 306 «Направлен в дневной стационар» классификатора V009, в поле ISHOD (исход обращения) 304 «без перемен» классификатора V012, в поле PRVS (специальность врача) указывается код «акушерство и гинекология» или «акушерское дело» классификатора специальностей 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 SUM_M 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 «динамическое наблюдение» классификатора V009, в поле ISHOD (исход обращения) указывается код «без перемен» классификатора V012, в поле PRVS (специальность врача) указывается «акушерство и гинекология» или «акушерское дело» классификатора V021.

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 подразделов РКУ «Обращения (вне подушевого финансирования)» 3.44 и «Обращения (подушевое финансирование)» 3.54.

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.

9.8. 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. Такие счета предоставляются только МО, имеющими прикрепившихся к ним застрахованных лиц.

Счета в подушевом финансировании (с 01.12.2021) подразделяются на два типа по значениям в поле IFIN ([Приложение 3](#) «Формат электронного счёта»):

- ПР и ФП - счета, сформированные в соответствии с правилами расчета подушевого финансирования исходя из численности прикрепившихся к [МО](#) лиц или обслуживаемого населения для ФАП. Сумма счета вычисляется на основании **среднемесячной** численности прикрепившегося населения, которая ежемесячно вычисляется ТФОМС АО в разрезе МО и СМО и публикуется на его [официальном сайте](#). Соответствуют каналу финансирования ПР или ФП в Таблица 4 Справочник каналов финансирования (IFIN). Предоставляются **отдельно** от реестров счетов и файлов персональных данных;
- НП - счета, сформированные за фактически оказанную медицинскую помощь лицам, прикрепившимся к другим МО (МО-фондодержателям). Соответствуют каналу финансирования НП в Таблица 4 Справочник каналов финансирования (IFIN). Предоставляются **совместно** с реестрами счетов и файлами персональных данных;

В [пакет счета](#) по подушевому финансированию типа «ПР» или «ФП» входит только файл счёта, без файла реестра счёта и без файла персональных данных. Реестры счетов к счетам типа «ПР» или «ФП» по подушевому финансированию за **фактически оказанную медицинскую помощь** представляется на оплату **отдельно** от самого счёта по подушевому финансированию, в пакете счета, содержащим только файл реестра счёта и файл персональных данных. В реестре счёта поле NSCHET и DSCHET **не заполняются**.

В [пакет счета](#) по подушевому финансированию типа «НП» входит файл счёта, файл реестра счёта и файл персональных данных. В реестре счёта поле NSCHET и DSCHET **заполняются**.

Реестр счета за фактически оказанную медицинскую помощь, включенную в финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц и фактически оказанную **прикрепившимся** к медицинской организации – исполнителю застрахованным лицам, обязательно должен содержать элемент IFIN=«ПР» или IFIN=«ФП» (без кавычек). Реестр счета на оплату амбулаторной медицинской помощи, включенную в финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц и оказанную **прикрепившимся** к иной медицинской организации застрахованным лицам, обязательно должен содержать элемент IFIN=«НП» (без кавычек).

При формировании реестров, оплачиваемых по подушевому нормативу, следует использовать данные о прикреплении, возвращаемые в ответе на [запрос определения страховой принадлежности](#).

Медицинская помощь, оказанная лицам, **имеющим прикрепление** к какой-либо медицинской организации на начало месяца (МО-исполнителю или МО-фондодержателю), включается в реестры, учитываемые (IFIN=ПР) или оплачиваемые (IFIN=НП) в подушевом объеме финансирования медицинской организации. В этих случаях при формировании счетов должны использоваться услуги подразделов РКУ с маркировкой «*(подушевое финансирование)*» в наименовании подраздела.

Медицинская помощь, оказанная лицам, **не имеющим прикрепления** ни к одной медицинской организации на начало месяца, при этом идентифицированным как лица, застрахованные на территории Архангельской области, включается в реестры, учитываемые **(IFIN=ПР) в подушевом объеме финансирования медицинской организации**, оказавшей медицинскую помощь и при этом считается оплаченной в пределах подушевого объема финансирования этой организации. В таких случаях при формировании реестров «ПР» также должны использоваться услуги подразделов РКУ с маркировкой «*(подушевое финансирование)*» в наименовании подраздела.

Для лиц, идентифицированных как застрахованные на территории других субъектов Российской Федерации, поле IFIN в реестре счёта не заполняется (остаётся пустым) и по таким случаям формируется **отдельный счёт** и реестр счёта. Медицинская помощь в таких реестрах счетов указывается с использованием кодов из подразделов РКУ с маркировкой «*(вне подушевого финансирования)*» в наименовании подраздела. Счет и реестр счета в таком случае должны направляться в адрес ТФОМС АО для осуществления межтерриториальных расчетов (МТР).

Правила группировки случаев оказания медицинской помощи

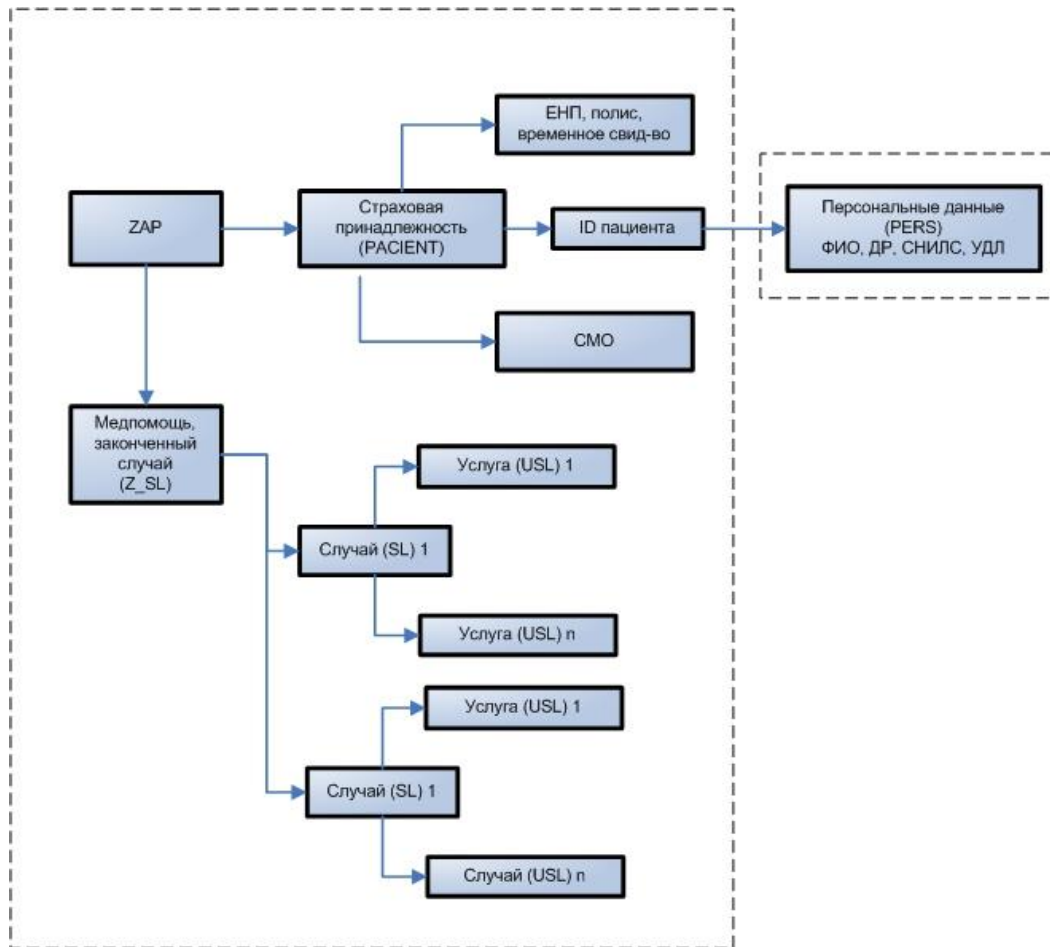
Реестры счетов должны формироваться с удовлетворением требования по группировке всех случаев оказания медицинской помощи (обращений, посещений, услуг), оказанных на протяжении отчётного периода (месяца) застрахованному лицу, прикрепившемуся к медицинской организации.

