ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

От 26 декабря 2014 года № 659 г. Кострома

О внесении изменений в приказ
от 16 января 2014 года № 10

В целях исполнения Федерального закона от 29 ноября 2011 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07 апреля 2011 года № 79 (ред. от 23.03.2018) «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» по учету оказанной медицинской помощи застрахованным гражданам и учета выполненных медицинских услуг при проведении диспансеризации и медицинских осмотров населения Костромской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить внесенные изменения в приказ ТФОМС Костромской области от 16 января 2014 года № 10 (в ред. от 29.04.2014) «Об утверждении Информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML» согласно прилагаемого Информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML (версии 3.0) (далее – Информационное взаимодействие) (Приложение к настоящему приказу).

2. Установить, что основные и повторные (исправленные) счета с реестрами счетов за оказанную медицинскую помощь в 2018 году (по дате завершения оказания медицинской помощи) в установленные сроки представляются в ТФОМС Костромской области и в страховые медицинские организации в формате XML в соответствии с настоящим приказом.

3. Приказ вступает в силу с даты подписания и распространяется на случаи оказания медицинской помощи **с 01 января 2015 года**.

4. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Директор В.Е. Николаев

Приложение

к приказу ТФОМС Костромской области
№ 659 от 26 декабря 2014 года

Приложение № 1

к приказу ТФОМС Костромской области
№ 10 от 16 января 2014 года

Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML (версии 3.0)

1. Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла и имя архива информационного пакета с двумя файлами (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

HPiNiPpNp_YYMMN.XML (HPiNiPpNp_YYMMN.ZIP), где

H – константа, обозначающая передаваемые данные.

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:
- **T** – ТФОМС;
- **S** – СМО;
- **M** – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:
- **T** – ТФОМС;
- **S** – СМО;
- **M** – МО.

Np – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

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.

* Порядковый номер пакета может формироваться и в следующем виде:

«YXXXX», где:

- «Y» - может принимать следующее значение: 1 – стационар, 2 – дневной стационар, 3 – поликлиника (1-ая); 4 – поликлиника (2-ая) и т.д. (далее по решению МО);

- «XXXX» - 1. Порядковый номер пакета (4 разряда). Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде. 2. Может присваиваться номер выставляемого счета с добавлением «0» (Ноль) слева до приведения числа к 4 разрядам.

В информационном обмене при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования, в указанном порядке осуществляются следующие взаимодействия:

№	Взаимодействие	Отправитель	Получатель	Формат обмена
1	Медицинская организация отправляет файлы запроса определения страховой принадлежности пациента	МО	ТФОМС	Таблица 4
2	Территориальный фонд определяет страховую принадлежность застрахованного лица и передаёт эту информацию в медицинскую организацию	ТФОМС	МО	Таблица 5
3	Медицинская организация посылает сведения об оказанной медицинской помощи в соответствующие страховые медицинские организации и ТФОМС (межтерриториальные расчеты)	МО	СМО, ТФОМС (межтерриториальные расчеты)	Таблицы 1,2,6,7
4	Страховая медицинская организация проводит контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и отправляет результаты* в территориальный фонд ОМС и в медицинскую организацию	СМО	ТФОМС, МО**	Таблицы 1,2,6

* Страховая медицинская организация обязана предоставить результаты МЭК в медицинские организации (ТФОМС) в электронном виде (реестры счетов МО с заполненными вложенными элементами по результатам МЭК (Таблицы 1,2,6) данного информационного взаимодействия) с актами результатов проведенного МЭК по защищенным каналам связи ViPNet.

** Состав, форматы и структура файлов, передаваемых страховыми медицинскими организациями Костромской области в ТФОМС Костромской области результатов проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по реестрам счетов медицинских организаций в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области, указаны в Приложении № 8 к настоящему информационному взаимодействию.

В пакете информационного обмена обязан присутствовать файл персональных данных в соответствии с Таблицей 2 Приложения № 1 к настоящему приказу.

В структуре файлов обязательно должна соблюдаться последовательность элементов (тегов) согласно указанной последовательности в Таблицах 1-6 Приложения № 1 к настоящему приказу.

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации - получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

– соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

– возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

– наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

– отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо H указывается Y. Структура файла приведена в Таблице 3.

Следует учитывать, что некоторые символы в файлах формата XML кодируются следующим образом:

Символ	Способ кодирования
двойная кавычка (")	"
одинарная кавычка (')	'
левая угловая скобка ("<")	<
правая угловая скобка (">")	>
амперсанд ("&")	&

Разделителем между целой и дробной частью является точка.

Пустые элементы не допускаются, они должны быть удалены.

В столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:

О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;

Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается;

У – условно-обязательный реквизит:

1. В зависимости от формирования суммы, выставленной к оплате (например, необходимость указания значения коэффициента (теги коэффициента со значением обязательны к выставлению), который участвует в формировании суммы к оплате). При отсутствии значения в соответствии с требованиями тарифного соглашения о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области на 2018 год от 26 декабря 2017 года (далее – Тарифное соглашение), теги вложенного элемента не передаются.

2. В зависимости от требований настоящего приказа (например, теги вложенных элементов обязательны к выставлению со значениями после проведения МЭК) и другие вложенные элементы в формате «У» в отдельных

случаях для МО и (или) СМО являются обязательными (в том числе и сегменты «Сведения об услуге»));

М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам;

В столбце «Формат» для каждого атрибута указывается – символ формата, а вслед за ним в круглых скобках – максимальная длина атрибута.

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

N – <число>;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

S – <элемент> составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Таблица 1. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи

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 «3.0».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество **тарифицированных** случаев (сегментов «SL», в которых значение «Z_SL.SL.TARIF» **не равно** «0», кроме случаев подушевого финансирования) оказания медицинской помощи, включённых в файл.
Счёт					
SCHET	**CODE**	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником «Реестр МО».
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	Год оказания медицинской помощи.
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	Месяц оказания медицинской помощи.
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	**O**	T(5)	Плательщик. Реестровый	Заполняется в соответствии со справочником «Реестр СМО».

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				номер СМО.	Код «**44**» - ТФОМС (По межтерриториальным расчетам). СМО Костромской области: Код «**44003**» - Филиал ООО «РГС-Медицина» - «Росгосстрах - Кострома – Медицина»; Код «**44012**» - Костромской филиал ООО ВТБ Медицинское страхование; Код «**44011**» - Филиал АО «МАКС-М» в г. Костроме.
	SUMMAV	О	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	Примечание: По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц сумма МО выставляется на оплату однократно за основной реестр счета за прошедший отчетный период. В исправленных реестрах к основному выставляется «0» или «0.00».
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	У («**О**» для СМО)	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Элемент обязателен к заполнению СМО (ТФОМС). Примечание: По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц сумма МО выставляется в соответствии со значением вложенного элемента «SUMMAV»
	SANK_MEK	У («О» для СМО)	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. Обязательно к заполнению СМО (ТФОМС). («0» или «0.00»- при отсутствии санкций)
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. Обязательно к заполнению СМО (ТФОМС) по результатам МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. Обязательно к заполнению СМО (ТФОМС) по результатам ЭКМП.
Записи					
ZAP	**N_ZAP**	О	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета (СКВОЗНАЯ).
	PR_NOV	О	N(1)	Признак исправленной записи	«**0**» – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые (**основной** реестр счета)); «**1**» – запись передается повторно после исправления (Запись обязательна при выставлении **исправленного** реестра счета).
	PACIENT	О	S	Сведения о	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				пациенте	
	Z_SL	О	S	Сведения о законченном случае	Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи
Сведения о пациенте					
PACIENT	**ID_PAC**	О	Т(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.
	VPOLIS	О	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	У	Т(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов ОМС старого образца
	NPOLIS	О	Т(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	ST_OKATO	У	Т(5)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС (Документ, подтверждающий факт страхования по ОМС (полис ОМС или временное свидетельство)) для полисов старого образца при наличии данных.
	SMO	О	Т(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником «Реестр СМО».
	SMO_OGRN	У	Т(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. (ОКАТО территории страхования заполняется в соответствии со справочником F010)
	SMO_OK	У	Т(5)	ОКАТО территории страхования	
	SMO_NAM	У	Т(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
Для ВМП поле/ влож. элемент не заполняется и не выставляется!!!	**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). Примечание:

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					Заполняется при MSE = 1. Случай предъявляется к оплате после получения медицинской организацией результатов медико-социальной экспертизы.
	MSE	У	N(1)	Направление на МСЭ	Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.
	NOVOR	О	Т(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; **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	**Обязательно** к заполнению при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. При возрастной категории пациента T_VOZR = 1 или 2
Сведения о законченном случае					
Z_SL	**IDCASE**	О	N(11)	Номер записи в реестре случаев. **Уникальный в пределах реестра счета.**	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	О	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006).
	T_USL_OK	О	N(2)	Код дополнительных сведений	Заполняется в соответствии с классификатором TFOMS_USL_OK.
	VIDPOM	О	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	FOR_POM	О	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014:

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					«1» - Экстренная; «2» - Неотложная; «3» - Плановая. (Поликлиника, стационар и днев. стац. по умолчанию – «3», кроме случаев неотложной и экстренной медпомощи, Скорая мед. помощь – «1»)
	NPR_MO	У	Т(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию). При направлении на лечение медицинской организацией, не включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС указывается: - при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Костромской области - код «**999999**»; - при осуществлении межтерриториальных расчетов - указывается код медицинской организации, принявшей пациента на госпитализацию.	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником «Реестр МО». Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = (1, 2)); 2. неотложной медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=2 и USL_OK =1). При данных условиях (неотл. мед. помощи) при самообращении пациента значение кода в NPR_MO не указывается и теги NPR_MO не прописываются.
Для ВМП поле/ влож. элемент **ЗАПОЛНЯЕТСЯ И ВЫСТАВЛЯЕТСЯ!!!**	**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 и дневного стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = (1, 2)); 2. неотложной медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=2 и USL_OK =1).
	LPU	О	Т(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии со справочником «Реестр

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					МО».
	DATE_Z_1	О	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	О	D	Дата окончания лечения	
	KD_Z	У (**О** – для Кр.Стац и Дн.Стац.)	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/ пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара (согласно работы дневного стационара)
	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	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009).
	ISHOD	О	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (V012).
	OS_SLUCH	НМ	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.
Для ВМП поле/ влож. элемент не заполняется и не выставляется!!!	**VB_P**	У	N(1)	Признак внутрибольничного перевода	Указывается «1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. Примечание: 1. Значение «0» не выставляется и теги «**VB_P**» не прописываются. Сегмент «SL» только один. 2. При значении **VB_P** =1 сегментов «SL» выставляется более одного.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SL	ОМ	S	**Сведения о случае**	Может указываться несколько раз **для случаев с внутрибольничным переводом** при оплате по КСГ, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях.
	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. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц значение выставляется «0» или «0.00».
	OPLATA	У	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи (для СМО и ТФОМС): 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.
	SUMP	У («О» - обязательно для СМО)	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	**Заполняется СМО (ТФОМС).** По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (и по значению «2» (Полный отказ) в «Z_SL.OPLATA») значение во вложенном элементе/теге «SUMP» указывается «0» или «0.00».
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по законченному случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже
Сведения о случае					
SL	**SL_ID**	О	T(36)	Идентификатор	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.
1. Вложенные элементы* оказанной высокотехнологичной медицинской помощи по приказу ФФОМС от 23.03.2018 года № 54 заполняются только при оказании высокотехнологичной медицинской помощи.					
	VID_HMP	О	**T(12)**	Вид высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор **видов** высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018.
	METOD_HMP	О	N(3)	Метод высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор **методов** высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019.
* При формировании реестров счетов оказанной медицинской помощи без оказанной высокотехнологичной медицинской помощи данные вложенные элементы не выставляются. При оказании высокотехнологичной медицинской помощи застрахованным гражданам счета и реестры счетов оказанной медицинской помощи					

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
выставляются отдельно.					
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	У	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	О	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002
	PROFIL_K	У	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020. Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара.
	DET	О	N(1)	Признак детского профиля	«0» - нет, «1» - да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. (ПОЛЕ «**DET**» = 1 ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПРОФИЛЯХ (СПРАВОЧНИК V002): 17 - детской кардиологии 18 - детской онкологии 19 - детской урологии-андрологии 20 - детской хирургии 21 - детской эндокринологии 55 - неонатологии 68 - педиатрии 86 - стоматологии детской) при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте до 18 лет.
2. Вложенные элементы* оказанной высокотехнологичной медицинской помощи по приказу ФФОМС от 23.03.2018 года № 54 заполняются только при оказании высокотехнологичной медицинской помощи.					
	TAL_D	О	D	Дата выдачи талона на ВМП	Заполняется на основании талона на ВМП
	TAL_NUM	О	T(20)	Номер талона на ВМП	
	TAL_P	О	D	Дата планируемой госпитализации	
* При формировании реестров счетов оказанной медицинской помощи без оказанной высокотехнологичной медицинской помощи данные вложенные элементы не выставляются. При оказании высокотехнологичной медицинской помощи застрахованным гражданам счета и реестры счетов оказанной медицинской помощи выставляются отдельно.					
Для ВМП поле/ влож. элемент не заполняется и не выставля	**P_CEL**	У	T(3)	Цель посещения	Классификатор целей посещения V025. Обязательно к заполнению для амбулаторных условий.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
ется!!!					
	NHISTORY	О	Т(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	
Для ВМП поле/ влож. элемент не заполняется и не выставляется!!!	**P_PER**	У (**О** – для Кр.Стац и Дн.Стац.)	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	
Для ВМП поле/ влож. элемент не заполняется и не выставляется!!!	**KD**	У (**О** – для Кр.Стац и Дн.Стац.)	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/ пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара. При обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях указывается количество посещений (поле обязательно к заполнению).
	DS0	Н	Т(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. Указывается при наличии и **при госпитализации обязателен к заполнению**. При переводе из отделения в отделение одной МО не заполняется.
	DS1	О	Т(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10.
	DS2	УМ	Т(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. **При наличии обязателен к заполнению.**
	DS3	УМ	Т(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					При наличии обязателен к заполнению.
Для ВМП поле/ влож. элемент не заполняется и не выставляется!!!	**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. **На территории Костромской области МЭС не утверждён. Не заполняется.**
	CODE_MES2	У	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	
Для ВМП поле/ влож. элемент не заполняется и не выставляется!!!	**KSG_KPG**	У	S	Сведения о КСГ	Заполняется при оплате случая лечения по КСГ
Для ВМП поле/ влож. элемент не заполняется и не выставляется!!!	**REAB**	У	N(1)	Признак реабилитации	Указывается значение «1» для случаев реабилитации. Для профиля «**158**» (Медицинская реабилитация)
	PRVS	О	N(4)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон (историю болезни)	Классификатор медицинских специальностей (**V015** и **V021**). По **V021** указывается значение IDSPEC. Примечание: (В элементе, на случаи оказания медицинской помощи, завершенные с 01апреля 2018 года, указывается код = **V021**, в элементе, на случаи оказания медицинской помощи, завершенные до 01апреля 2018 года, указывается код = **V015**).
	VERS_SPEC	**О**	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Классификатор медицинских специальностей (**V015** и **V021**). По **V021** указывается значение IDSPEC. Примечание: (В элементе, на случаи оказания медицинской помощи, завершенные с 01апреля 2018 года, указывается код = **V021**,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					в элементе, на случаи оказания медицинской помощи, завершенные до 01апреля 2018 года, указывается код = **V015**).
	T_PRVD	О	N(3)	Код врачебной должности	Заполняется в соответствии с классификатором TFOMS_PRVD.
	IDDOKT	О	Т(25)	Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	Необходим для связи с файлом персональных данных врача. В качестве уникального идентификатора используется СНИЛС врача (в формате 999-999-999 99)).
	ED_COL	**О**	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	Для стоматологической помощи заполняется количеством УЕТ (Смотри п.1.3).
	TARIF	**О**	N(15.2)	Тариф	Согласно тарифного соглашения о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области на 2018 год.
	SUM_M	О	N(15.2)	Стоимость случая, выставленная к оплате	Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг. Примечание: По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц значение выставляется «0» или «0.00».
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного случая. **При наличии элемент обязателен к заполнению СМО (ТФОМС).**
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Допускается указание услуг с нулевой стоимостью. Указание услуг с нулевой стоимостью обязательно, если условие их оказания является тарифообразующим (например, при оплате по КСГ).
	COMENTSL	У	Т(250)	Служебное поле	

Региональные поля

согласно Тарифного соглашения о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области на 2018 год
(далее - Тарифное соглашение**)**

Примечание: При вхождении **в значение тарифа** (вложенный элемент «TARIF» (сегментов «SL» и/или «USL»)) результата умножения на значение коэффициента (см. вложенные элементы коэффициентов из сегмента «Региональные поля») **значение коэффициента не**

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
указывается и сами тэги данного вложенного элемента коэффициента **не заполняются и не выставляются**					
	T_IDMO	**О**	T(100)	Уникальный идентификатор пролеченного по базе МО (Значение МО для ускорения поиска отклоненной записи)	При наличии СМО возвращает данное значение в МО
	T_KTG_KOL	У	N(8.2)	Количество выполненных процедур КТГ (только в амбулаторно-поликлинических условиях к посещению и обращению)	При учете **стоматологической помощи** указывается количество посещений согласно шифра КСГ (или количество посещений из всех оказанных услуг по данному случаю при отсутствии КСГ).
	T_KLOW	УМ	N(3.2)	Понижающий/ повышающий коэффициент	**Заполняется при наличии в тарифном соглашении (ТС)**
	T_TIME	У («О» для СМП)	TIME(5)	Время (ЧЧ:ММ) Где: Ч-часы, М-минуты.	**Время приема вызова бригады скорой медицинской помощи.**
Сведения о КСГ (Для ВМП данный сегмент не заполняется и не выставляется!!!)					
KSG_ KPG	**N_KSG**	У	T(20)	Номер КСГ	Номер КСГ (V023) с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ. Примечание: При KSG_PG=1 значение в N_KSG указывается с подгруппой.
	T_KSG	У	T(20)	Код клинико-статистической группы заболеваний	Обязателен к заполнению при оказании **стоматологической помощи**
	T_KSGUSL	У	T(20)	Код медицинской услуги, участвующей в подборе КСГ	Код мед. услуги, участвующей в подборе КСГ – В ЭТОМ СЛУЧАЕ ПОЛЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ. Классификатор услуг.
	VER_KSG	О	N(4)	Модель определения КСГ	Указывается версия модели определения КСГ (год) (ГГГГ)
	KSG_PG	О	N(1)	Признак использования	0 – подгруппа КСГ не применялась;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				подгруппы КСГ	1 – подгруппа КСГ применялась
	N_KPG	У	N(2)	Номер КПГ	Номер КПГ (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПГ. Не подлежит заполнению при заполненном N_KSG
	KOEF_Z	О	N(2.5)	Коэффициент затратоемкости	Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ
	KOEF_UP	О	N(2.5)	Управленческий коэффициент	Значение управленческого коэффициента для КСГ. При отсутствии указывается «1»
	BZTSZ	О	N(6.2)	Базовая ставка	Значение базовой ставки, указывается в рублях
	KOEF_D	О	N(2.5)	Коэффициент дифференциации	Значение коэффициента дифференциации
	KOEF_U	О	N(2.5)	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи	Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи. Для КСГ, в которых не применяется коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи, значение равно «1».
	DKK1	У	T(10)	Дополнительный классификационный критерий	Дополнительный классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом Российской Федерации. Обязателен к заполнению: - в случае применения при оплате случая лечения по КСГ; - в случае применения при оплате случая лечения по КПГ, если применен региональный дополнительный классификационный критерий; - в случае применения схемы лекарственной терапии, указанной в группировщике КСГ, при злокачественном новообразовании независимо от способа оплаты случая лечения
	DKK2	У	T(10)	Дополнительный классификационный критерий	Заполняется кодом схемы лекарственной терапии (только для комбинированных схем лечения при злокачественном новообразовании независимо от способа оплаты случая лечения)
	T_VOZR	У	N(1)	Возрастная категория пациента. **Поле обязательно к заполнению** (становится тип	**Значения:** **1** - от 0 до 28 дней, **2** - от 29 до 90 дней, **3** - от 91 дня до 1 года, **4** - от 0 дней до 2 лет, **5** - от 0 дней до 18 лет,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				«О») при наличии указанной возрастной категории в Приложениях №№ 27.1 и 27.2 Тарифного соглашения.	**6** - старше 18 лет.
	SL_K	О	N(1)	Признак использования КСЛП	0 – КСЛП не применялся; 1 – КСЛП применялся
	IT_SL	У	N(1.5)	Применённый коэффициент сложности лечения пациента	**Итоговое значение** коэффициента сложности лечения пациента для данного случая. Указывается только при использовании.
	T_STATUS	У	N(3)	Код статуса гражданина	Заполняется при необходимости согласно требований тарифного соглашения и настоящего приказа в соответствии со справочником T_STATUS (Классификатор статуса гражданина).
	SL_KOEF	УМ	S	Коэффициенты сложности лечения пациента	Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента. Указывается при наличии IT_SL.
Коэффициенты сложности лечения пациента **(**Для ВМП данный сегмент не заполняется и не выставляется!!!**)**					
SL_KOEF	**IDSL**	О	N(4)	Номер коэффициента сложности лечения пациента	В соответствии с региональным справочником.
	Z_SL	О	N(1.5)	Значение коэффициента сложности лечения пациента	
Сведения о санкциях					
SANK	**S_CODE**	О	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	О	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TIP	О	N(2)	Код вида контроля	Указывается значение из F006 (Классификатор видов контроля)
	S_OSN	О	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	T_ERROR	УМ («О» при наличии ошибки во вл. элементе)	T(250)	Наименование вложенного элемента по отказу МЭК	Наименования вложенных элементов через точку с запятой, в которых найдена ошибка (Заполняется СМО при дополнительном указании)
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции. **Обязателен при наличии санкций.**
	S_IST	О	N(1)	Источник	«1» – СМО/ТФОМС к МО.
Сведения об услуге* (*для скорой медицинской помощи данные сведения об услуге **не предоставляются**, **кроме** случаев вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (Код услуги «A11.12.003») когда данный сегмент заполняется**)**					
USL	**IDSERV**	О	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая.
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии со справочником «Реестр МО». При оказании услуг МО, не включенной в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, указывается код «999999». При осуществлении межтерриториальных расчетов - указывается код медицинской организации, принявшей пациента на госпитализацию.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника МО (TFOMS_PODR).
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника МО (TFOMS_PODR).
	PROFIL	О	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002.
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа. **О введении справочника V001 будет сообщено дополнительно**.
	DET	О	N(1)	Признак детского профиля	«0» - нет, «1» - да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. (ПОЛЕ «**DET**» = 1 ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПРОФИЛЯХ (СПРАВОЧНИК V002): 17 - детской кардиологии

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					18 - детской онкологии 19 - детской урологии-андрологии 20 - детской хирургии 21 - детской эндокринологии 55 - неонатологии 68 - педиатрии 86 - стоматологии детской) при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте до 18 лет.
	DATE_IN	О	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	О	D	Дата окончания оказания услуги	
	DS	О	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	CODE_USL	О	T(20)	Код услуги	Классификатор услуг.
	KOL_USL	О	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	Для стоматологической помощи указывается количество УЕТ. **Примечание:** При значении «**CODE_USL**» = B01.003.004.009 (Тотальный внутривенный наркоз), B01.003.004.010 (Комбинированный эндотрахеальный наркоз) ставится «0» или «0.00»
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	
	SUMV_USL	О	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)	ОКРУГЛЕНИЕ до 2-х знаков (Примечание 4) при наличии значения. При отсутствии значения ставится «0» или «0.00»
	PRVS	О	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей (**V015** и **V021**). По **V021 у**казывается значение IDSPEC. Примечание: (В элементе, на случаи оказания медицинской помощи, завершенные с 01апреля 2018 года, указывается код = **V021**, в элементе, на случаи оказания медицинской помощи, завершенные до 01апреля 2018 года, указывается код = **V015**). При оказании услуг в другой МО указывается код «0».
	CODE_MD	О	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу.	В соответствии с территориальным справочником (Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) врача. Необходим для связи с файлом персональных данных врача (**IDDOKT**).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					В качестве уникального идентификатора используется СНИЛС врача (в формате **999-999-999 99**)). При оказании услуг в другой МО указывается код «0»
Для ВМП поле/ влож. элемент не заполняется и не выставляется!!!	**NPL**	У	N(1)	Неполный объём	Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме. 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	При оказании стоматологической помощи при лечении зуба (нескольких зубов) тип вложенного элемента «**Обязательный**» с указанием значения согласно Примечания 5 к Приложению № 1 к настоящему приказу. Пример: **22м,38ж**

Примечание:

1. При осуществлении персонифицированного учета оказанной **высокотехнологичной медицинской помощи** информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251. Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP.

Имя файла и имя архива информационного пакета с двумя файлами (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

TPiNiPpNp_YYMMN.XML (TPiNiPpNp_YYMMN.ZIP), где:

T – константа, обозначающая передаваемые данные по учету оказанной высокотехнологичной медицинской помощи.

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:
- **T** – ТФОМС;
- **S** – СМО;
- **M** – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:
- **T** – ТФОМС;
- **S** – СМО;
- **M** – МО.

Np – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

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.

При передаче сведений об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи файлы с персональными данными должны именоваться следующим образом – **LTPiNiPpNp_YYMMN.XML** (где **LT** - константа, обозначающая передаваемые персональные данные по учету оказанной высокотехнологичной медицинской помощи).

Формирование и передача счетов по оказанной **высокотехнологичной медицинской помощи** от медицинских организаций в страховые медицинские организации и в ТФОМС (по межтерриториальным расчетам) осуществляется согласно форме счета, указанной в Приложении № 10 к приказу ТФОМС Костромской области от 25.04.2016 года № 278 «Об утверждении форм Счетов на оплату медицинской помощи».

2. При формировании реестров счетов применение округления ко всем необходимым случаям заполнения значениями вложенных элементов осуществляется согласно Примечания 4 к данному информационному взаимодействию.

3. Фактическая длительность госпитализации в профильном отделении **круглосуточного стационара** определяется как целое число календарных дней, фактически проведенных пациентом в профильном отделении и находящихся в интервале между датой выписки и датой поступления в данное отделение, при этом день поступления и день выписки (перевода) учитываются как один день.

В случае госпитализации, начавшейся и закончившейся в один и тот же день (в том числе в случае перевода в другое профильное отделение или другую медицинскую организацию) фактическая длительность определяется равной единице.

Для **дневных стационаров** всех типов фактическая длительность госпитализации определяется по числу пациенто-дней − дней, в которые осуществлялись лечебные и диагностические мероприятия врачебным и средним медицинским персоналом при наличии записи в первичной медицинской документации. Праздничные или выходные дни (или иные дни), в которых лечебные и диагностические мероприятия не выполнялись, учету не подлежат и во вложенный элемент «T_KD» не выставляются.

Таблица 2. Файл персональных данных.

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо H указывается L.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
PERS_LIST	**ZGLV**	O	S	Заголовок файла	Информация о

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					передаваемом файле
	PERS	ОМ	S	Данные	Содержит персональные данные пациента
	DOKT	ОМ	S	Данные о враче	Содержит персональные данные врача
Заголовок файла					
ZGLV	**VERSION**	О	Т(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «**3.0**».
	DATA	О	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	О	Т(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME1	О	Т(26)	Имя основного файла	Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения.
Данные					
PERS	**ID_PAC**	О	Т(36)	Код записи о пациенте	Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи.
	FAM	У	Т(40)	Фамилия пациента	**FAM** (фамилия) и/или **IM** (имя) 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. **OT** (отчество) указывается при наличии в документе **УДЛ.** В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение. Для детей при отсутствии данных **ФИО** до
	IM	У	Т(40)	Имя пациента	
	OT	У	Т(40)	Отчество пациента	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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.
	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	УМ	N(1)	Код надёжности идентификации пациента	«1» – отсутствует отчество; «2» – отсутствует фамилия;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					«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(100)**	Номер телефона пациента	Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений. Информация для страхового представителя.
	FAM_P	У	T(40)	Фамилия представителя пациента	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) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле **DOST_P** обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается. **OT_P** (отчество представителя)
	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
					указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле **DOST_P** можно опустить соответствующее значение. 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». 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». 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.
	DOST_P	УМ	N(1)	Код надёжности идентификации представителя	«1» – отсутствует отчество; «2» – отсутствует фамилия; «3» – отсутствует имя;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					«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.
	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.
	DOCSER	У	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	DOCNUM	У	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	SNILS	У	T(14)	СНИЛС пациента или представителя	СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.
	OKATOG	У	T(11)	Код места жительства по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений
	OKATOP	У	T(11)	Код места пребывания по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	COMENTP	У	T(250)	Служебное поле	
DOKT	**IDDOKT**	О	T(16)	Код записи о враче	Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи.
	FAM_DOKT	О	T(40)	Фамилия врача	
	IM_DOKT	О	T(40)	Имя врача	
	OT_DOKT	О	T(40)	Отчество врача	Отчество указывается «НЕТ» при отсутствии в УДЛ.
	COMENTD	У	T(250)	Служебное поле	

Таблица 3. Файл с протоколом ФЛК.

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо Н указывается **Y**.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
FLK_P	**FNAME**	О	T(24)	Имя файла журнала ФЛК	
	FNAME_I	О	T(24)	Имя исходного файла	
	PR	НМ	S	Причина отказа	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках
Причины отказа					
PR	**OSHIB**	О	N(3)	Код ошибки	В соответствии с классификатором Q004. (Был Q008. Он для МТР)
	IM_POL	У	T(20)	Имя поля	Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	BAS_EL	У	T(20)	Имя базового элемента	Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка
	N_ZAP	У	N(8)	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.SL», в том числе во входящих в него услугах).
	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

Таблица 4. Файл запроса определения страховой принадлежности пациента.

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо H указывается **Q**.

Примечание.

1. Для скорой медицинской помощи имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо H указывается **S**.

2. Пример наименования файла для скорой медицинской помощи:

Наименование файла **SM440150T44_15011.XML** от медицинской организации в ТФОМС за январь 2015 года - персональные данные для идентификации гражданина, которому оказана скорая медицинская помощь.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
PERS_LIST	**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	2.1.5
	DATA	O	D	Дата	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Данные					
PERS	**ID_PP**	O	T(36)	Код записи	Уникально идентифицирует запись в пределах файла. Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником «Реестр СМО». При отсутствии сведений может не заполняться.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	«1» - полис старого образца; «2» - временное свидетельство;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					«3» - полис единого образца.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	При значении «**1**» в элементе «**VPOLIS»** (полис старого образца)
	NPOLIS	О	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	FAM	О	T(40)	Фамилия пациента	
	IM	О	T(40)	Имя пациента	
	OT	О	T(40)	Отчество пациента	Отчество указывается «НЕТ» при отсутствии в УДЛ.
	W	О	N(1)	Пол пациента	Заполняется в соответствии с классификатором V005.
	DR	О	D	Дата рождения пациента	
	DATE_ACT	О	D	Дата актуальности полиса (временного свидетельства)	Дата, на которую необходимо проверить актуальность полиса (временного свидетельства) по регистру застрахованных лиц
	DOCTYPE	О	N(2)	Тип документа, удостоверяющего личность	Код типа документа, удостоверяющего личность (Таблица 8 настоящего приказа)
	DOCSER	У	T(10)	Серия документа	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов. Не указывается только в случае отсутствия. (Таблица 8 настоящего приказа)
	DOCNUM	О	T(20)	Номер документа	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					типов документов. (Таблица 8 настоящего приказа)
	MR	У	Т(100)	Место рождения застрахованного лица	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность.
	PEN	У	Т(14)	СНИЛС	При наличии. (в формате «999-999-999 99»)
	T_FOMS	О	N(1)	Направление запроса	«1» - ТФОМС (от МО); «2» - ФФОМС (код выставляется при дополнительном требовании от ТФОМС).

Примечание:

1. Для идентификации (определения страховой принадлежности) застрахованного гражданина в ТФОМС в реестры персональных данных граждан, которым оказана скорая медицинская помощь, (Таблица 4 Раздела 1 Приложения № 1 к настоящему приказу) не включаются записи с персональными данными граждан, которые имеют страховой медицинский полис, выданный на территории другого субъекта Российской Федерации.

2. Для скорой медицинской помощи установить, что:

1) В наименовании файла запроса определения страховой принадлежности пациента первым символом указывается вместо символа «Н» символ «**S**»;

2) В запросе от медицинской организации на идентификацию граждан количество записей должно совпадать с количеством вызовов, обслуженных скорой медицинской помощью в отчётном периоде;

3) Медицинская организация для идентификации (определения страховой принадлежности) представляет персональные данные граждан, которым оказана скорая медицинская помощь в отчетном периоде, одним файлом, включающим в себя все вызовы, обслуженных скорой медицинской помощью в отчётном периоде, в срок до 4-го числа месяца (включительно), следующего за отчетным. Сведения, не вошедшие в представленный за отчетный период реестр персональных данных на идентификацию граждан, представляются в следующем отчетном периоде;

4) Если при выгрузке персональных данных граждан, которым оказана скорая медицинская помощь, (Таблицы 1 и 4 Раздела 1 Приложения № 1 к настоящему приказу) в ТФОМС Костромской области для определения страховой принадлежности:

- не выяснены фамилия, имя или отчество гражданина, то в соответствующих полях (элементах) ставится значение «**нет**»;

- неизвестна дата рождения, то указывается дата «**1900-01-01**»;

- неизвестен номер полиса, то в соответствующее поле (элемент) «NPOLIS» ставится «**0**», при этом в поле (элемент) «VPOLIS» (тип документа) ставится «**3**»;

5) К обработке принимаются реестры персональных данных на идентификацию граждан и (при требовании ТФОМС) реестры счетов неидентифицированных граждан, полученные по защищенным каналам связи ViPNet (на абонентский пункт «44(Кострома ТФОМС) Отдел информатизации и ИБ») или доставленные представителями медицинских организаций по акту приема-передачи (Приложение № 1 к информационному взаимодействию);

6) Формирование и передача счетов и реестров счетов оказанной скорой медицинской помощи от медицинских организаций в страховые медицинские организации и в ТФОМС (по межтерриториальным расчетам) с записями неидентифицированных граждан не допускается.

Таблица 5. Файл ответа на запрос определения страховой принадлежности пациента.

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо Н указывается А.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
PERS_LIST	**ZGLV**	О	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	PERS	УМ	S	Данные	Содержит персональные данные пациента
Заголовок файла					
ZGLV	**VERSION**	О	T(5)	Версия взаимодействия	2.1.5
	DATA	О	D	Дата	
	FILENAME	О	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME _I	О	T(26)	Имя исходного файла	
Данные					
PERS	**ID_PP**	О	T(36)	Код записи	Уникально идентифицирует запись в пределах файла
	STAT_PAC	О	N(1)	Код статуса пациента	«0» – пациент найден в регистре застрахованных лиц; «1» – у пациента не действующий документ, подтверждающий факт

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					страхования по ОМС; «2» – пациент не найден в регистре застрахованных лиц.
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется из регистра застрахованных лиц при несовпадении с данными из файла запроса
	VPOLIS	У	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	У	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	FAM	У	T(40)	Фамилия пациента	
	IM	У	T(40)	Имя пациента	
	OT	У	T(40)	Отчество пациента	
	W	У	N(1)	Пол пациента	
	DR	У	D	Дата рождения пациента	
	T_FOMS	О	N(1)	Ответ на запрос от организации	«1» - ТФОМС (для МО); «2» - ФФОМС.