Группировка выполняется путём включения всех элементов случаев медицинской помощи SL, оказанных застрахованному лицу в рамках законченного случая лечения, в один элемент Z_SL реестра счёта.

Заполнение информации внутри самих элементов Z_SL осуществляется в установленном порядке.

Графическое представление группировки представлено на Рисунок 1.

Рисунок 1 Схема группировки информации в реестрах счетов при подушевом финансировании



9.9. Особенности формирования счетов и реестров счетов за диагностические или лабораторные исследования

Оплата услуг за диагностические исследования с использованием передвижного маммографа осуществляется в соответствии с «Порядком формирования и предъявления на оплату реестров за проведение исследований, выполненных с использованием передвижного маммографа».

Оплата услуг за лабораторные исследования осуществляется в соответствии с «Порядком оплаты лабораторных исследований, выполняемых [централизованной клинико-диагностической лабораторией \(ЦКДЛ\)](#)».

Счета и реестры счетов за диагностические исследования с использованием передвижного маммографа, лабораторные исследования, выполняемые [ЦКДЛ](#), формируются только для лиц, застрахованных на территории Архангельской области, и представляются для оплаты только в СМО, действующие на территории Архангельской области. **В рамках межтерриториальных расчётов такие счета не оплачиваются.**

Для формирования счёта используется структура счёта, описанная в приложении 3 Формат электронного счёта. При этом в поле источника финансирования IFIN указывается значение «ДИ» для диагностических исследований, «ЛИ» для лабораторных исследований из Таблица 4 Справочник каналов финансирования (IFIN). Для оплаты услуг диагностических или лабораторных исследований формируются **счета, на каждую МО – заказчика отдельный счет.**

Для формирования реестра счёта используется общая структура реестров счетов, описанная в приложении 6.1 Формат файла (реестра счёта) со сведениями об оказанной медицинской помощи кроме высокотехнологичной, диспансеризации и злокачественных новообразований, с особенностями заполнения полей реестра, описанными ниже.

Порядок применения коэффициента сложности диагностики (КСД) для лабораторных исследований

Сложность проведённого диагностического исследования, зависящая от полученного результата, применённого метода или способа диагностики, учитывается применением коэффициента сложности диагностики (КСД)

Перечень причин для применения КСД приведен в Таблице 1 «Порядка оплаты лабораторных исследований, выполняемых централизованными лабораториями», там же указан перечень номенклатур услуг (V001), к которым может применяться КСД.

Таблица 16 Региональный справочник КСД

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
Региональный справочник стоматологических КСЛП					
packet	zglv	O	S	Заголовок	
	zap	O	S	Запись	
Заголовок					
zglv	type	O	T(10)	Тип справочника	Заполняется значением KSD_LI
	version	O	T(3)	Версия формата	1.0
	date	O	D	Дата создания файла	В формате ГГГГ-ММ-ДД
Запись					
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 КСД совпадает с форматом КСЛП для КСГ круглосуточного стационара, описанного в Таблица 18 Региональный справочник КСЛП настоящей Инструкции, и передается после комментария к основной услуге (элемент «COMENTU»).

Для каждого лабораторного исследования может быть применен только один КСД.

Правило вычисления значения поля TARIF, заполнения количества тарифных единиц KOL_USL и вычисления суммы услуги SUMV_USL полностью идентичны правилам, описанным для КСГ в Приложении 10.1 «Порядок применения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП)» настоящей Инструкции.

Особенности заполнения полей реестра счёта при диагностических исследованиях

- для исследований с использованием передвижного маммографического комплекса в поле CODE_USL используется услуга РКУ 3.101.1 «Маммография, выполненная с использованием передвижного маммографа»;
- на каждую услугу формируется полный законченный случай в составе Z_SL → SL → USL;
- поле основного диагноза DS1 на уровне SL, DS на уровне USL заполняется значением (код МКБ-10) Z03.8 - Наблюдение при подозрении на другие болезни или состояния;
- поле USL_OK заполняется значением 3 (Амбулаторно);
- поле VIDPOM заполняется значением 13 (Первичная специализированная медико-санитарная помощь);
- поле FOR_POM заполняется значением 3 (Плановая);
- поля NPR_MO, NPR_DATE, ORD_NO, NHISTORY заполняются на основании направления **на бумажном носителе**, выданного направляющей медицинской организацией (МО-заказчик). Поле NPR_MO заполняется реестровым номером медицинской организации, **выдавшей** направление на диагностическое исследование, поле NPR_DATE заполняется датой выдачи направления, поле ORD_NO заполняется номером направления, поле NHISTORY заполняется номером амбулаторной карты пациента в направившей медицинской организации и указанной в направлении;
- поле LPU на уровне Z_SL и на уровне USL заполняется кодом медицинской организации, **оказывающей** услугу диагностического исследования (МО-исполнитель);
- поля DATE_Z_1, DATE_Z_2 на уровне Z_SL, DATE_1, DATE_2 на уровне SL, DATE_IN, DATE_OUT на уровне USL заполняются датой фактического указания услуги диагностического исследования, даты начала и даты оказания законченного случая, случая и услуги равны;
- поле RSLT заполняется значением 314 (Динамическое наблюдение), поле ISHOD заполняется значением 306 (Осмотр);
- поле IDSP заполняется значением 28 (За медицинскую услугу);

- поле PROFIL на уровне SL и USL заполняется значением 78 (Рентгенологии);
- поле PRVS на уровне SL и USL заполняется значением 60 (Рентгенология).

Особенности заполнения полей реестра счёта при лабораторных исследованиях

- для лабораторных исследований, выполняемых [ЦКДЛ](#), в поле CODE_USL используются услуги РКУ из подразделов 1.100, 2.100, 3.100 в зависимости от условий оказания медицинской помощи застрахованному лицу (USL_OK), указанных в направлении [ОДЛИ](#);
- на пациента формируется полный законченный случай в составе Z_SL → SL_[1...N] → USL;
- поле основного диагноза DS1 на уровне SL, DS на уровне USL заполняется значением (код МКБ-10) из данных направления ОДЛИ;
- поле USL_OK заполняется значением USL_OK из данных направления ОДЛИ;
- поле VIDPOM заполняется значением VIDPOM из данных направления ОДЛИ. В случае отсутствия значения VIDPOM в данных направления ОДЛИ заполняется фиксированным значением «13» (первичная специализированная медико-санитарная помощь) из классификатора «V008 - Классификатор видов медицинской помощи»;
- поле FOR_POM заполняется значением 3 (Плановая);
- поля NPR_MO, NPR_DATE, ORD_NO, NHISTORY заполняются на основании данных направления в [ОДЛИ](#). В поле NPR_MO указывается реестровый номер МО-заказчика;
- поле LPU на уровне Z_SL и на уровне USL заполняется кодом медицинской организации, **оказывающей** услугу лабораторного исследования ([ЦКДЛ](#), МО-исполнитель);
- поля DATE_1 на уровне SL, DATE_IN на уровне USL заполняются датой **начала** фактического оказания услуги лабораторного исследования, даты начала случая и услуги равны;
- поля DATE_2 на уровне SL, DATE_OUT на уровне USL заполняются датой **окончания** фактического оказания услуги лабораторного исследования, даты окончания случая и услуги равны;
- Поле DATE_Z_1 заполняется минимальной DATE_1 из наполнения законченного случая;
- Поле DATE_Z_2 заполняется максимальной датой DATE_2 из наполнения законченного случая;
- поле RSLT заполняется значением 101 для USL_OK=1, 201 для USL_OK=2, 301 для USL_OK=3;

- поле ISHOD заполняется значением 103 для USL_OK=1, 203 для USL_OK=2, 304 для USL_OK=3;
- поле IDSP заполняется значением 28 (За медицинскую услугу);
- поле PROFIL на уровне SL и USL заполняется значением PROFIL из данных направления ОДЛИ. В случае отсутствия значения PROFIL в данных направления ОДЛИ заполняется фиксированным значением «38» (лабораторной диагностике) из классификатора «V002 - Классификатор профилей оказанной медицинской помощи»;
- поле DET на уровне SL и USL заполняется значением DET из данных направления ОДЛИ. В случае отсутствия значения DET в данных направления ОДЛИ заполняется на основании возраста пациента на DATE_Z_1: «1» – до 18 лет; «0» – 18 лет и старше;
- поле PRVS на уровне SL и USL заполняется значением 26 (Клиническая лабораторная диагностика);
- поле VID_VME заполняется кодом [Номенклатуры](#), при этом код Номенклатуры должен соответствовать выбранной услуге [РКУ](#). Таблица соответствий кодов Номенклатуры и кодов услуг РКУ опубликована в [«Правилах ФЛК и МЭК»](#).