1.1. Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи при осуществлении информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML

1) При реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи во вложенном элементе «IDSP» (Код способа оплаты медицинской помощи) согласно классификатора способов оплаты медицинской помощи (V010) указывается:

Код «IDSP»	Наименование способа оплаты медицинской помощи
1. По оказанной амбулаторно-поликлинической помощи:	
12	Комплексная услуга центра здоровья. **Первичное посещение**
26*	По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за посещение - при формировании случая «посещение с профилактической и иными целями»
27*	По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за обращение (законченный случай) - при формировании случая «обращение (законченный случай)»
28	- За медицинскую услугу в поликлинике; - За оказание **комплексной услуги** застрахованному гражданину***; - За оказание медицинских услуг (лабораторных исследований), оказанных централизованной лабораторией.
29	- (За посещение в поликлинике) при посещении медицинской организации застрахованным гражданином с профилактической целью; - **Повторное посещение** Центра здоровья.
30	**Законченный случай** обращения в поликлинике
41	Посещение в связи с оказанием **неотложной помощи**
* **При подушевом финансировании** медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях во вложенных элементах «TARIF», «SUM_M», «SUMV» (для МО и СМО обязательно) и «**SUMP**» (только для СМО обязательно) указываются значения «0» или «0.00» на все случаи, завершенные после 1 октября 2017 года. *** **При подушевом финансировании** медицинской помощи **в амбулаторно-поликлинических условиях по школам пациента** во вложенных элементах «TARIF», «SUM_M», «SUMV» (для МО и СМО обязательно) и «SUMP» (только для СМО обязательно) указываются значения «0» или «0.00». За исключением «Школы для беременных», в которых указывается значение тарифа из **Приложения № 12** к Тарифному соглашению по профилю «136» (акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)) на все случаи, завершенные после 1 марта 2017 года.	
2. По оказанной медицинской помощи в круглосуточном стационаре:	

Код «IDSP»	Наименование способа оплаты медицинской помощи
5	**Прерванный случай** лечения по КСГ в круглосуточном стационаре
13	**Законченный случай** в круглосуточном стационаре при оказании ВМП (высокотехнологичной медицинской помощи)
33	**Законченный случай** в круглосуточном стационаре
3. По оказанной медицинской помощи в дневном стационаре:	
7	**Прерванный случай** лечения по КСГ в дневном стационаре
43	**Законченный случай** в дневном стационаре, включенный в КСГ
4. При реализации персонифицированного учета оказанной стоматологической помощи	
9	УЕТ в стоматологии (за посещение в поликлинике по профилю «стоматология» профилактического стоматологического осмотра)
29	**Прерванный случай** по КСГ
30	**Законченный случай** по КСГ
5. При осуществлении персонифицированного учета оказанной скорой медицинской помощи	
24	- Вызов скорой медицинской помощи (для межтерриториальных расчетов). - Вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (Код услуги «A11.12.003»). По способу оплаты за вызов (вызов врачебной бригады, вызов фельдшерской бригады) – при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Костромской области согласно **Приложения № 20** Тарифного соглашения.
36**	По подушевому нормативу финансирования **в рамках базовой программы ОМС** – при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Костромской области согласно **Приложения № 19** Тарифного соглашения.
** **При подушевом финансировании** скорой медицинской помощи во вложенных элементах «Z_SL.SL.TARIF», «Z_SL.SL.SUM_M», «Z_SL.SUMV» (для МО и СМО обязательно) и «**Z_SL.SUMP**» (только для СМО обязательно) указываются значения «0» или «0.00».	

2) При выставлении реестров счетов в страховые медицинские организации и ТФОМС руководствоваться:

- в реестрах **основных счетов** в элементе «ZAP.PR_NOV» (Признак исправленной записи) указывается код «0» (Сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые);

- в реестрах **исправленных счетов** в элементе «ZAP.PR_NOV» (Признак исправленной записи) указывается код «1» (Запись передается повторно после исправления).

1.2. Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи при осуществлении информационного взаимодействия

между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

При выставлении реестров счетов в страховые медицинские организации и ТФОМС с записями случаев с применением кодов медицинских работников, оказавших консультативные услуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях за обращение в связи с заболеванием в реестре счета:

1. При посещении врача-терапевта:

а) в «**сведениях о случае»** во вложенном элементе «Z_SL.SL.**T_PRVD**» (Код врачебной должности) из классификатора «**TFOMS_PRVD**» (Классификатор врачебных должностей) указывается один из кодов врача-терапевта:

- код «**71**» (Врач-терапевт),
- код «**72**» (Врач-терапевт участковый),
- код «**73**» (Врач-терапевт подростковый),
- код «**74**» (Врач-терапевт участковый цехового врачебного участка),
- код «**38**» (Врач общей практики (семейный врач)),
- код «**115**» (Фельдшер) (В случае возложения на него отдельных функций лечащего врача),
- код «**215**» (Фельдшер),
- код «**117**» (Акушерка) (В случае возложения на нее отдельных функций лечащего врача),
- код «**217**» (Акушерка).

б) в «**сведениях об услуге»** во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL»** (Код услуги) указывается код оказанной услуги.

Примечание: При первичном посещении во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) указывается код услуги первичного приема (осмотра, консультации) врача-терапевта. При повторном посещении (**и далее**) или при окончательном приеме врача-терапевта во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) указывается код услуги повторного приема (осмотра, консультации) врача-терапевта. Каждое посещение врача-терапевта выставляется отдельным сегментом «Z_SL.SL.**USL**» (Сведения об услуге). При отсутствии кода услуги повторного приема указывается код услуги первичного приема (осмотра, консультации) врача-терапевта.

2. При посещении врача-педиатра:

а) во вложенном элементе «Z_SL.SL.**T_PRVD»** (Код врачебной должности) из классификатора «**TFOMS_PRVD**» (Классификатор врачебных должностей) указывается один из кодов врача-педиатра:

- код «**44**» (Врач-педиатр),
- код «**45**» (Врач-педиатр участковый),
- код «**38**» (Врач общей практики (семейный врач)),
- код «**115**» (Фельдшер) (В случае возложения на него отдельных функций лечащего врача),
- код «**215**» (Фельдшер),
- код «**117**» (Акушерка) (В случае возложения на нее отдельных функций лечащего врача),
- код «**217**» (Акушерка).

б) в «**сведениях об услуге»** во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL»** (Код услуги) указывается код оказанной услуги.

Примечание: При первичном посещении во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) указывается код услуги первичного приема (осмотра, консультации) врача-педиатра. При повторном посещении (и далее) или при окончательном приеме врача-педиатра во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) указывается код услуги повторного приема (осмотра, консультации) врача-педиатра. Каждое посещение врача-педиатра выставляется отдельным сегментом «Z_SL.SL.**USL**» (Сведения об услуге). При отсутствии кода услуги повторного приема указывается код услуги первичного приема (осмотра, консультации) врача-педиатра.

1.3. Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи при осуществлении информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной стоматологической помощи

1) При формировании записей реестра счета за посещение в поликлинике по профилю «стоматология» профилактического стоматологического осмотра во вложенном элементе «Z_SL.IDSP» указывается код «9» (УЕТ в стоматологии (за посещение в поликлинике по профилю «стоматология» профилактического стоматологического осмотра)) в соответствии с классификатором V010 (Классификатор способов оплаты медицинской помощи):

а) в одной записи реестра счета на один проведенный **стоматологический профилактический осмотр** должен присутствовать один сегмент «**Z_SL**» и «Z_SL.**SL**» (Сведения о случае) реестра счета с одним сегментом «Z_SL.SL.**USL**» (Сведения об услуге») с кодом (одним) профилактического приема (осмотра, консультации) врача-стоматолога детского (B04.064.002), врача-стоматолога (врача-стоматолога общей практики) (B04.064.004), врача-стоматолога-терапевта (B04.065.002) или зубного врача (B04.065.004) во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги);

б) в сегменте «**Сведения о случае**» реестра счета:

- значение вложенного элемента «Z_SL.SL.**ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (УЕТ)) должно соответствовать значению в элементе «Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**» (Количество услуг (УЕТ)) оказанной стоматологической услуги застрахованному гражданину по данному случаю (в сегменте «Сведения об услуге») в УЕТ;

- вложенный элемент «Z_SL.SL.**T_KTG_KOL**» (Количество выполненных процедур КТГ/Учет стоматологических посещений) заполняется количеством стоматологических посещений (согласно Классификатора услуг в стоматологии (Приложение № 15б Тарифного соглашения)) соответственно коду оказанной стоматологической услуги «Z_SL.SL.USL.CODE_USL», т.е. «количество стоматологических посещений» это результат умножения значения элемента «Z_SL.SL.**ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (УЕТ)) на

коэффициент перевода числа условных единиц трудоемкости в число посещений 0,5 (1 УЕТ = 0,5 посещения). Округление суммы осуществляется по результату умножения (применяется округление к ближайшему четному (банковское) - округляется до 2-го знака в зависимости от 3-го знака. Например, число 0,785 округляется до 0,78);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.KSG_KPG.**T_KSG**» (Код клинико-статистической группы заболеваний) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z_SL.**T_USL_OK**» (Код дополнительных сведений) указывается код «**5**» (Стоматологическая помощь) в соответствии с региональным классификатором «TFOMS_USL_OK»;

- для предотвращения дублирования значений (со значением «Z_SL.**T_USL_OK**») во вложенном элементе «Z_SL.SL.**COMENTSL**» (Служебное поле) значение «Стоматологическая помощь» может не указываться;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**TARIF**» (Тариф) указывается значение тарифа, указанного в Таблице 1 Приложения № 14 Тарифного соглашения в пункте «Стоматология»;

- во вложенных элементах «Z_SL.**SUMV**» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.**SUM_M**» (Стоимость случая, выставленная к оплате) указывается сумма в соответствии со значением тарифа «Z_SL.SL.**TARIF**», указанном в Приложении № 14 Тарифного соглашения;

в) во вложенном сегменте «**Сведения об услуге**» сегмента «**Сведения о случае**»:

- вложенные элементы «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) и «Z_SL.SL.USL.KOL_USL» (Количество услуг) заполняются соответствующими значениями кода вида работ и количества УЕТ в соответствии с Классификатором услуг в стоматологии (Приложение № 15б Тарифного соглашения);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение «0» или «0.00»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**TARIF**» (Тариф) (только в сегменте «Сведения об услуге») значение не указывается и сами теги не прописываются.

2) При формировании реестра счета <u>по прерванному случаю</u> лечения по КСГ (случай оказания медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ, но с недостигнутым результатом лечения):

а) Во вложенном элементе «Z_SL.**IDSP**» (Код способа оплаты медицинской помощи) в соответствии с классификатором способов оплаты медицинской помощи (V010) указывается код «**29**» (Прерванный случай по КСГ);

б) Во вложенном элементе «Z_SL.SL.KSG_KPG.**T_KSG**» (Код клинико-статистической группы заболеваний) обязательно указывается код клинико-статистической группы заболеваний;

в) Во вложенном элементе «Z_SL.**T_USL_OK**» (Код дополнительных

сведений) указывается код «**5**» (Стоматологическая помощь) в соответствии с региональным классификатором «TFOMS_USL_OK»;

г) Для предотвращения дублирования значений (со значением «T_USL_OK») во вложенном элементе «Z_SL.SL.**COMENTSL**» (Служебное поле) значение «Стоматологическая помощь» может не указываться;

д) Во вложенном элементе «Z_SL.SL.TARIF» (Тариф) указывается значение тарифа в соответствии с уровнями оказания стоматологической помощи по Приложению № 15а к Тарифному соглашению;

е) Во вложенных элементах «Z_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.SUM_M» (Стоимость случая, выставленная к оплате) указывается произведение значения тарифа во вложенном элементе «Z_SL.SL.TARIF» и значения понижающего коэффициента во вложенном элементе «Z_SL.SL.T_KLOW»;

ж) В сегменте «**Сведения об услуге**»:

- вложенные элементы «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) и «Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**» (Количество услуг) заполняются соответствующими значениями кода вида работ и количества УЕТ в соответствии с Номенклатурой медицинских работ и услуг при оказании медицинской помощи при стоматологических заболеваниях по программе ОМС;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение «0» или «0.00»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**TARIF**» (Тариф) (только в сегменте «Сведения об услуге») значение не указывается и сами теги не прописываются.

3) При формировании реестра счета по законченному случаю лечения по КСГ (случай оказания медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ):

а) Во вложенном элементе «Z_SL.**IDSP**» (Код способа оплаты медицинской помощи) в соответствии с классификатором способов оплаты медицинской помощи (V010) указывается код «**30**» (Законченный случай по КСГ);

б) Во вложенном элементе «Z_SL.SL.KSG_KPG.**T_KSG**» (Код клинико-статистической группы заболеваний) обязательно указывается код клинико-статистической группы заболеваний;

в) Во вложенном элементе «Z_SL.SL.**TARIF**» (Тариф) указывается значение тарифа КСГ согласно Приложения № 15а Тарифного соглашения (значение из столбца «Тариф КСГ»);

г) Во вложенном элементе «Z_SL.**T_USL_OK**» (Код дополнительных сведений) указывается код «**5**» (Стоматологическая помощь) в соответствии с региональным классификатором «TFOMS_USL_OK»;

д) Для предотвращения дублирования значений (со значением «Z_SL.**T_USL_OK**») во вложенном элементе «Z_SL.SL.**COMENTSL**» (Служебное поле) значение «Стоматологическая помощь» может не указываться;

е) Во вложенных элементах «Z_SL.**SUMV**» (Сумма, выставленная к оплате) и

«Z_SL.SL.**SUM_M**» (Стоимость случая, выставленная к оплате) указывается сумма:

- В соответствии **со значением тарифа** (при отсутствии значений коэффициента хирургического вмешательства и коэффициента по стоматологии за наркоз);

- При выполнении внутривенной анестезии или эндотрахеального наркоза, во вложенный элемент «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги)) вносятся значения: B01.003.004.009 «Тотальный внутривенный наркоз», B01.003.004.010 – «Комбинированный эндотрахеальный наркоз»);

- При формировании реестра счета по стоматологической помощи с указанием шифра хирургического КСГ (Таблица 1 Приложения № 15а Тарифного соглашения) во вложенный элемент «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги)) необходимо указывать код хирургического вмешательства из Приложения № 15б Тарифного соглашения.

Примечание: Округление суммы осуществляется по результату умножения (применяется округление к ближайшему четному (банковское) - округляется до 2-го знака в зависимости от 3-го знака).

ж) В сегменте «**Сведения об услуге**»:

- вложенные элементы «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) и «KOL_USL» (Количество услуг) заполняются соответствующими значениями кода вида работ и количества УЕТ в соответствии с Номенклатурой медицинских работ и услуг при оказании медицинской помощи при стоматологических заболеваниях по программе ОМС;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение «0» или «0.00»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**USL.TARIF**» (Тариф) (только в сегменте «Сведения об услуге») значение не указывается и сами теги не прописываются.

Примечание: При формировании реестра счета **по законченному случаю лечения по КСГ** («IDSP» равно «30») и **по прерванному случаю лечения по КСГ** («Z_SL.**IDSP**» равно «**29**») (по оказанной стоматологической помощи в медицинской организации) в сегменте «**Сведения о случае**»:

а) **Учет оказанной стоматологической помощи в УЕТ**:

- значение элемента «Z_SL.SL.**ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (УЕТ)) должно соответствовать сумме значений в элементе «KOL_USL» (Количество услуг (УЕТ)) всех оказанных услуг застрахованному гражданину по данному случаю (в сегментах «Сведения об услуге») в УЕТ.

б) **Учет оказанной стоматологической помощи в переводных посещениях** (далее - **стоматологические посещения**):

- вложенный элемент «Z_SL.SL.**T_KTG_KOL**» (Количество выполненных процедур КТГ/Учет стоматологических посещений) заполняется количеством стоматологических посещений, которое является результатом умножения значения элемента «Z_SL.SL.**ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (УЕТ)) (сумма значений в элементе «Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**» (Количество услуг (УЕТ)) всех оказанных услуг застрахованному гражданину по данному случаю (в сегменте «Сведения об услуге») в УЕТ) на коэффициент перевода числа условных единиц трудоемкости в число посещений 0,5 (было 0,76) (1 УЕТ = 0,5 (было 0,76) посещения). Округление суммы осуществляется по результату умножения (применяется округление к ближайшему четному (банковское) - округляется до 2-го знака в зависимости от 3-го знака).

4) При оказании стоматологической помощи с выполнением услуг, предусмотренных КСГ - 44.064.607, 44.064.608, 44.064.807, 44.064.808:

а) Оказание стоматологической помощи с выполнением услуг, предусмотренных КСГ - 44.064.607, 44.064.608, 44.064.807, 44.064.808, осуществляется только врачами-стоматологами-хирургами с привлечением (по показаниям) для консультации врача-стоматолога-терапевта.

б) В сегменте «**Сведения о случае**»:

- значение вложенного элемента «Z_SL.SL.**PRVS**» - специальность лечащего врача / врача, закрывшего талон, должно соответствовать значению «**72**» (Стоматология хирургическая) (классификатор V021);
- значение вложенного элемента «Z_SL.SL.**PROFIL**» - профиль должно соответствовать значению «**90**» (Стоматология хирургическая);
- значение вложенного элемента «Z_SL.SL.**T_PRVD**» - код врачебной должности должно соответствовать значению «**108**» (Врач-стоматолог-хирург).