Остальные поля реестра счета заполняются в соответствии с общими требованиями, установленными настоящим Регламентом.

Порядок формирования законченного случая для реестров лабораторных исследований

Законченный случай формируется из исследований:

- проведенных в отчетном месяце;
- заказанных одной и той же МО;
- на конкретного пациента (идентификатор пациента NHISTORY из направления);
- для определенных условий оказания медицинской помощи.

Выписка из реестров счетов

Выписка из реестров счетов МО-исполнителя формируется в **ТФОМС АО** для информирования МО-заказчика о случаях, направленных на оплату в СМО МО-исполнителем.

Формат выписки – файл XML, кодировка – Windows-1251.

Именование файла выписки:

VDIP_iN_iP_pN_p_YYMMN.XML, где

- VDI – константа, обозначающая передаваемые данные (Выписка Диагностические Исследования)

- P_i – Параметр, определяющий организацию-источник:
- S – СМО
- N_i – Номер источника (реестровый номер СМО).
- P_p – Параметр, определяющий организацию -получателя:
- M – МО;
- N_p – Номер получателя (реестровый номер МО).
- ЗАКЛЮЧЕНИЕ – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.
- ММ – 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.

Файл выписки упаковывается в архив формата ZIP. Имя архива соответствует имени файла выписки, расширение – ZIP.

Таблица 17 Структура файла выписки

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	REESTR	O	S	Информация о выписке	Характеристика передаваемой выписки
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания диагностических исследований
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «2.0»
	DATA	O	D	Дата формирования выписки	В формате ГТГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания услуг диагностических исследований,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					включённых в файл. (SL)
Информация о выписке					
REESTR	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации-получателя выписки (МО-заказчик)	8. Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	Месяц, в котором были оказаны услуги ДИ
	PLAT	O	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002.
Записи					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах выписки.
	IFIN	O	T(10)	Канал финансирования	Таблица 4 Справочник каналов финансирования (IFIN)
	PERS	O	S		
	Z_SL	O	S		
Персональные данные					
PERS	FAM	O	T(40)	Фамилия пациента	
	IM	O	T(40)	Имя пациента	
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента	Заполняется при наличии
	W	O	N(1)	Пол пациента	Заполняется в соответствии с классификатором V005
	DR	O	D	Дата рождения пациента	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Указывается только ЕНП
Законченный случай					
Z_SL	USL_OK	O	N(2)	Условия	Классификатор

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				оказания медицинской помощи	условий оказания медицинской помощи. Справочник V006
	ORD_NO	O	T(40)	Номер направления на ДИ, ЛИ, ТМ, ПМ, ВР	Номер направления на исследования, выданного МО-заказчиком, по которому было проведено исследование.
	NPR_DATE	O	D	Дата направления на ДИ, ЛИ, ТМ, ПМ, ВР	Заполняется на основании направления на исследование
	CODE_MO_ISP	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации-исполнителя	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003/F032
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи. Справочник V010
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате МО-исполнителем	
	SUMP	O	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО	
	SL	OM	S	Случай исследования	
Случай исследования					
SL	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор GUID	Идентификатор случая SL в реестре МО-исполнителя
	NHISTORY	O	T(50)	Номер пациента	Идентификатор пациента в МИС МО-заказчика
	PRVS	O	N(4)	Специальность врача, закрывшего случай	Классификатор медицинских специальностей. Справочник V021. Указывается значение IDSPEC
	VERS_SPEC	O	T(4)	Код классификатора медицинских	Указывается имя используемого классификатора

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				специальностей	медицинских специальностей
	IDDOKT	O	T(25)	Код врача, выдавшего заключение по ДИ (ЛИ)	СНИЛС врача в формате с разделителями
	USL	OM	S	Услуги исследований	
	COMENTSL	Y	T(250)	Служебное поле	
Услуга исследований					
USL	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг
	DATE_USL	O	D	Дата оказания услуги ДИ (ЛИ)	
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	
	TARIF	O	N(15.2)	Тариф услуги	Тариф услуги ДИ (ЛИ)
	CODE_MD	Y	T(25)	Код медработника, проводившего исследования	СНИЛС медработника в формате с разделителями, заполняется только для услуг ЦКДЛ

Тестирование на коронавирус COVID-19

При выставлении услуг тестирования на коронавирус COVID-19 в амбулаторных условиях (подраздел 3.124 РКУ), датой начала лечения DATE_Z_1 по законченному случаю Z_SL указывается дата забора материала (взятия мазка). Датой завершения лечения DATE_Z_2 указывается дата завершения исследования. Контроль на пересечения с нахождением пациента на лечении в условиях круглосуточного и/или дневного стационара, осуществляется в данном случае по дате забора материала DATE_Z_1.

9.10. Порядок формирования законченного случая для отдельных медицинских услуг (УЗИ, КТ, МРТ, эндоскопических, радионуклидных и гистологических исследований)

Законченные случаи для отдельных медицинских услуг формируются в реестрах типа «Н» и «С».

Все однотипные услуги, оказанные в МО пациенту в течение дня, должны объединяться в один законченный случай. Например, если в один день пациенту были проведены 4 исследования (2 УЗИ, 1 КТ и 1 МРТ), то следует сформировать 3 законченных случая.

Каждое исследование подается отдельным вложенным случаем SL в рамках законченного случая Z_SL, в качестве NHISTORY указывается регистрационный номер исследования из МИС, индивидуальный для каждой процедуры.

На уровне услуги в элементе «REFERRAL_NO» указывается номер направления из ЕИР.

Элемент «REFERRAL_NO» является обязательным для указанных медицинских услуг, оказываемых начиная с 01.03.2020.

9.11. Порядок формирования реестров ФАП

Оплата медпомощи, оказанной в ФАП, осуществляется в соответствии с разделом **«Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов»** тарифного соглашения.

С целью учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам обслуживаемым ФАП, медицинская организация представляет персонифицированный реестр счета и счет (справочно) в электронном виде, содержащий сведения о фактически оказанной медицинской помощи застрахованным лицам, обслуживаемым ФАП, в соответствии с Общими принципами, а также в соответствии с настоящим Регламентом информационного взаимодействия.

Медпомощь ФАП выставляется отдельными счетами и представляются для оплаты только в СМО, действующие на территории Архангельской области. Реестры-счета формирует головная медицинская организация с обязательным заполнением полей PODR И ADDR_CODE, соответствующими ФАП - исполнителю.

В поле PODR необходимо указывать значения поля MPCOD из справочника ФАП, размещённого на официальном сайте ТФОМС АО в разделе

«Информационные технологии», подраздел «Справочники НСИ». При заполнении поля ADDR_CODE необходимо указывать код адреса медицинской организации, соответствующий ФАП. В реестр может включаться медицинская помощь нескольких ФАП.

Для формирования счёта используется структура счёта, описанная в приложении 3 Формат электронного счёта. Пакеты счетов для подушевого финансирования ФАП формируются в соответствии с правилами, описанными в приложении 5 Формат пакета счёта и пакета экспертизы. При этом в поле источника финансирования IFIN в счете указывается значение «ФП» из Таблица 4 Справочник каналов финансирования (IFIN). Для счетов IFIN=ФП также обязательно заполнение поля P_АМТ, указывая количество обслуживаемого населения. В поле SUMMAV указывается сумма подушевого финансирования ФАП на 1 число отчетного периода.

Для формирования реестров счетов используются услуги из разделов 3.105 «Посещения ФАП», 3.106 «Обращения ФАП», 3.114 «Посещения ФАП при оказании медицинской помощи в неотложной форме» и 3.115 «Посещения ФАП с профилактической целью (диспансерное наблюдение)» регионального классификатора услуг (РКУ). В реестре счёта не заполняются поля DSCHET и NSCHET.

Для медицинской помощи, оказанной ФАП лицам, застрахованным за пределами Архангельской области, указанный тип реестров и разделы РКУ не используются, для кодирования услуг следует использовать разделы: 3.41 «Посещения с профилактической целью без диспансерного наблюдения (вне подушевого финансирования)», 3.43 «Посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме» и 3.44 «Обращения (вне подушевого финансирования)».

9.12. Особенности представления на оплату случаев медицинской помощи с проведением дистанционных (телемедицинских) консультаций

Дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся по схеме «врач-врач».

Услуги дистанционных (телемедицинских) консультаций выставляются на оплату МО-исполнителями в отдельном реестре счёта. В одном реестре счета может быть объединено несколько услуг дистанционных (телемедицинских) консультаций. При этом обязательно должны быть заполнены данные направления от МО-заказчика - поля NPR_MO, NPR_DATE, NPR_NUM и NPR_USL_OK.

Поле источника финансирования IFIN должно содержать значение «ТМ» (см. Таблица 4 Справочник каналов финансирования (IFIN). Если телемедицинская консультация была оказана по поводу диспансерного наблюдения, то в обязательном порядке указывается «цель посещения» P_CEL=1.3.

Результаты консультации заносятся в блок данных CONCLUSION, где должны быть указаны уникальный номер, дата заключения, и ФИО врачей, подписавших заключение. Данные заключения должны дублироваться в случаях диспансерного наблюдения пациентов с ЗНО, если случай закрыт специалистом иного профиля.

По каждой МО-заказчику МО-исполнителем формируется отдельный счет и реестр счёта.

Каждая консультация подается отдельным вложенным случаем SL в рамках законченного случая Z_SL, в качестве NHISTORY указывается регистрационный номер консультации из МИС исполнителя, индивидуальный для каждой консультации.

Для указания телемедицинских консультаций в реестре счёта используются коды услуг из подразделов РКУ 3.139 «Дистанционные консультации в амбулаторных условиях (взаиморасчеты)» или 3.140 «Дистанционные консультации в амбулаторных условиях для неотложной и экстренной помощи (взаиморасчеты)». Коды указанных подразделов используются для телемедицинских консультаций, проведенных в период оказания пациенту медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного и дневного стационара.

Выплаты за случай дистанционной (телемедицинской) консультации МО-исполнителям осуществляют СМО из общего объема финансирования по дифференцированному подушевому нормативу на застрахованное лицо.

Для оплаты по [межтерриториальным расчётам](#) счета и реестры счетов в ТФОМС АО не предоставляются, оплата услуги дистанционной (телемедицинской) консультации для лиц, застрахованных по ОМС за пределами Архангельской области, осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов на основании заключенных между медицинскими организациями договоров.

9.13. Особенности формирования счетов и реестров счетов за вызовы скорой медицинской помощи в условиях подушевого финансирования

С 01.01.2021 скорая медицинская помощь (СМП) финансируется по подушевому каналу финансирования с учётом зоны обслуживаемого населения. Для МО, оказывающих услуги СМП, ТФОМС АО передаёт с 01.01.2021 файл типа NZ, содержащий список застрахованных лиц, проживающих в зоне обслуживаемого СМП населения. В файле типа NZ код СМП в зоне обслуживания указан в поле CODE_SMP. Кроме того, в ответах на запросы на определение страховой принадлежности, а также при формировании протоколов МЭК, в ТФОМС АО заполняется поле SMP_ZONE реестровым номером СМП, в зоне обслуживания которой числится застрахованное лицо на 1 число отчетного месяца.

Зона обслуживания СМП определяется по адресной части сведений о застрахованном лице в [РС ЕРЗ](#).

МО или станция СМП, формируя реестр счёта за застрахованных лиц, входящих в их зону обслуживания СМП (кроме вызовов СМП, не входящих в подушевое финансирование), заполняет поле IFIN значением «ПР» (см. Таблица 4 Справочник каналов финансирования (IFIN)). Для вызовов СМП к застрахованным лицам, не входящим в зону обслуживания СМП, поле IFIN заполняется значением «НП» и формируется **отдельный** счёт и реестр. Медицинская помощь в реестрах счетов «ПР» и «НП» указывается использованием кодов из подраздела 4.1 в [РКУ](#).

Счета и реестры счетов «ПР» и «НП» формируются в соответствии правилами формирования счетов в подушевом финансировании (приложение 9.8 Особенности формирования счетов и реестров счетов на оплату амбулаторной медицинской помощи, включенной в финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц).

В том случае, когда зону обслуживания по адресу застрахованного лица определить невозможно и застрахованное лицо не входит в сегмент РПН для МО), но тем не менее идентифицировано как лицо, застрахованное на территории Архангельской области, **вызов считается сделанным к лицу, входящему в зону обслуживания СМП, выполнившей вызов** и оплачивается за счет средств подушевого финансирования данной СМП. Медицинская помощь в данном случае включается в общий реестр по подушевому финансированию с каналом финансирования IFIN=ПР с использованием кодов из подраздела 4.1 в РКУ.

Для лиц, идентифицированных как застрахованные на территории других субъектов Российской Федерации поле IFIN в реестре счёта не заполняется (остаётся пустым) и по таким случаям формируется **отдельный** счёт и реестр счёта. Медицинская помощь в таких реестрах счетов указывается

с использованием кодов из подраздела 4.2 в РКУ. Счет и реестр счета в таком случае должны направляться в адрес ТФОМС АО для осуществления межтерриториальных расчетов (МТР).

Для каждой СМО и ТФОМС АО (счета [МТР](#)) счета и реестры счетов формируются отдельно.

Медицинская помощь, оказанная лицам, которые не идентифицированы как застрахованные на территории Архангельской области или как застрахованные на территории других субъектов Российской Федерации, оплачивается за счёт средств бюджета Архангельской области.

9.14. Особенности формирования счетов и реестров счетов по углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения (УДВН)

Углубленная диспансеризация определенных групп взрослого населения (УДВН) вводится с 01.07.2021 и предназначена для проведения у застрахованных лиц, перенесших заболевание COVID-19.

Счета и реестры счетов по УДВН формируются и выставляются отдельно. Для их обозначения в начальных буквах имени реестра счета (пакета счета) указываются следующие значения:

- ДА - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- ДВ - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Счета и реестры счетов по УДВН формируются в еженедельном режиме и предоставляются в ТФОМС АО за отчетную неделю до 00:00 каждой пятницы. ТФОМС АО проводит ФЛК поступивших счетов и реестров счетов по УДВН, после чего они поступают в очередь ожидания информационной системы ТФОМС АО для последующего проведения окончательного МЭК и передачи в СМО, а также для формирования отчетности по профилактическим мероприятиям с целью совместного контроля со стороны министерства здравоохранения Архангельской области и ТФОМС АО. Дальнейшая работа со счетами и реестрами счетов по УДВН осуществляется в штатном порядке.