в) В сегменте «**Сведения об услуге**»:

- значение вложенного элемента «Z_SL.SL.USL.**PROFIL**» - профиль должно соответствовать значению «**90**» (Стоматология хирургическая);
- значение вложенного элемента «Z_SL.SL.USL.PRVS» - специальность медработника, выполнившего услугу, должно соответствовать значению «**72**» (Стоматология хирургическая) (классификатор V021);
- значение вложенного элемента «CODE_USL» заполняется в соответствии с Номенклатурой медицинских работ и услуг при оказании медицинской помощи при стоматологических заболеваниях по программе ОМС, а именно: раздел 3. Хирургическое лечение, из раздела 1. Общие виды работ (только услуги: **B01.067.001** - прием (осмотр, консультация) врач-стоматолога-хирурга первичный; **B01.067.002** – прием (осмотр, консультация) врач-стоматолога-хирурга повторный; **B01.003.004.002** – проводниковая анестезия; **B01.003.004.004** - аппликационная анестезия; **B01.003.004.005** – инфильтрационная анестезия).

Примечание: При выставлении в реестрах счетов оказанной стоматологической помощи с выполнением услуг, предусмотренных КСГ - **44.064.606** (Взрослые), **44.064.806** (Дети), по законченному случаю лечения по КСГ («Z_SL.**IDSP**» равно «**30**») лечение заболеваний, предусмотренных указанными выше кодами КСГ, является курсовым (от 3-х до 8-ми амбулаторных посещений на курс лечения) с соответствующим заполнением сведениями вложенных элементов **сегментов** «**Сведения об услугах**» («Z_SL.SL.**USL**») согласно КСГ). По прерванному случаю лечения по КСГ («Z_SL.**IDSP**» равно «**29**»)) количество амбулаторных посещений должно соответствовать фактическому посещению пациента.

4.1) Соответствие вложенных элементов «Z_SL.**RSLT**» (Результат обращения) вложенным элементам «Z_SL.**ISHOD**» (Исход заболевания) при формировании реестров счетов оказанной стоматологической помощи в зависимости от требований к результатам лечения в КСГ:

Результат лечения, обращения по V009 (Классификатор результатов обращения за медицинской помощью), элемент «**RSLT**» (Результат обращения)	Исход заболевания по V012 (Классификатор исходов заболевания), элемент «**ISHOD**» (Исход заболевания)

Законченный случай лечения заболевания («IDSP» равно «30»)	
Лечение завершено – код «301»	Выздоровление – код «301»
Лечение завершено – код «301»	Ремиссия – код «302»
Лечение завершено – код «301»	Улучшение – код «303»
Лечение завершено – код «301»	Ухудшение – код «305»
Прерванный случай лечения заболевания («IDSP» равно «29»)	
Лечение прервано по инициативе пациента – код «302»	Без перемен – код «304»
Лечение прервано по инициативе ЛПУ – код «303»	Без перемен – код «304»
Направлен на консультацию в другое ЛПУ– код «309»	Без перемен – код «304»

5) Заполнение вложенного элемента «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) в сегменте «Сведения об услуге» (элемент «Z_SL.SL.USL»):

При формировании реестра счета по оказанной стоматологической помощи застрахованным гражданам во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается код зуба или диапазон зубов (Примечание 5 Приложения № 1 к настоящему приказу).

6) Заполнение вложенного элемента «PRVS» (Специальность лечащего врача) при формировании реестра счета по оказанной стоматологической помощи застрахованным гражданам

Таблица соответствий кодов специальностей (вложенный элемент «PRVS») из классификатора (V021) согласно значениям кодов во вложенных элементах «KSG_KPG.T_KSG» и «PROFIL»:

Код КСГ (KSG_KPG.T_KSG) по стоматологии	Код профиля (PROFIL) по **V002**	Код специальности (PRVS) по **V021**
44.064.601	**85**	**208**
	89	**71**
	171	**69**
44.064.602	**85**	**208**
	89	**71**
	171	**69**
44.064.603	**85**	**208**
	89	**71**
	171	**69**
44.064.604	**85**	**208**
	90	**72**
	171	**69**
44.064.605	**85**	**208**
	90	**72**
	171	**69**
44.064.606	**85**	**208**
	89	**71**
	171	**69**

Код КСГ (KSG_KPG.T_KSG) по стоматологии	Код профиля (PROFIL) по **V002**	Код специальности (PRVS) по **V021**
44.064.607	**90**	**72**
	171	**69**
44.064.608	**90**	**72**
	171	**69**
44.064.801	**85**	**208**
	86	**68**
	171	**69**
44.064.802	**85**	**208**
	86	**68**
	171	**69**
44.064.803	**85**	**208**
	86	**68**
	171	**69**
44.064.804	**85**	**208**
	90	**72**
	171	**69**
44.064.805	**85**	**208**
	90	**72**
	171	**69**
44.064.806	**85**	**208**
	86	**68**
	171	**69**
44.064.807	**90**	**72**
	171	**69**
44.064.808	**90**	**72**
	171	**69**
44.064.810	**63** (ортодонтии)	**43** (Ортодонтия)

1.4. Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи при осуществлении информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным комплексным медицинским услугам и лабораторным исследованиям.

1) Заполнение вложенного элемента «Z_SL.IDSP» значениями из классификатора способов оплаты медицинской помощи (V010):

а) При оказании **комплексной услуги** застрахованному гражданину в амбулаторно-поликлинических условиях согласно Приложения № 12 к Тарифному соглашению указывается код «**28**» (За оказание комплексной услуги застрахованному гражданину).

Примечание: При оказании комплексной услуги застрахованному гражданину по заместительной почечной терапии (согласно Приложения № 12 к Тарифному соглашению) заполнение кодом «Z_SL.**IDSP**» прописано в пункте 2) раздела 1.4. к информационному взаимодействию.

б) При оказании медицинских услуг **в виде лабораторных исследований** застрахованному гражданину в амбулаторно-поликлинических условиях согласно

Приложения № 13 к Тарифному соглашению указывается код «**28**» (За оказание медицинских услуг (лабораторных исследований), оказанных централизованной лабораторией):

1. При формировании и выставлении реестров счетов в СМО и ТФОМС (межтерриториальные расчеты) на оплату медицинских услуг (лабораторных исследований), в тегах (во вложенных элементах) реестров счетов указываются следующие значения из соответствующих справочников (классификаторов):

- «Z_SL.SL.**PROFIL**» (Профиль) код «**34**» (клинической лабораторной диагностике) (V002);
- «Z_SL.**USL_OK**» (Условия оказания медицинской помощи) код «**3**» (амбулаторно) (V006);
- «Z_SL.**VIDPOM**» (Вид медицинской помощи) код «**13**» (первичная специализированная медико-санитарная помощь) (V008);
- «Z_SL.**IDSP**» (Код способа оплаты медицинской помощи) код «**28**» ((За медицинскую услугу в поликлинике) при оказании комплексной услуги застрахованному гражданину) (V010);
- «Z_SL.**T_USL_OK**» (Код дополнительных сведений) код «**1**» (Поликлиническая помощь) (TFOMS_USL_OK);
- «Z_SL.**NPR_MO**» (Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию или лабораторное исследование)) код из регионального справочника кодов подразделений и отделений медицинских организаций Костромской области (TFOMS_PODR). Данный вложенный элемент обязателен к заполнению во всех случаях формирования реестров счетов на оплату медицинских услуг (лабораторных исследований), оказанным застрахованным гражданам.

Примечание: Во вложенном элементе «Z_SL.SL.**NHISTORY**» (Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи) номер для каждого пациента является обязательным и должен быть уникальным (не должен дублироваться). Позволяется дублирование номера в случаях лабораторных исследований на одного пациента.

2. При выставлении реестров счетов **со случаями лабораторных исследований** в сегментах «Z_SL.**SL**» и «Z_SL.SL.**USL**» указывается дата получения результата проведенного лабораторного исследования застрахованному гражданину:

1) Значения дат во вложенных элементах «Z_SL.SL.USL.**DATE_IN**» и «Z_SL.SL.USL.**DATE_OUT**» должны соответствовать дате проведения лабораторного исследования (значение даты «Z_SL.SL.USL.**DATE_IN**» соответствует значению даты «Z_SL.SL.USL.**DATE_OUT**»);

2) В случаях проведения нескольких лабораторных исследований одному застрахованному гражданину в один день (сутки) отчетного периода, данные лабораторные исследования отображаются одной записью (элемент «ZAP») с одним сегментом «**Z_SL**» (Сведения о законченном случае), с одним вложенным сегментом «Z_SL.**SL**» (Сведения о случае) и необходимым количеством вложенных сегментов «**USL**» (Сведения об услуге), соответствующих количеству лабораторных исследований и выполненных в вышеуказанный день (сутки).

Значения даты лабораторных исследований, выполненных в один день (сутки) отчетного периода, во вложенных элементах «Z_SL.SL.USL.**DATE_IN**» и «Z_SL.SL.USL.**DATE_OUT**» должны соответствовать значениям «Z_SL.SL.**DATE_1**», «Z_SL.SL.**DATE_2**», «Z_SL.**DATE_Z_1**» и «Z_SL.**DATE_Z_2**». Во вложенном элементе «Z_SL.SL.**ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) указывается количество оказанных **тарифицированных услуг** (лабораторных исследований), т.е. количество сегментов «Z_SL.SL.**USL**», в которых во вложенных элементах «Z_SL.SL.**USL.**TARIF» стоит значение из Приложения № 13 (Тарифы лабораторных исследований) к Тарифному соглашению.

Примечание: При выполнении нескольких (или одного) лабораторных исследований данному застрахованному гражданину в другой день (другие сутки) отчетного периода, данные лабораторные исследования отображаются другой записью «PACIENT.**ID_PAC**» (при выполнении в другом отчетном периоде) или другой записью случая «Z_SL.**IDCASE**» (при выполнении в данном отчетном периоде).

3) Во вложенном элементе «Z_SL.SL.**TARIF**» (Тариф) сегмента «Сведения о случае» указывается значение «**0**» или «0.00», при этом во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**TARIF**» (Тариф) (сегментов «Сведения об услуге») значения указываются в соответствии с Приложением № 13 Тарифного соглашения;

4) Во вложенных элементах «Z_SL.**SUMV**» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.**SUM_M**» (Стоимость случая, выставленная к оплате) указывается сумма значений «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) сегментов «Сведения об услуге», в которых указываются значения в соответствии со столбцом «Тарифы» лабораторных исследований Приложения № 13 Тарифного соглашения (значение «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» равно «Z_SL.SL.USL.**TARIF**» одной услуги);

5) Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**» (Количество услуг) сегмента «Сведения об услуге» указывается значение «**1**» (Одна услуга);

6) Во вложенных элементах «Z_SL.SL.**DS1**» (Диагноз основной) и «Z_SL.SL.USL.**DS**» (Диагноз) указывается из МКБ-10 значение «**Z01.7**» (Лабораторное обследование);

7) Во вложенном элементе «Z_SL.SL.**T_PRVD**» (Код врачебной должности) указывается значение «**27**» (Врач клинической лабораторной диагностики) (из классификатора TFOMS_PRVD);

8) Во вложенных элементах «Z_SL.SL.**PRVS**» (Специальность лечащего врача) и «Z_SL.SL.USL.**PRVS**» (Специальность медработника, выполнившего услугу) указывается значение «**26**» («клиническая лабораторная диагностика» из классификатора V021) для врачей с высшим медицинским образованием и «**215**» («лабораторная диагностика» из классификатора V021) для среднего медицинского персонала;

9) При завершении отдельных лабораторных исследований на одного застрахованного гражданина в следующем отчетном периоде (месяце), то результаты лабораторных исследований/результат лабораторного исследования оформляются(ется) отдельной записью со случаем и услугами/услугой

(лабораторными исследованиями) на данного застрахованного гражданина в реестре счета уже за данный отчетный период и оплачиваются соответственно по тарифам в соответствии с Приложением № 13 Тарифного соглашения за этот данный отчетный период.

в) При оказании комплексной услуги застрахованному гражданину в **амбулаторно-поликлинических условиях** (кардиотокография плода (по профилю акушерство и гинекология), ультразвуковое исследование плода (по профилю акушерство и гинекология), ультразвуковое исследование плода на аппарате экспертного класса, диагностическое обследование у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и С, программация (тестирование) имплантированных кардиостимуляторов и школа пациента) - код «**28**» (За медицинскую услугу в поликлинике).

При оказании комплексных услуг: диагностическое обследование у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и С, программация (тестирование) имплантированных кардиостимуляторов, в сегменте «Сведения об услуге» во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» указывают значения кодов медицинских услуг:

- диагностическое обследование у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и С (по профилю инфекционные болезни):

B04.014.002.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста (гепатит В)
B04.014.002.002	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста (гепатит С)

- программация (тестирование) имплантированных кардиостимуляторов (по профилю кардиология):

B04.015.003	Прием (тестирование, консультация) врача-кардиолога-аритмолога диспансерный

или значениями кодов отдельных медицинских услуг:

- Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением;
- Магнитно-резонансная томография без использования контрастных веществ;
- Компьютерная томография с контрастным усилением;
- Компьютерная томография без использования контрастных веществ.

Примечание:

1.Оказанные комплексные медицинские услуги формируются отдельными случаями, с указанием кода оказанной медицинской услуги в сегменте «Сведения об услуге», в записи со сведениями об оказанной медицинской помощи пациенту.

2. **Дополнительные условия** при оказании комплексной услуги «**Школа пациента**» в составе обращения по поводу заболевания в амбулаторных условиях:

- Каждая комплексная услуга «**Школа пациента**» в амбулаторных условиях оформляется отдельной записью с отдельным законченным случаем (отдельный элемент «ZAP» с элементом «ZAP.**Z_SL**» и с вложенным элементом «ZAP.**Z_SL.SL**») и отдельной записью «ZAP» законченного случая оказания медицинской помощи застрахованному гражданину (обращение пациента по поводу заболевания) в амбулаторных условиях (отдельный элемент «ZAP» с элементом «ZAP.**Z_SL**» и с вложенным элементом «ZAP.Z_SL.**SL**»), в котором оказана данная

комплексная услуга. В отдельных элементах «ZAP.**PACIENT**» каждой записи «ZAP» на одного и того же пациента указываются одни и те же значения во вложенных элементах «ZAP.PACIENT.**ID_PAC**» (Код записи о пациенте – уникальный идентификатор пациента) и во вложенных элементах «ZAP.Z_SL.SL.**NHISTORY**» (Номер истории болезни/талона амбулаторного пациента);

- Во вложенных элементах «ZAP.Z_SL.SL.USL.**DATE_IN**» (Дата начала оказания услуги) и «ZAP.Z_SL.SL.USL.**DATE_OUT**» (Дата окончания оказания услуги) сегмента «**Сведения об услуге»** указывается дата оказанной комплексной услуги;

- Во вложенном элементе «ZAP.Z_SL.SL.**DATE_1**» (Дата начала лечения) сегмента «**Сведения о случае**» и «ZAP.Z_SL.**DATE_Z_1**» (Дата начала лечения) сегмента «**Сведения о законченном случае**» указывается дата начала обращения пациента по поводу заболевания;

- Во вложенном элементе «ZAP.Z_SL.SL.**DATE_2**» (Дата окончания лечения) сегмента «**Сведения о случае**» и «ZAP.Z_SL.**DATE_Z_2**» (Дата окончания лечения) сегмента «**Сведения о законченном случае**» указывается дата конца обращения пациента по поводу заболевания;

- Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) сегмента «**Сведения об услуге**» указывается один из кодов медицинских услуг из Приложения № 12 Тарифного соглашения;

- Во вложенном элементе «Z_SL.SL.**TARIF**» (Тариф) сегмента «**Сведения о случае**» указывается тариф из Приложения № 12 Тарифного соглашения, при этом во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**TARIF**» (Тариф) (только в сегменте «Сведения об услуге») значение не указывается и сами теги не прописываются.

3. Для предотвращения отклонения от оплаты по результатам МЭК **нескольких одинаковых дублирующих по содержанию сегментов «ZAP»** с «ZAP.Z_SL» и «ZAP.PACIET», «ZAP.Z_SL.SL» к «ZAP.Z_SL» с наличием в каждом по одному сегменту «Z_SL.SL.USL» с кодом услуги в поле/вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» по магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) (МРТ без контраста, МРТ с контрастным усилением, КТ без контраста и КТ с контрастным усилением):

Код медицинской услуги*	**Комплексная услуга**	**Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) ноги, руки или отдела позвоночника** (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У») становится обязательным к заполнению (тип «О»)):
Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением:		
A05.30.012.001	Магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием	- «**RIGHT**» (правая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**LEFT**» (левая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
A05.04.001.001	Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) с контрастированием	- «**RIGHT**» (правая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**LEFT**» (левая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего

Код медицинской услуги*	**Комплексная услуга**	**Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) ноги, руки или отдела позвоночника** (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У») становится обязательным к заполнению (тип «О»)):
		сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
A05.03.002.001	Магнитно-резонансная томография позвоночника контрастированием (один отдел)	- «**C1-C2**» (при обследовании **шейного отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**T1-T12**» (при обследовании **грудного отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»; - «**L1-L5, S1-S5**» (при обследовании **пояснично-крестцового отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
Магнитно-резонансная томография без использования контрастных веществ:		
A05.30.011.002	Магнитно-резонансная томография кисти	- «**RIGHT**» (правая рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**LEFT**» (левая рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
A05.30.012.002	Магнитно-резонансная томография стопы	- «**RIGHT**» (правая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**LEFT**» (левая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
A05.04.001	Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав)	- «**RIGHT**» (правая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**LEFT**» (левая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».