9.15. Особенности формирования счетов и реестров счетов в целях формирования сведений о впервые выявленном случае онкологического заболевания в ходе проведения профилактических мероприятий

В целях формирования сведений о впервые выявленном случае онкологического заболевания в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области (далее – ТФОМС АО) должен на основании реестров счетов получить все необходимые сведения для определения случаев, соответствующих критериям осуществления денежных выплат медицинским организациям.

Реестры счетов по случаям диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения в обязательном порядке должны содержать:

1. СНИЛС медработника, ответственного за организацию и проведение диспансеризации или профилактического медицинского осмотра – элемент IDDOKT в узле SL.

2. Сведения о направлении пациента на осмотр (консультацию) врача-онколога или врача иной специальности:

– дата направления – элемент NAPR_DATE в узле NAZ;

– код врача (СНИЛС), направившего пациента на осмотр (консультацию) врача-онколога или врача иной специальности – элемент NAZ_IDDOKT в узле NAZ;

– код МО, куда оформлено направление на осмотр (консультацию) врача-онколога или врача иной специальности – элемент NAPR_MO в узле NAZ;

– плановая дата назначенного осмотра (консультации) врача-онколога или врача иной специальности – элемент NAZ_DATE в узле NAZ.

3. Признак подозрения на злокачественное новообразование - элемент DS_ONK=1 в узле SL при условии завершения случая диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения до установления диагноза онкологического заболевания;

4. При условии установления диагноза онкологического заболевания (первый символ кода основного диагноза «С» или код диагноза входит в диапазон D00-D09, D45-D47) в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения онкологический диагноз должен быть указан как минимум в одном из элементов:

– в элементе DS1 при условии заполнения элемента DS1_PR значением «1»;

– в элементе DS2 узла DS2_N при условии заполнения элемента DS2_PR значением «1».

Элемент ONK_DS_NEW может принимать значение 1 или отсутствовать. Значение 1 указывается в случае, когда медицинская организация претендует на получение денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам на основании действующих нормативных актов*.

(*) - Постановление Правительства Российской Федерации от 30.12.2019 № 1940 «Об утверждении Правил предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения»; Порядок и условия осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения», утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.01.2022 № 25н; Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.01.2020 № 23 «Об утверждении формы и порядка представления отчета об использовании средств иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения».

9.16. Особенности формирования счетов и реестров счетов в целях учета выполнения исследования на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом

Для указания в реестрах счетов типа «Н» и «С» исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом с 01.11.2022 необходимо использовать услугу «Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом». Коды услуги - 1.100.462, 2.100.462, 3.100.462 из разделов 1.100 «Лабораторные исследования в круглосуточном стационаре для Исполнителей (взаиморасчеты)», 2.100 «Лабораторные исследования в дневном стационаре для Исполнителей (взаиморасчеты)» и 3.100 «Лабораторные исследования в амбулаторных условиях для Исполнителей (взаиморасчеты)» РКУ. Формирование реестров счетов осуществляется при этом в соответствии с правилами формирования счетов и реестров счетов за лабораторные исследования (приложение 9.9 «Особенности формирования счетов и реестров счетов за диагностические или лабораторные исследования»).

В случаях, когда лабораторная услуга оказана внутри медицинской организации (заказчик услуги является одновременно исполнителем услуги), взаиморасчеты не осуществляются.

В целях учета объемов проведения внутри медицинской организации исследований кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом медицинской организации-исполнителю необходимо указывать в составе обращения по заболеванию, в ходе которого было назначено и выполнено такое исследование, учетную услугу 3.148.1 «Учетная услуга для исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом» из раздела РКУ 3.148 «Услуга для учета исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом в рамках обращения» (далее – услуга 3.148.1).

9.17. Особенности формирования счетов и реестров счетов в рамках взаиморасчетов за отдельные услуги 1 этапа проведения диспансеризации детей-сирот, детей усыновленных и профилактических осмотров несовершеннолетних, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения

С целью учета и оплаты страховых случаев проведения диспансеризации детей-сирот, детей усыновленных и профилактических осмотров несовершеннолетних, для завершения которых в рамках взаиморасчетов были оказаны услуги в другой медицинской организации (далее – МО-исполнитель), счета и реестры счетов выставляются следующим образом.

МО-исполнитель выставляет отдельные реестры счетов (реестры типа «Н») по оказанным МО-заказчику медицинским услугам в рамках проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних или диспансеризации отдельных категорий детей с указанием источника финансирования «ПМ» (поле реестра IFIN = ПМ).

Для каждого отдельного случая указывается код медицинской организации, для которой была выполнена данная услуга (поле реестра NPR_MO), и дата направления несовершеннолетнего для получения услуги (поле реестра NPR_DATE).

В данных реестрах могут использоваться только медицинские услуги из следующих разделов:

- 3.155 «Услуги 1 этапа при проведении диспансеризаций детей усыновленных (взаиморасчеты)»;
- 3.156 «Услуги 1 этапа при проведении диспансеризаций детей-сирот (взаиморасчеты)»;
- 3.157 «Услуги 1 этапа при проведении профосмотров несовершеннолетних (взаиморасчеты)»;
- 3.158 «Услуги профосмотров взрослого населения (взаиморасчеты)»;
- 3.159 «Услуги диспансеризации взрослого населения (взаиморасчеты)»;
- 3.160 «Услуги 1 этапа при проведении углубленной диспансеризации (взаиморасчеты)»;
- 3.162 «Доплатные услуги при проведении углубленной диспансеризации взрослого населения 1 этап (взаиморасчеты)»;
- 3.163 «Услуги углубленной диспансеризации взрослого населения 2 этап (взаиморасчеты)»;
- 3.164 «Услуги диспансерного наблюдения (взаиморасчеты)».

Если услуга в рамках взаиморасчета была оказана по поводу диспансерного наблюдения, то в обязательном порядке указывается «цель посещения» P_CEL=1.3.

9.18. Особенности формирования счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по диспансерному наблюдению

При формировании счетов (реестров счетов) на оплату комплексного посещения в рамках диспансерного наблюдения необходимо соблюдение следующих условий:

1. Реестры счетов на оплату комплексного посещения в рамках диспансерного наблюдения взрослых выставляются отдельными реестрами счетов с указанием источника финансирования «ДН» (поле реестра IFIN = ДН) со следующими параметрами:

1.1. В блоке услуг обязательно для всех случаев, за исключением случаев с основным диагнозом из диапазона С00-D09, D45-D47, должны быть указаны основная и учетные услуги:

Раздел РКУ	Категория услуги	Расшифровка
3.149	Основная	Для выставления первой в календарном году явки в рамках диспансерного наблюдения взрослых. Услуги данного раздела указываются в соответствии со специальностью медицинского работника, осуществляющего диспансерное наблюдение по данному заболеванию.
3.151	Учетные	Для отражения фактически выполненных при проведении диспансерного наблюдения пациенту медицинских услуг (лабораторных, диагностических). Необходимо использовать услугу 3.151.1 «Учетная услуга для комплексного посещения по диспансерному наблюдению (взрослые)». В данных услугах заполняется поле VID_VME в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Минздравом России.

1.2. При предъявлении на оплату случаев комплексного посещения в рамках диспансерного наблюдения взрослых с основным диагнозом DS1 из диапазона С00-D09 указание учетной услуги 3.151.1 не обязательно.

1.3. В качестве цели посещения указывается код 1.3 (P_CEL = 1.3)

Все последующие в течение текущего календарного года диспансерные явки взрослых к медицинским работникам тех же специальностей учитываются и предъявляются на оплату по тарифам либо за единицу объема (посещение,

обращение), либо в рамках подушевого способа оплаты. При этом указывается цель посещения медицинской организации (медицинского работника) 1.3 (P_CEL = 1.3).

2. Формирование счетов (реестров счетов) для оплаты случаев диспансерного наблюдения несовершеннолетних в амбулаторных условиях осуществляется со следующими параметрами:

2.1. В каждом случае в блоке услуг обязательно должна быть указана основная услуга.

2.2. Основную услугу необходимо выбирать из следующих разделов:

Источник финансирования	Раздел РКУ		Категория услуги	Расшифровка
	Медпомощь оказана с января по апрель 2023 года	Медпомощь оказана с мая 2023 года	Категория услуги	Расшифровка
Пустая строка	3.91	3.152	Основная	Для выставления первой в календарном году явки в рамках диспансерного наблюдения несовершеннолетних вне подушевого финансирования
ПР	3.92	3.153	Основная	Для выставления первой в календарном году явки в рамках диспансерного наблюдения несовершенноле

				тних по подушевому финансирован ию
ФП	3.115	3.154	Основная	Для выставления первой в календарном году явки в рамках диспансерного наблюдения несовершенноле тних фельдшером (акушером) фельдшерско- акушерского пункта

2.3. Допускается заполнение учетных услуг. Для этого необходимо использовать учетную услугу 3.151.2 «Учетная услуга для комплексного посещения по диспансерному наблюдению (дети)» из раздела 3.151. При этом в законченном случае заполняется, помимо основной услуги, набор из учетных услуг 3.151.2 с указанием фактически выполненных при проведении диспансерного наблюдения пациенту медицинских услуг (лабораторных, диагностических) посредством заполнения поля (VID_VME) в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Минздравом России.

2.2. Цель посещения указывается 1.3 (P_CEL = 1.3)

9.19. Особенности формирования счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях

При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи за законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях необходимо соблюдение следующих требований:

1. Случай должен содержать одну основную услугу из раздела 3.145 «Обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

2. Выбор учетных услуг для посещений в составе обращения по «медицинской реабилитации» осуществляется из раздела РКУ 3.146 «Учетные услуги для обращения (комплексного посещения) по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация".

3. Обращение по «медицинской реабилитации» должно включать не менее 10-12 посещений к специалистам мультидисциплинарной реабилитационной команды (далее - МДРК) для получения набора необходимых консультаций специалистов, а также для проведения методов реабилитации, определенных индивидуальными программами медицинской реабилитации (далее - ИПМР). При этом в составе обращения обязательно должно быть указано не менее двух посещений к врачу по медицинской реабилитации (код услуги в РКУ 3.146.1), а также не менее 8-9 посещений для проведения методов реабилитации для пациентов с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) 2 балла или не менее 9-11 посещений для проведения методов реабилитации для пациентов с оценкой по ШРМ 3 балла.

4. Дата начала обращения по «медицинской реабилитации» должна соответствовать дате первого посещения к врачу по медицинской реабилитации.

Для законченного случая в целом, основной услуги РКУ из раздела 3.145 и учетных услуг РКУ из раздела 3.146 должен указываться код профиля медицинской помощи 158 «медицинской реабилитации» по федеральному классификатору профилей оказанной медицинской помощи V002. На уровне законченного случая должен быть указан вид медицинской помощи 13 «первичная специализированная медико-санитарная помощь» по федеральному классификатору видов медицинской помощи V008. Для случая должен быть заполнен признак реабилитации REAB значением «1», указана специальность врача – 104 «врач по медицинской реабилитации» по федеральному классификатору медицинских специальностей (должностей) V021.

9.20. Особенности формирования счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по школе сахарного диабета

Реестры счетов на оплату комплексного посещения в рамках школы сахарного диабета выставляются отдельными реестрами счетов по тарифу за единицу объема с указанием источника финансирования «ОМС», то есть поле реестра IFIN = «» (пустая строка) со следующими параметрами:

- в рамках законченного случая в блоке услуг USL обязательно должны быть указаны одна основная услуга и 6 (для взрослых) или 11 (для детей) учетных услуг, а именно:

Раздел РКУ	Категория услуги	Расшифровка
3.150	Основная	Для выставления комплексного посещения в рамках школы сахарного диабета (поле VID_VME B04.012.001). Услуга данного раздела указывается в соответствии со специальностью медицинского работника и категории заболевания. Дата начала услуги (DATE_IN) соответствует дате первого занятия-обучения в школе сахарного диабета, дата окончания услуги (DATE_OUT) – соответствует дате завершающего занятия - обучения в школе сахарного диабета.
3.161	Учетная	Для отражения в реестрах фактов посещения занятий школы сахарного диабета и факта проверки дневников самоконтроля необходимо указать учетные услуги: 1) 3.161.1 «Учетная услуга – посещение занятия в школе сахарного диабета» (5 услуг для взрослых пациентов и 10 учетных услуг для детей). В этих учетных услугах дата начала услуги равна дате окончания услуги (DATE_IN = DATE_OUT) и соответствует фактической дате проведения занятия. 2) 3.161.2 «Учетная услуга -проверка дневников самоконтроля в школе сахарного диабета» (указывается однократно). Дата начала услуги равна дате окончания услуги (DATE_IN = DATE_OUT) и соответствует фактической дате проверки дневников самоконтроля. Поле VID_VME в учетных услугах не заполняется.

- в качестве цели посещения указывается код 2.6 (P_CEL = 2.6).

Заполнение полей профиля медицинской помощи и специальности врача при оказании медицинской помощи, **начиная с января 2023 года**, должно

осуществляться в соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2012 №899н, а именно:

- код профиля медпомощи (V002): эндокринология (код 122), детская эндокринология (код 21);
- специальность врача (V021): детская эндокринология (код 22), эндокринология (код 92), сестринское дело (код 219).

9.21. Особенности оформления счетов и реестров счетов при осуществлении межучрежденческих расчетов между МО-заказчиками и МО-исполнителями через СМО

Межучрежденческие расчеты (далее – взаиморасчеты) между МО-заказчиками и МО-исполнителями через СМО осуществляется в соответствии с договорами в сфере ОМС, Правилами ОМС с учётом результатов МЭК, проведённого ТФОМС АО и принятыми к оплате счетами и реестрами счетов по тарифам, установленным приложениями № 13 и № 15 Тарифного соглашения в сфере ОМС Архангельской области на соответствующий финансовый год и на плановый период, с указанием канала финансирования в счете и реестре счета IFIN=«ВР» (взаиморасчеты), кроме услуг уже имеющих в РКУ, в 2023 году передаваемых через имеющиеся каналы финансирования ЛИ, ТМ, ДИ, ПМ.

Для услуг по взаиморасчетам в РКУ созданы следующие разделы:

6.1 «Взаиморасчеты» - включает услуги Приложения № 13 к тарифному соглашению, за исключением услуг по лабораторной диагностике (ЦКДЛ) и дистанционным консультациям;

6.2 «Взаиморасчеты - Дистанционные консультации» - включает услуги Приложения № 15, за исключением консультаций в неотложной и экстренной форме;

6.3 «Взаиморасчеты - Дистанционные консультации в неотложной и экстренной форме» - включает услуги Приложения № 15 по консультациям в неотложной и экстренной форме.

Порядок работы с документами при взаиморасчетах

МО-исполнитель регулярно, желательно не реже одного раза в неделю, выставляет счета и реестры счетов за оказанные по взаиморасчетам услуги и направляет их в ТФОМС АО. Счета и реестры счетов должны быть направлены в ТФОМС АО до 25 числа отчетного месяца. Счета и реестры счетов, направленные 25 числа отчетного месяца или позднее, будут обработаны только в следующем отчетном периоде (месяце). Счета и реестры счетов от МО-исполнителей могут включать в себя услуги, выполненные по разным МО-заказчикам, однако не рекомендуется формировать слишком большие реестры счетов из-за сложности для МО-исполнителей устранения ошибок в них.

ТФОМС АО проводит ФЛК поступивших счетов и реестров счетов и направляет в адрес МО-исполнителя протокол ФЛК. Услуги, включенные в реестры счетов МО-исполнителя, в случае успешного прохождения ФЛК, передаются в ЕИР ТФОМС АО.