Код медицинской услуги*	**Комплексная услуга**	**Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) ноги, руки или отдела позвоночника** (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У») становится обязательным к заполнению (тип «О»)):
A05.03.002	Магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел)	- «**C1-C2**» (при обследовании **шейного отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**T1-T12**» (при обследовании **грудного отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»; - «**L1-L5, S1-S5**» (при обследовании **пояснично-крестцового отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
Компьютерная томография с контрастным усилением:		
A06.03.036.003	Компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	- «**RIGHT**» (правая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**LEFT**» (левая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
A06.03.058.003	Компьютерная томография позвоночника с внутривенным контрастированием (один отдел)	- «**C1-C2**» (при обследовании **шейного отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**T1-T12**» (при обследовании **грудного отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»; - «**L1-L5, S1-S5**» (при обследовании **пояснично-крестцового отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
Компьютерная томография без использования контрастных веществ:		
A06.04.017	Компьютерная томография сустава	- «**RIGHT**» (правая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL»

Код медицинской услуги*	**Комплексная услуга**	**Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) ноги, руки или отдела позвоночника** (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У») становится обязательным к заполнению (тип «О»)):
		одного элемента «ZAP»; - «**LEFT**» (левая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
A06.03.021.001	Компьютерная томография верхней конечности	- «**RIGHT**» (правая рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**LEFT**» (левая рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
A06.03.036.001	Компьютерная томография нижней конечности	- «**RIGHT**» (правая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**LEFT**» (левая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
A06.03.058	Компьютерная томография позвоночника (один отдел)	- «**C1-C2**» (при обследовании **шейного отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «**T1-T12**» (при обследовании **грудного отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»; - «**L1-L5, S1-S5**» (при обследовании **пояснично-крестцового отдела**) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».

***** Данные случаи выставления двух и более отдельных сегментов «ZAP» (Записи) с сегментами «ZAP.PACIENT», «ZAP.Z_SL» и «Z_SL.SL» с внутренними сегментами «Z_SL.SL.USL» (Сведения об услуге) не считаются дублированием и подлежат оплате по результатам МЭК страховыми медицинскими организациями Костромской области.

2) Заполнение вложенных элементов при реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным медицинским услугам по заместительной почечной терапии.

а) При формировании реестров за оказанную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара:

- при выполнении процедур диализа при оказании специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, который является структурным подразделением данной медицинской организации:

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
ZAP.Z_SL.**SL** Сегмент «Сведения о случае»	В сегменте «ZAP.Z_SL.**SL**» дополнительно к медицинским услугам (сегментам «USL»), оказанным по КСГ, указывается необходимое количество сегментов «USL» в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг по заместительной почечной терапии, которые фактически выполнены в условиях круглосуточного стационара в течение всего периода лечения в рамках одного случая. Количество оказанных услуг и, соответственно, сегментов «USL» не может быть больше 1 за один день
Z_SL.**IDSP** (Код способа оплаты медицинской помощи)	Указывается значение «**33**» (Законченный случай в круглосуточном стационаре) или **«5»** (Прерванный случай лечения по КСГ в круглосуточном стационаре), в соответствии с установленным порядком оплаты медицинской помощи
Z_SL.**DATE_Z_1** Z_SL.**DATE_Z_2**	Дата начала госпитализации и дата выписки из круглосуточного стационара
Z_SL.SL.**DATE_1** Z_SL.SL.**DATE_2**	Соответствуют значениям дат в «Z_SL.**DATE_Z_1**» и «Z_SL.**DATE_Z_2**»
Z_SL.SL.USL.**DATE_IN** Z_SL.SL.USL.**DATE_OUT**	Значения дат должны входить в диапазон дат «Z_SL.SL.**DATE_1**» и «Z_SL.SL.**DATE_2**» сегмента «Z_SL.SL» (Сведения о случае) и соответствовать дате фактического оказания услуги по заместительной почечной терапии
Z_SL.USL_OK	Значение «1» - стационарно
Z_SL.SL.**PROFIL**	Значение «56» - нефрология
Z_SL.SL.**PRVS**	Значение «38» (взрослые), значение «38» (дети) по V021
Z_SL.SL.**VIDPOM**	Значение «31» - специализированная медицинская помощь

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
Z_SL.SL.USL.**KOL_USL** (Количество услуг)	Равно «**1**» в каждом сегменте «USL»
Z_SL.SL.**ED_COL** (Количество единиц оплаты медицинской помощи)	Равно «**1**» (один законченный случай лечения).
Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**	Медицинские услуги, оказываемые в условиях круглосуточного стационара в соответствии с Приложением № 12 к Тарифному соглашению
Z_SL.SL.USL.**TARIF** (Тариф услуги) Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL** (Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.))	Указывается значение тарифа медицинской услуги, оказываемой в условиях круглосуточного стационара (заместительной почечной терапии различными методами) согласно Приложения № 12 к Тарифному соглашению
Z_SL.SL.**TARIF** (Тариф)	указывается значение согласно коду КСГ в «Z_SL.SL.KSG_KPG.**N_KSG**».
Z_SL.SL.**DS1** (Диагноз основной)	указывается код МКБ10 по основному заболеванию, являющемуся поводом для госпитализации
Z_SL.SL.USL.**DS**	в дополнительных сегментах «USL» указываются коды МКБ10 острой или хронической почечной недостаточности, т.е. коды МКБ10, входящие в диапазон кодов N17 - N19 (включая подрубрики)
Z_SL.SL.**SUM_M** (Сумма, выставленная к оплате)	Значение вложенного элемента складывается из суммирования всех значений «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» всех сегментов «USL» по оказанным медицинским услугам по заместительной почечной терапии и результата умножения значения «Z_SL.SL.**TARIF**» на коэффициент сложности лечения пациента «Z_SL.SL.KSG_KPG.SL_KOEF.**Z_SL**» (если предусмотрено Тарифным соглашением), понижающий коэффициент «Z_SL.SL.**T_KLOW**» (если предусмотрено Тарифным соглашением) и на значение «Z_SL.SL.ED_COL» (равное «1»). Округление применяется к окончательному результату суммирования.
Z_SL.**SUMV** (Сумма, выставленная к оплате)	Равна значению во вложенном элементе «Z_SL.SL.**SUM_M**».

- в случае пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара (за исключением оказания высокотехнологичной медицинской помощи) оплата за оказанное лечение острого почечного повреждения производится за фактически выполненное количество услуг диализа в течение всего периода лечения дополнительно к тарифу КСГ основного заболевания в рамках одного случая лечения.

При этом:

1. При выполнении процедур диализа при оказании специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара по КСГ основного заболевания в сегменте «ZAP.Z_SL.**SL**» указывается:

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
ZAP.Z_SL.**SL** Сегмент «Сведения о случае»	В сегменте «ZAP.Z_SL.**SL**» дополнительно к медицинским услугам (сегментам «USL»), оказанным по КСГ, указывается необходимое количество сегментов «USL» в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг по заместительной почечной терапии, которые фактически выполнены в условиях круглосуточного стационара в течение всего периода лечения в рамках одного случая.
Z_SL.**IDSP** (Код способа оплаты медицинской помощи)	Указывается значение «**33**» (Законченный случай в круглосуточном стационаре) или **«5»** (Прерванный случай лечения по КСГ в круглосуточном стационаре), в соответствии с установленным порядком оплаты медицинской помощи
Z_SL.**DATE_Z_1** Z_SL.**DATE_Z_2**	Дата начала госпитализации и дата выписки из круглосуточного стационара
Z_SL.SL.**DATE_1** Z_SL.SL.**DATE_2**	Соответствуют значениям дат в «Z_SL.**DATE_Z_1**» и «Z_SL.**DATE_Z_2**»
Z_SL.**USL_OK**	Значение «1» - стационарно
Z_SL.SL.**PROFIL**	Значение кода профиля согласно основному заболеванию в рамках одного случая лечения (Классификатор V002)
Z_SL.SL.**PRVS**	Указывается значение специальности лечащего врача согласно основному заболеванию по классификатору V021.
Z_SL.SL.**VIDPOM**	Значение «**31**» - специализированная медицинская помощь
Z_SL.SL.**ED_COL** (Количество единиц оплаты медицинской помощи)	Равно «**1**» (один законченный случай лечения).

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
Z_SL.SL.**TARIF** (Тариф)	указывается значение согласно коду КСГ в «Z_SL.SL.KSG_KPG.**N_KSG**».
Z_SL.SL.**DS1** (Диагноз основной)	указывается код МКБ10 по основному заболеванию, являющемуся поводом для госпитализации
Z_SL.SL.**SUM_M** (Сумма, выставленная к оплате)	Значение вложенного элемента складывается из суммирования всех значений «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» всех сегментов «USL» по оказанным медицинским услугам по заместительной почечной терапии и результата умножения значения «Z_SL.SL.**TARIF**» на коэффициент сложности лечения пациента «Z_SL.SL.KSG_KPG.SL_KOEF.**Z_SL**» (если предусмотрено Тарифным соглашением), понижающий коэффициент «Z_SL.SL.**T_KLOW**» (если предусмотрено Тарифным соглашением) и на значение «Z_SL.SL.**ED_COL**» (равное «1»). Округление применяется к окончательному результату суммирования.
Z_SL.**SUMV** (Сумма, выставленная к оплате)	Равна значению во вложенном элементе «Z_SL.SL.**SUM_M**».

2. При заполнении вложенных элементов в сегменте оказанных услуг **по заместительной почечной терапии** в сегменте «Z_SL.**SL**» дополнительно к медицинским услугам (сегментам «Z_SL.SL.**USL**»), оказанным по КСГ, указывается необходимое количество сегментов «Z_SL.SL.**USL**» в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг по заместительной почечной терапии, которые фактически выполнены в условиях круглосуточного стационара:

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
Z_SL.SL.USL.**PROFIL**	Значение «56» - нефрология
Z_SL.SL.USL.**PRVS**	Значение «38» (взрослые), значение «38» (дети) по классификатору V021
Z_SL.SL.USL.**DATE_IN** Z_SL.SL.USL.**DATE_OUT**	Значения дат должны **входить в диапазон** дат «Z_SL.SL.**DATE_1**» и «Z_SL.SL.**DATE_2**» сегмента «Z_SL.**SL**» (Сведения о случае) и соответствовать дате фактического оказания услуги по заместительной почечной терапии
Z_SL.SL.USL.**DS**	В дополнительных сегментах «USL» указываются коды МКБ10 острого почечного повреждения.

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**	Медицинские услуги, оказываемые в условиях круглосуточного стационара (в соответствии с п.5.1.1 Приложения № 2 к Тарифному соглашению)
Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**	Равно «**1**»
Z_SL.SL.USL.**TARIF** Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**	Указывается значение тарифа медицинской услуги, оказываемой в условиях круглосуточного стационара (заместительной почечной терапии различными методами) по соответствующей медицинской услуге (значение «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**»)

б) При формировании реестров за оказанную медицинскую помощь в условиях дневного стационара:

Порядок формирования сведений о случае:

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
ZAP.Z_SL.**SL** Сегмент «Сведения о случае»	В сегменте «ZAP.Z_SL.**SL**» дополнительно к медицинским услугам (сегментам «USL»), оказанным по КСГ, указывается необходимое количество сегментов «USL» в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг по заместительной почечной терапии, которые фактически выполнены в условиях дневного стационара в течение всего периода лечения в рамках одного случая. Количество оказанных услуг заместительной почечной терапии и, соответственно, сегментов «USL» не может быть больше 1 за один день.
Z_SL.**IDSP**	Указывается значение **«43»** (Законченный случай в дневном стационаре) или **«7»** (Прерванный случай лечения по КСГ в дневном стационаре), в соответствии с установленным порядком оплаты медицинской помощи
Z_SL.**USL_OK**	Значение «2» - **дневной стационар**
Z_SL.SL.**VIDPOM**	Значение «31» - специализированная медицинская помощь
Z_SL.SL.**FOR_POM**	Значение «3» - плановая
Z_SL.SL.**DATE_1**	Равняется календарному месяцу *

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
Z_SL.SL.**DATE_2**	
*Примечание: - Z_SL.SL.**DATE_1** равен 1 числу месяца; при поступлении в течение месяца – фактической дате госпитализации; - при госпитализации пациента в круглосуточный стационар, а также при прерванных случаях лечения (пункт 12.3 Приложения № 2 к Тарифному соглашению, «Z_SL.**IDSP**» = «7»), «Z_SL.SL.**DATE_2**» должен соответствовать дате закрытия случая по медицинской документации	
Z_SL.**DATE_Z_1** Z_SL.**DATE_Z_2**	Значения вложенных элементов «Z_SL.SL.**DATE_Z_1**» и «Z_SL.**DATE_Z_2**» соответствуют значениям во вложенных элементах «Z_SL.SL.**DATE_1**» и «Z_SL.SL.**DATE_2**».
Z_SL.SL.**DS1**	В соответствии с приложением № 27.2 к Тарифному соглашению для КСГ № «**43**» или «**44**»
Z_SL.SL.**PROFIL**	Значение «56» - нефрология
Z_SL.SL.**PRVS**	Значение «38» (взрослые), значение «38» (дети)
Z_SL.SL.**ED_COL** (Количество единиц оплаты медицинской помощи)	Равно «**1**» (один законченный случай лечения).
Z_SL.SL.KSG_KPG.**N_KSG**	Значение «43» или «44»
Z_SL.SL.**TARIF** (Тариф)	указывается значение согласно коду КСГ в «Z_SL.SL.KSG_KPG.**N_KSG**» с учетом значения «Z_SL.**IDSP**» (законченный или прерванный случай лечения)
Z_SL.SL.**SUM_M** (Сумма, выставленная к оплате)	Значение вложенного элемента складывается из суммирования всех значений «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» всех сегментов «USL» по оказанным медицинским услугам по заместительной почечной терапии и **результата умножения** значения «Z_SL.SL.**TARIF**» на коэффициент сложности лечения пациента «Z_SL.SL.KSG_KPG.SL_KOEF.**Z_SL**» (если предусмотрено Тарифным соглашением) и на значение «Z_SL.SL.**ED_COL**» (равное «1»). Округление применяется к окончательному результату суммирования.
Z_SL.**SUMV** (Сумма, выставленная к оплате)	Равна значению во вложенном элементе «Z_SL.SL.**SUM_M**».

В записи «ZAP» на застрахованного гражданина «ZAP.PACIENT» при формировании реестра счета в сегменте «Z_SL.**SL**» к сегменту «ZAP.**Z_SL**» указывается необходимое количество сегментов «Z_SL.SL.**USL**»:

- сегменты оказанных услуг, предусмотренных КСГ № «43» или «44» в соответствии с приложением № 27.2 к Тарифному соглашению.

Сегмент услуг, относящихся к КГС, формируется в следующем порядке:

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
Z_SL.SL.USL.**PROFIL**	Значение «56» - нефрология
Z_SL.SL.USL.**PRVS**	Значение «38» (взрослые), значение «38» (дети)
Z_SL.SL.USL.**DATE_IN** Z_SL.SL.USL.**DATE_OUT**	Значения дат должны **соответствовать диапазону** дат «Z_SL.SL.**DATE_1**» и «Z_SL.SL.**DATE_2**» сегмента «Z_SL.SL» (Сведения о случае)
Z_SL.SL.USL.**DS**	В соответствии с приложением № 27.2 к Тарифному соглашению для КСГ № **«43»** или **«44»**
Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**	В соответствии с приложением № 27.2 к Тарифному соглашению для КСГ № «**43**» или «**44**»
Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**	Равно «**1**»
Z_SL.SL.USL.**TARIF** (Тариф)	значение не указывается и сами теги не прописываются
Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL** (Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.))	указывается **«0»** или **«0.00»**

- сегмент оказанных услуг по заместительной почечной терапии. В сегменте «Z_SL.**SL**» дополнительно к медицинским услугам (сегментам «USL»), оказанным по КСГ № «43» или «44» (см. выше), указывается необходимое количество сегментов «USL» в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг по заместительной почечной терапии, которые фактически выполнены **в условиях дневного стационара** в течение календарного месяца:

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
Z_SL.SL.USL.**PROFIL**	Значение «56» - нефрология
Z_SL.SL.USL.**PRVS**	Значение «38» (взрослые), значение «38» (дети)
Z_SL.SL.USL.**DATE_IN** Z_SL.SL.USL.**DATE_OUT**	Значения дат должны **входить в диапазон** дат «Z_SL.SL.**DATE_1**» и «Z_SL.SL.**DATE_2**» сегмента «Z_SL.**SL**» (Сведения о случае) и соответствовать дате фактического оказания услуг по заместительной почечной терапии
Z_SL.SL.USL.**DS**	В соответствии с приложением № 27.2 к Тарифному

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
	соглашению для КСГ № «43» или «44»
Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**	Медицинские услуги, оказываемые в условиях дневного стационара в соответствии с приложением № 12 к Тарифному соглашению
Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**	Равно «**1**»
Z_SL.SL.USL.**TARIF** Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**	Указывается значение тарифа медицинской услуги, оказываемой в условиях дневного стационара (заместительной почечной терапии различными методами) согласно Приложения № 12 к тарифному соглашению

в) При формировании реестров за оказанную медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях:

Порядок формирования сведений о случае:

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
ZAP.Z_SL.**SL** Сегмент «Сведения о случае»	При формировании реестра счета в сегменте «ZAP.Z_SL.**SL**» указывается необходимое количество сегментов «USL» в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг по заместительной почечной терапии, которые фактически выполнены в амбулаторно-поликлинических условиях в течение календарного месяца. Количество оказанных услуг заместительной почечной терапии и, соответственно, сегментов «USL» не может быть больше 1 за один день
Z_SL.IDSP	Указывается значение **«30»** (Законченный случай обращения в поликлинике при количестве оказанных медицинских услуг заместительной почечной терапии ≥ 2 в течение календарного месяца) или **«29»** (за посещение в поликлинике при выполнении одной медицинской услуги заместительной почечной терапии за календарный месяц), в соответствии с установленным порядком оплаты медицинской помощи
Z_SL.USL_OK	Значение **«3»** - амбулаторно
Z_SL.SL.**VIDPOM**	Значение **«13»** - первичная специализированная медицинская помощь
Z_SL.SL.**DATE_1**	При Z_SL.IDSP = **«30»** равняется календарному

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
Z_SL.SL.**DATE_2**	месяцу*; При Z_SL.IDSP = **«29»** соответствует дате фактического оказания медицинской услуги заместительной почечной терапии
*Примечание: - Z_SL.SL.**DATE_1** равен 1 числу месяца; при обращении в течение месяца –дате фактического оказания первой медицинской услуги заместительной почечной терапии; - Z_SL.SL.**DATE_2** должен соответствовать дате закрытия случая по медицинской документации.	
Z_SL.SL.**DS1**	Указываются коды МКБ10 острой или хронической почечной недостаточности, т.е. коды МКБ10, входящие в диапазон кодов N17 - N19 (включая подрубрики)
Z_SL.SL.**PROFIL**	Значение «56» - нефрология
Z_SL.SL.**PRVS**	Значение «38» (взрослые), значение «38» (дети)
Z_SL.SL.**ED_COL**	Равно «**1**»
Z_SL.SL.KSG_KPG.**N_KSG**	Значение не указывается и сами теги не прописываются.
Z_SL.SL.**TARIF**	Указывается значение тарифа обращения, посещения по специальности «Нефрология» в амбулаторно-поликлинических условиях (Приложение 14 к Тарифному соглашению по профилю «Терапия» или «Педиатрия» в зависимости от возраста пациента (Приложение № 22 к Тарифному соглашению))
Z_SL.SL.**SUM_M** (Сумма, выставленная к оплате)	Значение вложенного элемента складывается из суммирования всех значений «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» всех сегментов «USL» по оказанным медицинским услугам по заместительной почечной терапии и значения «Z_SL.SL.**TARIF**» и на значение «Z_SL.SL.**ED_COL**» (равное «1»).
Z_SL.**SUMV** (Сумма, выставленная к оплате)	Равна значению во вложенном элементе «Z_SL.SL.**SUM_M**».

Сегмент оказанных услуг по заместительной почечной терапии. Указывается необходимое количество сегментов «USL» в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг по заместительной почечной терапии, которые

фактически выполнены в амбулаторно-поликлинических условиях в течение календарного месяца:

Наименование вложенного элемента/тега	Значение
Z_SL.SL.USL.**PROFIL**	Значение «56» - нефрология
Z_SL.SL.USL.**PRVS**	Значение «38» (взрослые), значение «38» (дети)
Z_SL.SL.USL.**DATE_IN** Z_SL.SL.USL.**DATE_OUT**	Для «Z_SL.**IDSP**» = «**30**» - **з**начения дат должны **входить в диапазон** дат «Z_SL.SL.**DATE_1**» и «Z_SL.SL.**DATE_2**» сегмента «Z_SL.**SL**» (Сведения о случае) и соответствовать датам фактического оказания услуг по заместительной почечной терапии; При «Z_SL.**IDSP**» = «**29**» **з**начения дат должны **соответствовать диапазону** дат «Z_SL.SL.**DATE_1**» и «Z_SL.SL.**DATE_2**» сегмента «Z_SL.**SL**» (Сведения о случае)
Z_SL.SL.USL.**DS**	Указываются коды МКБ10 острой или хронической почечной недостаточности, т.е. коды МКБ10, входящие в диапазон кодов N17 - N19 (включая подрубрики)
Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**	Коды медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара в соответствии с приложением № 12 к Тарифному соглашению
Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**	Равно «**1**»
Z_SL.SL.USL.**TARIF** Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**	Указывается значение тарифа медицинской услуги, оказываемой в условиях дневного стационара (заместительной почечной терапии различными методами) согласно Приложения № 12 к тарифному соглашению

3) При формировании в медицинских организациях отдельных случаев оказания комплексных услуг за проведенную кардиотокографию плода:

3.1) В соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи) во вложенном элементе «PROFIL» в амбулаторно-поликлинических условиях указывается значение «136» (акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)).

Примечание: При наличии **согласно тарифного соглашения** выполненных медицинских услуг по КТГ в условиях стационара (дневного стационара) во вложенных элементах «T_KTG_KOL» (Количество выполненных процедур КТГ) указывается значение количества выполненных данных услуг.

3.2) В соответствии с Приложением № 12 к тарифному соглашению:

а) в элементе «Z_SL.**SL**» (**Сведения о случае**) реестра счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**PROFIL**» (Профиль) указывается значение «136» (акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)) в соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи);

- во вложенных элементах «Z_SL.SL.**ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) и «Z_SL.SL.**T_KTG_KOL**» (Количество выполненных процедур КТГ) указывается значение «1»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**TARIF**» (Тариф) указывается значение тарифа комплексной услуги в соответствии с Приложением № 12 к тарифному соглашению;

- во вложенных элементах «Z_SL.SL.**SUM_M**» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.**SUMV**» (Сумма, выставленная к оплате) указывается значение в соответствии со значением вложенного элемента «Z_SL.SL.**TARIF**»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**T_PRVD**» указывается значение «11» (Врач-акушер-гинеколог) в соответствии с классификатором «TFOMS_PRVD» (Классификатор врачебных должностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**PRVS**» (Специальность лечащего врача) указывается значение «2» (Акушерство и гинекология) в соответствии с классификатором V021 (Классификатор медицинских специальностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.**IDSP**» (Код способа оплаты медицинской помощи) указывается значение «**28**» (За оказание **комплексной услуги** застрахованному гражданину) в соответствии с классификатором V010 (Классификатор способов оплаты медицинской помощи);

- дата оказанной комплексной услуги, прописанная во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**DATE_IN**» (Дата начала оказания услуги), указывается и во вложенных элементах «Z_SL.SL.**DATE_1**» (Дата начала лечения) и «Z_SL.**DATE_Z_1**» (Дата начала лечения);

- дата оказанной комплексной услуги, прописанная во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**DATE_OUT**» (Дата окончания оказания услуги), указывается и во вложенных элементах «Z_SL.SL.**DATE_2**» (Дата окончания лечения) и «Z_SL.**DATE_Z_2**» (Дата окончания лечения);

б) в разделе «**USL**» (**Сведения об услуге**) элемента «Z_SL.SL» (Сведения о случае) на пациента, которому оказана комплексная услуга, в реестре счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) указывается значение:

A05.30.001	Кардиотокография плода;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**» (Количество услуг) указывается значение «1» или «1.00»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**TARIF**» (Тариф) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение «0» или «0.00»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**PRVS**» (Специальность лечащего врача) указывается значение «2» (Акушерство и гинекология) в соответствии с классификатором V021 (Классификатор медицинских специальностей);

в) в элементе «**Z_SL**» (**Сведения о законченном случае**) на одного пациента раздел «Z_SL.**SL**» (**Сведения о случае**) и сегмент «Z_SL.SL.**USL**» «**Сведения об услуге**» выставляются один раз.

4) При формировании в медицинских организациях отдельных случаев оказания комплексных услуг за проведенные ультразвуковые исследования плода и ультразвуковое исследование плода на аппарате экспертного класса для медицинской помощи, оказанной по профилю «136» (акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)) в амбулаторно-поликлинических условиях.

В соответствии с Приложением № 12 к тарифному соглашению:

а) в элементе «Z_SL.**SL**» (**Сведения о случае**) реестра счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**PROFIL**» (Профиль) указывается значение «106» (ультразвуковой диагностике) в соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) указывается значение «1»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**TARIF**» (Тариф) указывается значение тарифа комплексной услуги в соответствии с Приложением № 12 к тарифному соглашению;

- во вложенных элементах «Z_SL.**SUMV**» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.**SUM_M**» (Сумма, выставленная к оплате) указывается значение в соответствии со значением вложенного элемента «Z_SL.SL.**TARIF**»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**T_PRVD**» указывается значение «81» (Врач ультразвуковой диагностики) в соответствии с классификатором «TFOMS_PRVD» (Классификатор врачебных должностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**PRVS**» (Специальность лечащего врача) указывается значение «181» (Ультразвуковая диагностика) в соответствии с классификатором V021 (Классификатор медицинских специальностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.**IDSP**» (Код способа оплаты медицинской помощи) указывается значение «**28**» (**За оказание комплексной услуги застрахованному гражданину**) в соответствии с классификатором V010 (Классификатор способов оплаты медицинской помощи);

б) в разделе «**USL**» (**Сведения об услуге**) элемента «Z_SL.**SL**» (Сведения о случае) на пациента, которому оказана комплексная услуга, в реестре счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) указывается значение:

A04.30.001	Ультразвуковое исследование плода;
A04.30.001.001	Ультразвуковое исследование плода на аппарате экспертного класса;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**» (Количество услуг) указывается значение «1» или «1.00»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**TARIF**» (Тариф) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение «0» или «0.00»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**PRVS**» (Специальность лечащего врача) указывается значение «81» (Ультразвуковая диагностика) в соответствии с классификатором V021 (Классификатор медицинских специальностей).

Примечание: Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**PROFIL**» (Профиль) согласно со значением вложенного элемента «Z_SL.SL.PROFIL» (Профиль) указывается значение «106» (ультразвуковой диагностике) в соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи).

5) Заполнение вложенных элементов при реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанным медицинским услугам по оптическому исследованию сетчатки с помощью компьютерного анализатора.

В соответствии с Приложением № 12 к тарифному соглашению:

а) в элементе «Z_SL.**SL**» (**Сведения о случае**) реестра счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**PROFIL**» (Профиль) указывается значение «65» (офтальмологии) в соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**ED_COL**» (Количество единиц оплаты медицинской помощи) указывается значение «1»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**TARIF**» (Тариф) указывается значение тарифа комплексной услуги в соответствии с Приложением № 12 к тарифному соглашению;

- во вложенных элементах «Z_SL.**SUMV**» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.**SUM_M**» (Сумма, выставленная к оплате) указывается значение в соответствии со значением вложенного элемента «Z_SL.SL.**TARIF**»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**T_PRVD**» указывается значение «41» (Врач офтальмолог) в соответствии с классификатором «TFOMS_PRVD» (Классификатор врачебных должностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**PRVS**» (Специальность лечащего врача) указывается значение «46» (Офтальмология) в соответствии с классификатором V021 (Классификатор медицинских специальностей);

- во вложенном элементе «Z_SL.**IDSP**» (Код способа оплаты медицинской помощи) указывается значение «**28**» (**За оказание комплексной услуги**

застрахованному гражданину) в соответствии с классификатором V010 (Классификатор способов оплаты медицинской помощи);

б) в разделе/сегменте «**USL**» (**Сведения об услуге**) элемента «Z_SL.**SL**» (Сведения о случае) на пациента, которому оказана комплексная услуга, в реестре счета:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) указывается значение:

A03.26.019	Оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**KOL_USL**» (Количество услуг) указывается значение «1» или «1.00»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**TARIF**» (Тариф) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**SUMV_USL**» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение «0» или «0.00»;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**PRVS**» (Специальность лечащего врача) указывается значение «46» (Офтальмология) в соответствии с классификатором V021 (Классификатор медицинских специальностей).

Примечание: Во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**PROFIL**» (Профиль) согласно со значением вложенного элемента «Z_SL.SL.**PROFIL**» (Профиль) указывается значение «**65**» (офтальмологии) в соответствии с классификатором V002 (Классификатор профилей оказанной медицинской помощи).

в) в случае оказания комплексной услуги «**Оптическая спектральная когерентная томография глаза**» пациенту (застрахованному гражданину) медицинской организацией Костромской области при направлении на оказание данной комплексной услуги **другой медицинской организацией**:

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**LPU**» сегмента «USL» ставится значение регистрационного кода медицинской организации, направившей на оказание комплексной услуги «**Оптическая спектральная когерентная томография глаза**», а во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**LPU_1**» указывается значение кода подразделения данной медицинской организации (при наличии подразделения, направившего на оказание комплексной услуги, заполнение данного поля/вложенного элемента «Z_SL.SL.USL.**LPU_1**» обязательно);

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**DS0**» (Диагноз первичный) элемента/сегмента «Z_SL.**SL**» (Сведения о случае) обязательно указывается значение кода МКБ-10, с которым был направлен застрахованный гражданин (пациент) другой медицинской организацией на оказание комплексной услуги «**Оптическая спектральная когерентная томография глаза**» (Поле «Z_SL.SL.**DS0**» из условно-обязательного (тип «У») становится обязательным к заполнению (тип «О»)). Код МКБ-10 указывается согласно направлению на обследование из числа диагнозов, предусмотренных департаментом здравоохранения Костромской области;

- во вложенном элементе «Z_SL.SL.**DS1**» (Диагноз первичный) элемента/сегмента «Z_SL.**SL**» (Сведения о случае) обязательно указывается значение кода МКБ-10, установленного по результатам обследования.

г) в случае оказания комплексной услуги «**Оптическая спектральная когерентная томография глаза**» пациенту (застрахованному гражданину) **на двух глазах**, то каждая комплексная услуга «**Оптическая спектральная когерентная томография глаза**» формируется **отдельным сегментом** «ZAP.Z_SL» (Сведения о законченном случае) и **отдельным сегментом** «ZAP.PACIENT» (Сведения о пациенте) в отдельном сегменте «ZAP» (Записи) на каждый из двух глаз пациента:

- Один сегмент «ZAP» с одним сегментом «Z_SL» с внутренним сегментом «Z_SL.SL» на левый глаз (отдельный сегмент «ZAP.PACIENT»);

- Другой сегмент «ZAP» одним сегментом «Z_SL» и внутренним сегментом «Z_SL.SL» на правый глаз (отдельный сегмент «ZAP.PACIENT»).

Для предотвращения отклонения от оплаты по результатам МЭК двух одинаковых дублирующих по содержанию сегментов «ZAP» с «ZAP.Z_SL» и «ZAP.PACIET», «ZAP.Z_SL.**SL**» к «ZAP.**Z_SL**» с наличием в каждом по одному сегменту «Z_SL.SL.**USL**» с кодами услуг «**A03.26.019**» (Оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора) во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**CODE_USL**» (Код услуги) на левый и правый глаза пациента во вложенном элементе «Z_SL.SL.USL.**COMENTU**» (Служебное поле) указывается «вид» (отличительный признак) глаза (Поле «Z_SL.SL.USL.COMENTU» из условно-обязательного (тип «У») становится обязательным к заполнению (тип «О»)):

- «**OD**» (правый глаз) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL.SL» одного элемента «ZAP»;

- «**OS**» (левый глаз) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL.SL» другого элемента «ZAP».

Данные случаи выставления двух отдельных сегментов «ZAP» (Записи) с сегментами «ZAP.**PACIENT**», «ZAP.**Z_SL**» и «Z_SL.**SL**» с внутренними сегментами «Z_SL.SL.**USL**» (Сведения об услуге) не считаются дублированием и подлежат оплате по результатам МЭК страховыми медицинскими организациями Костромской области.

1.5. Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи при осуществлении информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по оказанной медицинской помощи с применением коэффициентов

Примеры заполнения вложенного элемента «TARIF» и вложенных элементов коэффициентов. При заполнении вложенного элемента «TARIF» значением тарифа:

1) **законченного случая лечения в круглосуточном стационаре** (пункт 2 Приложения № 2 к тарифному соглашению) согласно Приложения № 16 к

Тарифному соглашению. Значения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) «Z_SL.SL.KSG_KPG.SL_KOEF.**Z_SL**» устанавливаются и выставляются в реестре счета согласно Приложения № 25 (Порядок применения КСЛП) к Тарифному соглашению;

Примечание: Значения нескольких КСЛП «Z_SL.SL.KSG_KPG.SL_KOEF.**Z_SL**» (с **01.04.2018** года) нескольких сегментов «Z_SL.SL.KSG_KPG.**SL_KOEF**» суммируются согласно следующей формулы:
$КСЛП_{сумм}$=КСЛП1+(КСЛП2-1)+($КСЛП_{n}$-1), где суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать «**1,8**».
Пример из трех коэффициентов КСЛП: 1,81+(1,91-1)+(1,85-1)=1,81+0,91+0,85=3,57 (Превышает значение «1,8»). Значит $КСЛП_{сумм}$=1,8.

2) **законченного случая лечения в условиях дневного стационара** (пункт 3 Приложения № 2 к тарифному соглашению) согласно Приложения № 18 Тарифного соглашения. Значение коэффициента сложности лечения пациента «Z_SL.SL.KSG_KPG.SL_KOEF.**Z_SL**» устанавливается и выставляется в реестре счета согласно Приложения № 25 (Порядок применения КСЛП) к Тарифному соглашению;

3) При наличии **понижающего/повышающего коэффициента** «Z_SL.SL.**T_KLOW»** к тарифам (например, при **прерванном случае** обращения по заболеванию («Z_SL.**IDSP**»=29), при **прерванных случаях** лечения по КСГ («Z_SL.**IDSP**»=5 или 7) или при **прерванном случае** по КСГ, не входящего в сам тариф, во вложенных элементах «Z_SL.SL.**SUM_M**» (Сумма, выставленная к оплате) и «Z_SL.**SUMV**» (Сумма, выставленная к оплате) значение ставится согласно значений вложенных элементов «Z_SL.SL.**ED_COL**», «Z_SL.SL.**TARIF**» и «Z_SL.SL.**T_KLOW**».