Ежемесячно, 25 числа отчетного месяца, реестр медицинских услуг, загруженный в ЕИР ТФОМС АО, публикуется в ЕИР для МО-заказчика с целью согласования. МО-заказчик подтверждает (или не подтверждает) факт заказа медицинских услуг и факт их оказания.

После подтверждения МО-заказчиком реестра выполненных медицинских услуг, в ЕИР ТФОМС АО формируется акт сверки объемов оказанных услуг в рамках проведения взаиморасчетов (далее – акт оказанных услуг), который подписывается МО-заказчиком и МО-исполнителем, после чего сканированная копия акта оказанных услуг загружается МО-исполнителем в ЕИР ТФОМС АО.

Разногласия между МО-заказчиком и МО-исполнителем должны быть урегулированы на этапе согласования объема оказанных в рамках взаиморасчетов услуг.

При отсутствии подписанных МО-заказчиком и МО-исполнителем актов оказанных услуг расчет не производится.

По факту загрузки акта оказанных услуг в ЕИР фиксируется состояние подтвержденных услуг и передается в подсистему персонифицированного учета медицинской помощи информационной системы ТФОМС АО.

На основании переданного реестра согласованных МО-исполнителем и МО-заказчиком медицинских услуг ТФОМС АО проводит окончательный медико-экономический контроль (МЭК) реестров счетов в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

После проведения ТФОМС АО МЭК всех реестров счетов и направления протоколов и заключений по результатам МЭК в МО и СМО, в ЕИР ТФОМС АО формируются акты взаиморасчетов в форме электронного файла формата PDF, а также файл с выпиской в формате VDI (Таблица 17 Структура файла выписки настоящей Инструкции).

Сформированные акты взаиморасчетов направляются участникам информационного взаимодействия (МО-заказчику, МО-исполнителю и СМО) для рассмотрения и подписания.

Файл в формате PDF, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью (далее – КЭП) руководителя ТФОМС АО публикуется в ЕИР ТФОМС АО.

СМО в течение 3-х рабочих дней после публикации актов взаиморасчетов в ЕИР ТФОМС АО осуществляет их подписание КЭП руководителя филиала СМО.

Формат изменений, добавленных к форматам реестров счетов различных типов, правила и условия заполнения элементов реестров счетов по взаиморасчетам

Счета и реестры счетов по каналу финансирования «ВР» формируются МО-исполнителем отдельно по каждому МО-заказчику и СМО и направляются в СМО в описанном в данной Инструкции порядке через информационную систему ТФОМС АО.

При формировании счетов и реестров счетов МО-заказчик заполняет блок NAPR в формате Приложения 6.1, элемент NAPR_NUM, NAPR_USL_CODE в формате Приложения 6.2, Приложения 6.3, Приложения 6.4 настоящей Инструкции.

При формировании счетов и реестров счетов МО-исполнитель заполняет поля NPR_NUM, NPR_USL_OK Приложения 6.1 настоящей Инструкции.

!

10. Особенности формирования реестров счетов при оплате медицинской помощи в дневном стационаре по клинко-статистическим группам (КСГ)

10.1. Порядок применения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП)

Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования (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. В 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.

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП, и конкретные значения КСЛП, указаны в Приложении 3 тарифного соглашения «Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» (далее – Приложение 3 тарифного соглашения) в соответствии с Методическими рекомендациями.

В соответствии с Методическими рекомендациями с 01.01.2023 стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

Для указания КСЛП в реестрах счетов заполняются поля «IT_SL» и «SL КОЕФ» после комментария основной услуги (тег «COMENTU»).

Таблица 18 Региональный справочник КСЛП

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
Региональный справочник КСЛП					
packet	zglv	О	S	Заголовок	
	zap	О	S	Запись	

Код элемента	Содержание элемента	Обязательность элемента	Тип элемента	Описание элемента	Дополнительная информация об элементе
Заголовок					
zglv	type	O	T(10)	Тип справочника	Заполняется значением SLK
	version	O	T(3)	Версия формата	1.0
	date	O	D	Дата создания файла	В формате ГГГГ-ММ-ДД
Запись					
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(1.5)	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	У	Date	Дата окончания действия записи	

Для каждого случая медицинской помощи (КСГ) может быть указано несколько коэффициентов (элементов «SL_KOEf»). В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

Значение поля TARIF основной услуги (КСГ) заполняется согласно Тарифному соглашению, при этом стоимость услуги SUMV_USL является произведением стоимости (тарифа) соответствующей КСГ на количество услуг KOL_USL и на значение коэффициента (КСЛП) в поле «IT_SL» с последующим округлением до двух знаков после запятой.

Значение количества услуг в поле KOL_USL для основной услуги (КСГ) всегда будет равняться единице.

Порядок округления. При расчетах КСЛП округление производится по наиболее распространенному правилу округления, т.н. «округление к ближайшему целому». Округление производится до пяти знаков после запятой. Последовательность округления: сначала вычисляется итоговый коэффициент

КСЛП. Потом производится его округление и результат записывается в поле «IT_SL».

Для прерванных случаев лечения (3 дня и менее) применение КСЛП аналогичное.

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.

10.2. 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 SL) на уровне законченного случая (узел Z_SL).

При необходимости, к услуге КСГ применяется КСЛП в соответствии с правилами **Error! Reference source not found. Error! Reference source not found.** При этом КСЛП может быть применён только к одной услуге (КСГ), в соответствии с Приложением № 3 «Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» к Тарифному соглашению.

Общая сумма законченного 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 SL по КСГ дата в поле DATE_2 первой КСГ должна быть равна дате в поле DATE_1 второй КСГ (т.е. дата перевода пациента в пределах одной медицинской организации). В узле Z_SL поле DATE_Z_1 (дата начала лечения) должна быть равна дате в поле DATE_1 первой КСГ, а дата в поле DATE_Z_2 (дата окончания лечения) должна быть равна дате в поле DATE_2 второй КСГ.

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

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

10.3. Порядок формирования законченного случая при проведении сеансов гемодиализа в период лечения в круглосуточном стационаре

Услуги гемодиализа, оказанные в условиях круглосуточного стационара, могут выставляться только совместно с основной КСГ.

Сама КСГ и каждый сеанс гемодиализа выставляются как отдельный вложенный случай SL в рамках законченного случая госпитализации Z_SL. При этом способ оплаты IDSP, по приоритету, указывается как для услуги КСГ.

Отчетный период законченного случая определяется по дате выписки DATE_Z_2.

Таким образом, при переходе с одного года на другой, или при смене СМО в середине периода лечения, все сеансы гемодиализа и КСГ попадают в один счет и оплачиваются по тарифу на дату выписки.

10.4. Особенности формирования реестров счетов при лечении в дневном стационаре по КСГ ds18.002 «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 ds18.002 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» (в 2018 году нумеровалась как КСГ 43, на рисунках ниже оставлено прежнее наименование);
- отдельные услуги гемодиализа.

Независимо от того, какой вариант представления на оплату услуг гемодиализа применяется, услуги гемодиализа в реестре счёта всегда выставляются как отдельные случаи SL.

Услуги гемодиализа в сочетании с законченным случаем по ds18.002 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ»

В соответствии с Тарифным соглашением и Методическими рекомендациями, законченный случай лечения в дневном стационаре по КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» формируется за один календарный месяц. Сеансы диализа выставляются на оплату совместно с КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» в рамках одного законченного случая Z_SL, отдельными элементами SL.

Условия возмещения затрат по КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ», в размере 100%, а также в размере 50% указаны в Приложении № 5 к Тарифному соглашению.

В случае SL с КСГ ds18.002 указываются дата начала лечения (например, первое число календарного месяца) и даты окончания лечения по законченному случаю (последнее число календарного месяца или перед датой госпитализации пациента в круглосуточный стационар). Оказанные услуги гемодиализа должны быть включены отдельными случаями SL (каждая услуга гемодиализа указывается отдельно) **в тот же самый законченный случай Z_SL**, что и КСГ ds18.002. При этом в законченный случай включаются только те услуги гемодиализа, оказание которых приходится на период КСГ ds18.002. Остальные сеансы гемодиализа выставляются отдельным законченным случаем.

Если в календарном месяце, за который формируется отчет, пациент, получающий услуги диализа, госпитализирован в круглосуточный стационар, то для правильного выставления счетов на оплату необходимо учитывать схемы пересечения сроков оказания услуг диализа и сроков госпитализации в

круглосуточный стационар или в монопрофильный круглосуточный стационар, которые приведены на рисунках 2 и 3.

Пересечение сроков лечения в круглосуточном стационаре с датами получения сеансов диализа в условиях дневного стационара не допускается.

Допускается пересечение сроков лечения пациента в круглосуточном стационаре медицинской организации, не оказывающей услуги диализа, с днями проведения сеансов диализа такому пациенту в амбулаторных условиях.

Отдельные услуги гемодиализа

Отдельные услуги гемодиализа представляются на оплату за отчётный месяц, они объединяются в один или несколько законченных случаев Z_SL, при этом пересечение с периодом лечения в круглосуточным стационаром не допускается. Каждая услуга гемодиализа подается отдельным случаем SL.

Рисунок 2. Схема пересечения - КСГ ds18.002 в начале месяца

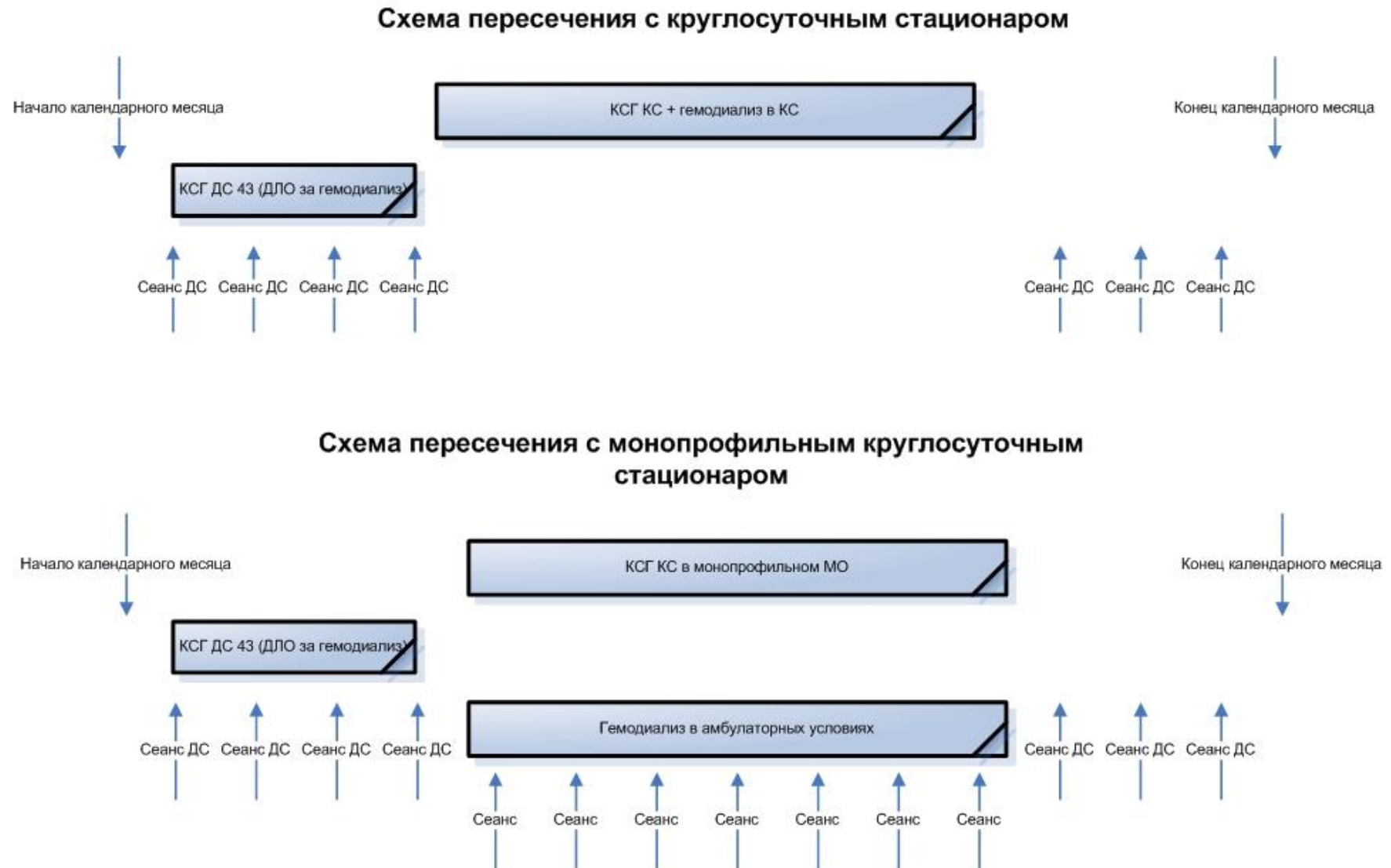


Рисунок 3. Схема пересечения - КСГ ds18.002 в конце месяца



11.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.

12.Оглавление Инструкции

Инструкция по организации информационного взаимодействия между участниками в сфере обязательного медицинского страхования на территории Архангельской области при осуществлении представления счетов и реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам.....	1
1. Общие положения.....	1
1.1. Определение документов информационного обмена.....	3
1.2. Порядок выпуска и обновления Инструкции.....	4
1.3. О формате обмена, определённом в редакции Инструкции с 01.09.2023	4
2. Термины, определения, аббревиатуры.....	6
3. Описание порядка информационного взаимодействия.....	12
3.1. Участники информационного взаимодействия и их роли.....	12
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области.....	12
Страховые медицинские организации.....	13
Медицинские организации.....	13
3.2. Организация информационного взаимодействия между его участниками.....	14
Общие положения информационного взаимодействия.....	14
Информационное взаимодействие между ТФОМС и МО.....	15
Информационное взаимодействие между ТФОМС и СМО.....	17
3.3. Порядок аннулирования счетов и реестров счетов (пакетов счетов).....	18
4. Процедура определения страховой принадлежности.....	19
4.1. Порядок определения страховой принадлежности.....	19
Описание процедуры определения страховой принадлежности.....	19
Требования и рекомендации по заполнению информации на определение страховой принадлежности.....	20
4.2. Результаты определения страховой принадлежности.....	21
4.3. Дополнительное определение страховой принадлежности.....	22
5. Описание порядка проведения проверок (ФЛК и МЭК).....	24
5.1. Порядок проведения ФЛК в ТФОМС АО.....	24
Описание процесса и принципов ФЛК.....	24
Описание правил ФЛК, ошибок ФЛК и Протокола ФЛК.....	24
5.2. Порядок проведения МЭК.....	25
5.3. Исправление ошибок МЭК.....	27
6. Приложения.....	28
1. Формат регионального классификатора услуг.....	28
2. Формат регионального справочника подразделений МО.....	36
3. Формат электронного счёта.....	38
4. Формат электронного заключения.....	44
5. Формат пакета счёта и пакета экспертизы.....	48
6. Формат файлов информационного взаимодействия (реестров счетов и протоколов).....	53
7. Правила формирования счетов и реестров счетов при изменении реестрового номера медицинской организации.....	177
8. Предоставление дополнительных сведений.....	178
9. Особенности формирования реестров счетов при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.....	186
10. Особенности формирования реестров счетов при оплате медицинской помощи в дневном стационаре по клинико-статистическим группам (КСГ).....	231
11. Методика выявления повторного включения в реестры счетов сведений об оказанной медицинской помощи (дублирование).....	240
12. Оглавление Инструкции.....	242