Пример:

1. При значении понижающего (повышающего) коэффициента «0,42» («Z_SL.SL.**T_KLOW**») и значении тарифа КСГ равного «100» («Z_SL.SL.**TARIF**») во вложенных элементах «Z_SL.SL.**SUM_M**» и «Z_SL.**SUMV**» ставится значение «42.00», при значении понижающего (повышающего) коэффициента «1,21» («Z_SL.SL.**T_KLOW**») и значении тарифа КСГ («Z_SL.SL.**TARIF**») равного «1000» во вложенном элементе «Z_SL.SL.**SUM_M**» и «Z_SL.**SUMV**» ставится значение «1210.00».
2. При значении понижающего (повышающего) коэффициента «10%» («Z_SL.SL.**T_KLOW**» = 0,1) от значения тарифа КСГ («Z_SL.SL.**TARIF**»), равного «1000», во вложенном элементе «Z_SL.SL.**SUM_M**» и «Z_SL.**SUMV**» ставится значение «100.00».

При возникновении подобных случаев по оплате оказанной медицинской помощи застрахованному гражданину с применением понижающего (повышающего) коэффициента вложенный элемент «Z_SL.SL.**SUM_M**» и «Z_SL.**SUMV**» заполняется аналогичным способом.

1.6. Общие правила формирования и заполнения реестров счетов оказанной медицинской помощи при осуществлении информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по тяжелой множественной и сочетанной травме (политравме) в круглосуточном стационаре

В соответствии с Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу

финансирования (в дополнение к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования) (далее – **Инструкция по группировке случаев**), направленной совместным письмом от 21 ноября 2017 года Министерством здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 13572/26-2/и:

а) Вложенные элементы в формате «У» - «DS2» (Диагноз сопутствующего заболевания) и(или) «DS3» (Диагноз осложнения заболевания) становятся обязательными к заполнению при наличии диагноза сопутствующего заболевания и(или) диагноза осложнения заболевания или при указании кодов МКБ10, которые участвуют в формировании группы «Политравма», по анатомическим областям. Также вложенные элементы «DS2» и «DS3» могут выставляться необходимое количество раз (несколько вложенных элементов с тегами «DS2» и(или) «DS3») в случаях оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре в соответствии с Тарифным соглашением и значениями кодов МКБ10 согласно кодам анатомической области (Политравма). При этом тип данных вложенных элементов «DS2» и «DS3» из «У» (условно-обязательный реквизит) переводится в тип «ОМ» (О – обязательный реквизит, М - реквизит, определяющий множественность данных).

б) При реализации Инструкции по группировке случаев по оказанию медицинской помощи **в круглосуточном стационаре**:

В соответствии с Тарифным соглашением и **кодами анатомической области** (Политравма) (значение вложенного элемента «KSG_KPG.**N_KSG**» (Код КСГ) равно «**223**») вложенные элементы «DS2» заполняются значениями кодов МКБ10 (из расположенной ниже Таблицы) согласно **кода анатомической области «Т1 - Т6»** (необходимое количество раз согласно «Т1 - Т6») (Первый случай) или один вложенный элемент «DS2» (Второй случай) заполняется значением кода МКБ10 согласно **кода анатомической области «Т7»** с обязательным заполнением (в обоих случаях) вложенного элемента «DS3» (необходимое количество раз) **как минимум одним из нижеследующих диагнозов: «J94.2», «J94.8», «J94.9», «J93», «J93.0», «J93.1», «J93.8», «J93.9», «J96.0», «N17», «Т79.4», «R57.1» и (или) «R57.8»** (Алгоритм формирования группы «Политравма» указан ниже).

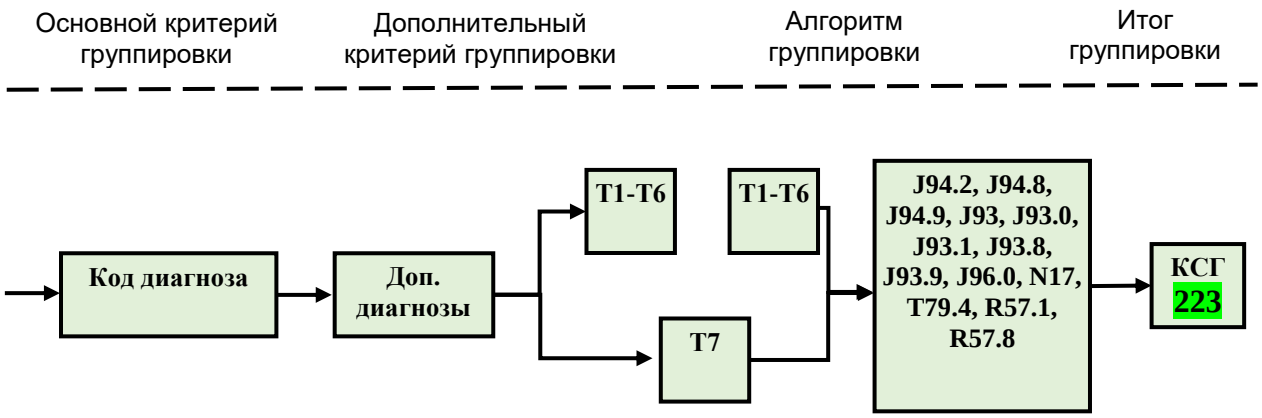
Примечание: Во вложенном элементе «**DS1**» (Диагноз основной) указывается превалирующий по тяжести состояния пациента диагноз (код МКБ10 из Таблицы приведенной ниже) согласно **кода анатомической области «Т1 - Т6»** или **кода анатомической области «Т7».**

Заполнение вложенных элементов «DS2» (Диагноз сопутствующего заболевания) кодами МКБ10, которые участвуют в формировании группы «Политравма», по кодам анатомических областей

Код анатомической области	Анатомическая область	Коды МКБ-10

Код анатомической области	Анатомическая область	Коды МКБ-10
T1	Голова/шея	S02.0, S02.1, S04.0, S05.7, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S07.0, S07.1, S07.8, S09.0, S11.0, S11.1, S11.2, S11.7, S15.0, S15.1, S15.2, S15.3, S15.7, S15.8, S15.9, S17.0, S17.8, S18
T2	Позвоночник	S12.0, S12.9, S13.0, S13.1, S13.3, S14.0, S14.3, S22.0, S23.0, S23.1, S24.0, S32.0, S32.1, S33.0, S33.1, S33.2, S33.4, S34.0, S34.3, S34.4
T3	Грудная клетка	S22.2, S22.4, S22.5, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S27.0, S27.1, S27.2, S27.4, S27.5, S27.6, S27.8, S28.0, S28.1
T4	Живот	S35.0, S35.1, S35.2, S35.3, S35.4, S35.5, S35.7, S35.8, S35.9, S36.0, S36.1, S36.2, S36.3, S36.4, S36.5, S36.8, S36.9, S37.0, S38.3
T5	Таз	S32.3, S32.4, S32.5, S36.6, S37.1, S37.2, S37.4, S37.5, S37.6, S37.8, S38.0, S38.2
T6	Конечности	S42.2, S42.3, S42.4, S42.8, S45.0, S45.1, S45.2, S45.7, S45.8, S47 , S48.0, S48.1, S48.9, S52.7, S55.0, S55.1, S55.7, S55.8, S57.0, S57.8, S57.9, S58.0, S58.1, S58.9, S68.4, S71.7, S72.0, S72.1, S72.2, S72.3, S72.4, S72.7, S75.0, S75.1, S75.2, S75.7, S75.8, S77.0, S77.1, S77.2, S78.0, S78.1, S78.9, S79.7, S82.1, S82.2, S82.3, S82.7, S85.0, S85.1, S85.5, S85.7, S87.0, S87.8, S88.0, S88.1, S88.9, S95.7, S95.8, S95.9, S97.0, S97.8, S98.0
T7	Множественная травма	S02.7, S12.7, S22.1, S27.7, S29.7, S31.7, S32.7, S36.7, S38.1, S39.6, S39.7, S37.7, S42.7, S49.7, T01.1, T01.8, T01.9, T02.0, T02.1, T02.2, T02.3, T02.4, T02.5, T02.6, T02.7, T02.8, T02.9, T04.0, T04.1, T04.2, T04.3, T04.4, T04.7, T04.8, T04.9, T05.0, T05.1, T05.2, T05.3, T05.4, T05.5, T05.6, T05.8, T05.9, T06.0, T06.1, T06.2, T06.3, T06.4, T06.5, T06.8, T07

Алгоритм формирования группы «Политравма»:



Примечание: В этом алгоритме T1-T7 - коды анатомической области. Комбинация кодов определяющих политравму (T1-T6) должна быть из ***разных анатомических областей.***

2. Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при проведении диспансеризации и медицинских осмотров в формате XML

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла и имя архива информационного пакета с двумя файлами (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

XPiNiPpNp_YYMMN.XML (XPiNiPpNp_YYMMN.ZIP), где:

X – Одна из констант, обозначающая передаваемые данные:

- **DP** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- **DV** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- **DO** - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических осмотров взрослого населения;
- **DS** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- **DU** - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- **DF** - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (профилактических).

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

- **T** – ТФОМС;
- **S** – СМО;
- **M** – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

- **T** – ТФОМС;
- **S** – СМО;
- **M** – МО.

Np – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

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.

* Порядковый номер пакета может формироваться и в следующем виде:
«YXXXX», где:

- «Y» - может принимать следующее значение: 1 – стационар, 2 – дневной стационар, 3 – поликлиника (1-ая); 4 – поликлиника (2-ая) и т.д. (далее по решению МО);

- «XXXX» - 1. Порядковый номер пакета (4 разряда). Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде. 2. Может присваиваться номер выставляемого счета с добавлением «0» (Ноль) слева до приведения числа к 4 разрядам.

В пакете информационного обмена обязан присутствовать файл персональных данных в соответствии с Таблицей 2 Приложения 1 настоящего приказа.

При передаче сведений об оказанной медицинской помощи при проведенных диспансеризаций и медицинских осмотрах файлы с персональными данными должны именоваться следующим образом:

– LP, LV, LO, LS, LU, LF, LD, LR (в зависимости от типа диспансеризации в соответствии с именем основного файла).

Примечание: Примеры наименований файлов в разрезе проведенных диспансеризаций и медицинских осмотров приведены в Приложении № 6 к информационному взаимодействию.

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации - получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

– соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

– возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

– наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

– отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: в качестве константы указывается **V**. Структура файла приведена в таблице 3 (Файл с протоколом ФЛК).

Таблица 6. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при проведении диспансеризации и медицинских осмотров.

(Дополнительные материалы по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, оказанной в рамках проведения диспансеризаций и медицинских осмотров, указаны в Приложениях № 3-6 к настоящему приказу)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ZL_LIST	**ZGLV**	О	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	О	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	ОМ	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
Заголовок файла					
ZGLV	**VERSION**	О	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.0».
	DATA	О	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	О	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	SD_Z	О	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев (сегментов «SL») оказания медицинской помощи, включённых в файл.
Счёт					
SCHET	**CODE**	О	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	О	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	О	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	О	N(2)	Отчетный месяц	Месяц оказания медицинской помощи.
	NSCHET	О	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	О	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	У	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	О	N(15.2)	Сумма счета, выставленная МО на оплату	
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				(МЭК)	заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
	DISP	О	T(3)	Тип диспансеризации	Классификатор типов диспансеризации (V016)
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 законченном случае оказания медицинской помощи
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.
	VPOLIS	О	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Только для полисов старого образца
	NPOLIS	О	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	**О**	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. 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	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				страхования	
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	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; 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**	О	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	T_USL_OK	О	N(2)	Код дополнительных сведений	Заполняется в соответствии с классификатором TFOMS_USL_OK
	T_STATUS	У	N(3)	Код статуса гражданина	T_STATUS (Классификатор статуса гражданина) Заполняется при требованиях приказов ТФОМС и Тарифного соглашения
	VIDPOM	О	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	VBR	О	N(1)	Признак мобильной медицинской бригады	0 – нет; 1 – да.
	DATE_Z_1	О	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	О	D	Дата окончания лечения	
	P_OTK	О	N(1)	Признак отказа от диспансеризации	Значение по умолчанию: «**0**». В случае отказа указывается значение «1».
	RSLT_D	О	N(2)	Результат	Классификатор результатов диспансеризации V017

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				диспансеризации	
	OS_SLUCH	НМ	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	О	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 значению SUM_M вложенного элемента SL.
	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 («О» - обязательно для СМО)	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС). **ВНИМАНИЕ для СМО**!!!-> По значению «2» (Полный отказ) в «Z_SL.OPLATA» значение во вложенном элементе/теге «SUMP» указывается «0» или «0.00».
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по законченному случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже
Сведения о случае					
SL	**SL_ID**	О	T(36)	Идентификатор	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	NHISTORY	О	T(50)	Номер карты	
	DATE_1	О	D	Дата начала лечения	Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа.
	DATE_2	О	D	Дата окончания лечения	
	DS1	О	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					уровня подрубрики.
	DS2	УМ*	T(10)	Диагноз МКБ-10, проведенной иммунизации	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Выставляется при проведении иммунизации во время: 1) профилактического медицинского осмотра взрослого населения, 2) проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, 3) прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, 4) проведения диспансеризации: - 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), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.
	DS1_PR	У	N(1)	Установлен впервые (основной)	Обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра
	PR_D_N**	**О**	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 - взят, 3 - не подлежит диспансерному наблюдению
	** По результатам 1-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения во вложенном элементе «PR_D_N» могут указываться значения 1, 2 или 3: 1) При направлении по результатам 1-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения на 2-ой этап диспансеризации во вложенном элементе «PR_D_N» указываются значения 1 или 3; 2) По завершению диспансеризации определенных групп взрослого населения 1 этапом или по 2 этапу при присвоении 3а или 3б группы здоровья во вложенном элементе «PR_D_N» указываются одно из значений 1 или 2.				
	DS2_N	УМ	S	Сопутствующие заболевания	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NAZ	УМ	S	Назначения	Указывается отдельно для каждого назначения.
Примечание к «SL.**NAZ**»: При наличии кодов групп здоровья в «Z_SL.**RSLT_D**» (Результат диспансеризации): **Для детей:** 1. Вложенный элемент «SL.**NAZ**» заполняется при наличии в «Z_SL.**RSLT_D**» (Результат диспансеризации) **кодов групп здоровья** (в зависимости от состояния здоровья при прохождении профилактических осмотров) (п. 2 Приложения 2 к Приказу Минздрава № 514н): «3» (Присвоена III группа здоровья), «4» (Присвоена IV группа здоровья), «5» (Присвоена V группа здоровья). В ином случае, при «Z_SL.**RSLT_D**» = 1 и 2, вложенный элемент «SL.**NAZ**» не заполняется и не выставляется в сегменте «SL». 2. Вложенный элемент «SL.**NAZ**» из «условно-обязательного множественного» (УМ) становится типом «обязательным множественным» (ОМ) при наличии значений «3», «4» и «5» в «Z_SL.**RSLT_D**». **Для взрослых:** 1. **При проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения** 1) Вложенный элемент «SL.**NAZ**» заполняется при наличии в «Z_SL.**RSLT_D**» (Результат диспансеризации) **кодов групп здоровья** (в зависимости от состояния здоровья при прохождении диспансеризации определенных групп взрослого населения) (п.18 Приложения к Приказу Минздрава № 869н): «31» (Присвоена IIIа группа здоровья), «32» (Присвоена IIIб группа здоровья), «14» (Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена IIIа группа здоровья), «15» (Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена IIIб группа здоровья). В ином случае, при «Z_SL.**RSLT_D**» = 1, 2, 11 и 12, вложенный элемент «SL.**NAZ**» не заполняется и не выставляется в сегменте «SL». 2) Вложенный элемент «SL.**NAZ**» из «условно-обязательного множественного» (УМ) становится типом «обязательным множественным» (ОМ) при наличии значений «31», «32», «14» и «15» в «Z_SL.**RSLT_D**». 2. **При проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения** (в возрасте 18 лет и старше) (п.15 Приложения к Приказу Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н) код «3» (Присвоена III группа здоровья).					
	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	
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	
Региональные поля согласно Тарифного соглашения					
	T_IDMO	**О**	T(100)	Идентификатор гражданина по базе МО (Значение МО для ускорения поиска отклоненной записи)	При наличии СМО возвращает данное значение в МО
	T_PRVD	О	N(3)	Код врачебной должности	Заполняется в соответствии с классификатором TFOMS_PRVD
	T_KTG_KOL	У	N(5.2)	Количество фактически выполненных	Указывается количество фактически выполненных

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				медицинских услуг	медицинских услуг без учета отказов граждан от прохождения отдельных осмотров, исследований и мероприятий.
	T_KLOW	УМ	N(3.2)	Понижающий/ повышающий коэффициент	**При наличии значения коэффициента в тарифном соглашении, не входящего в сам тариф**
Сопутствующие заболевания					
DS2_N	**DS2**	О	Т(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS2_PR	У	N(1)	Установлен впервые (сопутствующий)	Обязательно указывается «1», если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра
	PR_DS2_N	**О**	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 - взят, 3 - не подлежит диспансерному наблюдению
Назначения					
NAZ	**NAZ_N**	О	N(2)	Номер по порядку	
	NAZ_R	О	N(2)	Вид назначения	Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II. 1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления; 2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию; 3 – направлен на обследование; 4 – направлен в дневной стационар; 5 – направлен на госпитализацию; 6 – направлен в реабилитационное отделение.
	NAZ_SP	У	N(4)	Специальность врача	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлены коды 1 или 2. Классификатор медицинских специальностей (**V015** и

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					V021). По **V021 у**казывается значение IDSPEC. Примечание: (В элементе, на случаи оказания медицинской помощи, завершенные с 01апреля 2018 года, указывается код = **V021**, в элементе, на случаи оказания медицинской помощи, завершенные до 01апреля 2018 года, указывается код = **V015**).
	NAZ_V	У	N(1)	Вид обследования	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлен код 3. 1 – лабораторная диагностика; 2 – инструментальная диагностика; 3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих; 4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография)
	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.
Сведения о санкциях					
SANK	**S_CODE**	О	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	О	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TIP	О	N(1)	Код вида контроля	F006 Классификатор видов контроля.
	S_OSN	О	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи.
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	T_ERROR	УМ	T(250)	Наименование вложенного элемента по отказу МЭК	Наименования вложенных элементов через точку с запятой, в которых найдена ошибка
	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
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. **Примечание:** При

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					осуществлении лабораторных исследований в другой МО, то значение ставится МО, оказавшей данную услугу (Например: **440003**). При оказании услуг МО, не включенной в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, указывается код «999999». При осуществлении межтерриториальных расчетов - указывается код медицинской организации, принявшей пациента на госпитализацию.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника. **Примечание:** При осуществлении лабораторных исследований в другой МО, то значение ставится подразделения МО, оказавшей данную услугу (Например: **3103**)
	DATE_IN	О	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	О	D	Дата окончания оказания услуги	
	P_OTK	О	N(1)	Признак отказа от услуги	Значение по умолчанию: «0». В случае отказа указывается значение «1».
	CODE_USL	О	T(20)	Код услуги	Классификатор услуг
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	
	SUMV_USL	О	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)	При проведении осмотра/консультации врачом-специалистом = «0» или «0.00» **Примечание:** Кроме диспансеризации определенных групп взрослого населения!!! (Приказ ТФОМС от 29.01.2018 года № 60) При проведении осмотра/консультации врачом-специалистом и лабораторных, функциональных и иных исследованиях стоимость мед. услуги указывается в соответствии с

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					Приложениями № 7а и 7б к Тарифному соглашению. При отказе гражданина от проведения отдельных видов медицинских вмешательств значение = «**0**» или «0.00»
	PRVS	О	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу.	Классификатор медицинских специальностей (**V015** и **V021**). По **V021** указывается значение IDSPEC. Примечание: (В элементе, на случаи оказания медицинской помощи, завершенные с 01апреля 2018 года, указывается код = **V021**, в элементе, на случаи оказания медицинской помощи, завершенные до 01апреля 2018 года, указывается код = **V015**). При оказании услуг в другой МО указывается код «0».
	CODE_MD	О	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу.	В соответствии с территориальным справочником. В качестве уникального идентификатора используется СНИЛС врача (в формате 999-999-999 99)) Необходим для связи с файлом персональных данных врача (IDDOKT). При оказании услуг в другой МО указывается код «0»
	COMENTU	У	T(250)	Служебное поле	

* При проведении иммунизации во время профилактического медицинского осмотра взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров и проведения диспансеризации детей-сирот вложенный элемент «Z_SL.SL.**DS2**» (Диагноз МКБ-10, проведенной иммунизации) **обязателен к заполнению** (становится типом «ОМ») в соответствии с Приложением № 8 к Протоколу № 1 от 18 января 2017 года заседания комиссии по разработке ТП ОМС за 2017 год (При проведении более одной вакцинации гражданину на каждый случай вакцинации выставляется отдельный вложенный элемент/тег «Z_SL.SL.**DS2**»). В остальных случаях данный вложенный элемент «Z_SL.SL.**DS2**» (имеет тип «Н») не заполняется и не выставляется в сегменте «Z_SL.SL».

Примечание:

1. Применяемые справочники (классификаторы) при проведении диспансеризации и медицинских осмотров населения - V016, V017 и TFOMS_USL_OK.

1.1. Классификатор типов диспансеризации (V016).

Код типа диспансе-ризации («DISP»)	Наименование типа диспансеризации	Допустимые для данного типа диспансеризации значения результата диспансеризации (V017)
ДВ1	Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения с периодичностью **1 раз в 3 года**	1, 2, 31, 32, 12, 14, 15
ДВ2	Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения	2, 31, 32
ДВ3	Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения с периодичностью **1 раз в 2 года**	1, 2, 31, 32, 12, 16, 14, 15
ДС1	**Первый этап** диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	1, 2, 3, 4, 5, 12, 17, 18, 19 (Коды 17,18,19 дополнительно согласно приказу ТФОМС от 28.04.2018 № 387)
ДС2	**Первый этап** диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью	1, 2, 3, 4, 5, 12, 17, 18, 19 (Коды 17,18,19 дополнительно согласно приказу ТФОМС от 28.04.2018 № 387)
ДС3	**Второй этап** диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	2, 3, 4, 5
ДС4	**Второй этап** диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью	2, 3, 4, 5
ОПВ	Профилактические медицинские осмотры взрослого населения	1, 2, 3
ПН1	**Первый этап** профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних	1, 2, 3, 4, 5, 12, 17, 18, 19
ПН2	**Второй этап** профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних	2, 3, 4, 5

1.2. Классификатор результатов диспансеризации (V017).

Код результата диспансеризации («RSLT_D»)	Наименование результата диспансеризации
1	Присвоена I группа здоровья
2	Присвоена II группа здоровья
3	Присвоена III группа здоровья
4	Присвоена IV группа здоровья
5	Присвоена V группа здоровья
12	**Направлен на II этап** профилактического медицинского осмотра **несовершеннолетних или диспансеризации всех типов**, предварительно присвоена **II группа здоровья**
14	**Направлен на II этап** диспансеризации определенных групп **взрослого населения**, предварительно присвоена **IIIа группа здоровья**
15	**Направлен на II этап** диспансеризации определенных групп **взрослого населения**, предварительно присвоена **IIIб группа здоровья**
16*	**Проведен I этап** диспансеризации определенных групп взрослого населения с периодичностью **1 раз в 2 года**
17	**Направлен на II этап** диспансеризации или профилактического медицинского осмотра **несовершеннолетних**, предварительно присвоена **IV группа здоровья**
18	**Направлен на II этап** диспансеризации или профилактического медицинского осмотра **несовершеннолетних**, предварительно присвоена **V группа здоровья**
19	**Направлен на II этап** диспансеризации или профилактического медицинского осмотра **несовершеннолетних**, предварительно присвоена **III группа здоровья**
31	Присвоена IIIа группа здоровья (с 01 июня 2015 года для типов диспансеризации «**ДВ1**» и «**ДВ2**», и с 01 апреля 2018 года для типа диспансеризации «**ДВ3**»)
32	Присвоена IIIб группа здоровья (с 01 июня 2015 года для типов диспансеризации «**ДВ1**» и «**ДВ2**», и с 01 апреля 2018 года для типа диспансеризации «**ДВ3**»)

* При завершении диспансеризации определенных групп взрослого населения с периодичностью 1 раз в 2 года только I этапом с присвоением I группы здоровья.

2. Формирование реестров счетов по виду проведенных диспансеризаций и медицинских осмотров населения по 1 и 2 этапу.

Код типа диспансе-ризации («DISP»)	Региональный код типа диспансе-ризации («T_USL_OK»)	**Наименование типа диспансеризации**	Единица объема оказанной мед. помощи по проведению диспансеризации и мед. осмотра
ДВ1	**51**	**Первый этап** диспансеризации определенных групп взрослого населения с периодичностью **1 раз в 3 года** (Табл. 6 Раз.2 Пр.№1)	Комплексное посещение («IDSP» = «29»)
ДВ2	**52**	**Второй этап** диспансеризации определенных групп взрослого населения (Табл. 6 Раз.2 Пр.№1)	Комплексное посещение («IDSP» = «29»)
ДВ3	**65**	**Первый этап** диспансеризации определенных групп взрослого населения с периодичностью **1 раз в 2 года** (Табл. 6 Раз.2 Пр.№1)	Комплексное посещение («IDSP» = «29»)
ДВ2	**66**	**Второй этап** диспансеризации определенных групп взрослого населения с периодичностью **1 раз в 2 года** (Табл. 6 Раз.2 Пр.№1) **Письмо ТФОМС от 24.07.2018 № 2912**	Комплексное посещение («IDSP» = «29»)
ОПВ	**53**	**Профилактические медицинские осмотры** взрослого населения (Табл. 2 Раз.2 Пр.№1)	Комплексное посещение («IDSP» = «29»)
ДС1	**54**	**Первый этап** диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Табл. 6 Раз.2 Пр.№1)	Комплексное посещение («IDSP» = «29»)
ДС2	**61**	**Первый этап** диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью (Табл. 6 Раз.2 Пр.№1)	Профильное посещение врача-специалиста («IDSP» = «29»)
ДС3	**55**	**Второй этап** диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Табл. 6 Раз.2 Пр.№1)	Комплексное посещение («IDSP» = «29»)
ДС4	**62**	**Второй этап** диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью (Табл. 6 Раз.2 Пр.№1)	Профильное посещение врача-специалиста («IDSP» = «29»)
ПН1	**56**	**Первый этап** профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних (Табл. 6 Раз.2 Пр.№1)	Комплексное посещение («IDSP» = «29»)
ПН2	**57**	**Второй этап** профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних (Табл. 6 Раз.2 Пр.№1)	Профильное посещение врача-специалиста («IDSP» = «29»)

3. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках проведенных диспансеризаций и медицинских осмотров населения, производится:

- диспансеризация определенных групп взрослого населения в соответствии с Приказом МЗ РФ от 26.10.2017 года № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложения №№ 7а и 7б к Тарифному соглашению);

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в соответствии с Приказом МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (Приложение № 8 к Тарифному соглашению);

- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с Приказом МЗ РФ от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (Приложение № 8 к Тарифному соглашению);

- профилактические (Приложение № 9 к Тарифному соглашению), медицинские осмотры несовершеннолетних в соответствии с приказом Минздрава РФ от 10.08.2017 года № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

- профилактические медицинские осмотры взрослого населения в соответствии с Приказом МЗ РФ от 6.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (Приложение № 10 к Тарифному соглашению).

3. Информационное взаимодействие между ТФОМС при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого застрахован гражданин в формате XML

Таблица 7. Перечень файлов, используемых при взаимодействии между ТФОМС при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого застрахован гражданин.

№	Файл	Имя файла	Содержание	Примечания
1	**Файлы реестров счетов по оплате медицинских услуг (основная часть)**	**R** + код территориального фонда обязательного медицинского страхования, выставившего счет + код территориального фонда обязательного медицинского страхования, которому предъявлен счет + две последние цифры года + четырехзначный порядковый номер представления основной части в текущем году	Содержит данные за очередной отчетный период.	Представляются в виде отдельных файлов (ТаблицаЕ.2 Приказа ФОМС от 23.03.2018 № 54).
2	**Файлы реестров счетов по оплате медицинских услуг (исправленная часть)**	**D** + код территориального фонда обязательного медицинского страхования, выставившего счет + код территориального фонда обязательного медицинского страхования, которому предъявлен счет + две последние цифры года + четырехзначный порядковый номер представления исправленной части в текущем году	Содержит повторно представляемую информацию по отдельным случаям оказания медицинской помощи после уточнения и исправления данных основной части по результатам контроля. (Номер и дата счета записей для исправленной части соответствуют номеру и дате счета соответствующих записей основной части, так как по ним проводится сопоставление основной и исправленной частей файлов, однако порядковый номер в имени файла увеличивается отдельно для счетов основной и исправленной части)	

№	Файл	Имя файла	Содержание	Примечания
3	**Файлы протоколов обработки реестров счетов**	**A** + код территориального фонда обязательного медицинского страхования, которому предъявлен счет + код территориального фонда обязательного медицинского страхования, выставившего счет + две последние цифры года + четырехзначный порядковый номер представления протокола обработки реестра счета в текущем году	Формируется территориальным фондом обязательного медицинского страхования по месту страхования после оплаты счетов для направления в территориальный фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи и содержит все записи реестра – для ответа на полученные файлы реестров счетов и все записи исправленной части реестра – для ответа на полученные исправленные файлы реестров счетов.	Формат записей файла приведен в таблице Е.3 Приказа ФОМС от 23.03.2018 № 54.
4	**Файлы с журналом ФЛК**	**Y** + код территориального фонда обязательного медицинского страхования, выставившего счет + код территориального фонда обязательного медицинского страхования, которому предъявлен счет + две последние цифры года + четырехзначный порядковый номер представления основной или исправленной части реестра счета в текущем году	Формируется территориальным фондом обязательного медицинского страхования по месту страхования для направления в территориальный фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи и содержит перечень ошибок форматно-логического контроля, найденных в реестре счета, с указанием позиции ошибки	Формат записей файла приведен в таблице Е.4 Приказа ФОМС от 23.03.2018 № 54.
5	**Сведения об оплате**	**PL** + код территориального фонда обязательного медицинского страхования, выставившего счет + код территориального фонда обязательного медицинского страхования, которому предъявлен счет + две последние цифры года + четырехзначный порядковый номер	Формируется территориальным фондом обязательного медицинского страхования по факту оплаты.	Формат записей файла приведен в таблице Е.5 Приказа ФОМС от 23.03.2018 № 54.

№	Файл	Имя файла	Содержание	Примечания
		представления файла со сведениями об оплате в текущем году		

Примечание:

1. Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251. Файлы передаются в архивированном виде в формате ZIP с расширением архива «**.oms**», при этом имя архива (до расширения) и имя файла должны быть идентичны друг другу.

Тема письма оформляется следующим образом: наименование архивного файла (с расширением) + **mtr**.

2. В заголовке файла в элементе «**VERSION**» (Версия взаимодействия) указывается значение «**3.0**».

Примечание 1
к Приложению № 1
приказа ТФОМС Костромской области
№ 10 от 16 января 2014 года

Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя, заполняются в соответствии с кодификатором F011 и шаблонами.

Таблица 8. Коды типов документов, удостоверяющих личность
(Таблица данных для контроля правильности ввода реквизитов (серии, номера) документа, удостоверяющего личность застрахованного гражданина)

Код типа документа	Наименование документа застрахованного лица	Допустим при подаче заявления	Шаблон серии	Шаблон номера
1	Паспорт гражданина СССР	Нет***	R-ББ	999999
2	Загранпаспорт гражданина СССР	Нет	S	00000009
3	Свидетельство о рождении, выданное в Российской Федерации	**Да**	R-ББ	999999
4	Удостоверение личности офицера	Нет	ББ	9999999
5	Справка об освобождении из места лишения свободы	Нет	S	00000009
6	Паспорт Минморфлота	Нет	ББ	999999
7	Военный билет	Нет	ББ	9999990
8	Дипломатический паспорт гражданина Российской Федерации	Нет	99	9999999
9	Паспорт иностранного гражданина	**Да**	S	000000000009
10	Свидетельство о регистрации ходатайства о признании иммигранта беженцем на территории Российской Федерации	**Да**	S	000000000009
11	Вид на жительство	**Да**	S1	000000000009
12	Удостоверение беженца в Российской Федерации	**Да**	S	000000000009
13	Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации	**Да**	S	000000000009
14	Паспорт гражданина Российской Федерации	**Да**	99 99	9999990
15	Заграничный паспорт гражданина Российской Федерации	Нет	99	9999999
16	Паспорт моряка	Нет	ББ	9999990
17	Военный билет офицера запаса	Нет	ББ	999999
18	Иные документы	Нет	S1	0000000009

Код типа документа	Наименование документа застрахованного лица	Допустим при подаче заявления	Шаблон серии	Шаблон номера
21	Документ иностранного гражданина	**Да**	S1	000000000009
22	Документ лица без гражданства*	**Да**	S1	000000000009
23	Разрешение на временное проживание	**Да**	S1	000000000009
24	Свидетельство о рождении, выданное не в Российской Федерации	**Да**	S1	000000000009
25	Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации	**Да**	ЦЦ	9999999
26	Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии	**Да**		999999
27	Копия жалобы о лишении статуса беженца	**Да**	S	000000000009
28	Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации	**Да**	S1	000000000009

*Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

- документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- разрешение на временное проживание (код «23»);
- вид на жительство (код «11»);
- иные документы**, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

** Под иными документами, признаваемыми в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих лицо без гражданства, имеются в виду документы, упомянутые в ст.ст. 27, 28 Конвенции о статусе апатридов. В частности, таковым документом является документ под названием certificat d`apatrid. Согласно ст. 1 Конвенции о статусе апатридов такой статус не распространяется на беженцев.

*** Данные документы, удостоверяющими личность лица, не принимаются ФФОМС при обработке запросов от ТФОМС на изготовление полисов единого образца.

Примечание 2
к Приложению № 1
приказа ТФОМС Костромской области
№ 10 от 16 января 2014 года

1. В соответствии с Правилами ОМС при подаче заявления допустимы лишь документы, помеченные в таблице «Коды типов документов, удостоверяющих личность» словом «Да» в графе «Допустим при подаче заявления».

2. При записи кода документа, представляющего собой однозначное число, допускается указывать лидирующий ноль или не указывать его (записи «1» и «01» эквивалентны).

3. Серия и номер документа, удостоверяющего личность, должны удовлетворять требованиям соответствующих шаблонов, зависящих от типа документа (перечень проверок приведен в федеральном классификаторе Q004).

4. Обозначения в шаблонах серий и номеров документов.

В графах «Шаблон серии» и «Шаблон номера» приведены данные для контроля значения серии, номера документа. Шаблон состоит из символов «R», «Б», «9», «0», «S», «S1», «-» (тире/дефис) и « » (пробел).

R – на месте одного символа R располагается целиком римское число, заданное символами «I», «V», «X», «L», «C», набранными на верхнем регистре латинской клавиатуры;

9 – любая десятичная цифра (обязательная);

0 – любая десятичная цифра (необязательная);

Б – любая русская заглавная буква;

«-» (знак «минус») – указывает на обязательное присутствие данного символа в контролируемом значении,

S – серия документа должна удовлетворять требованиям, предъявляемым к текстовым полям. Может содержать любую последовательность букв русского или латинского алфавита, цифр, а также знаки «минус» и «пробел» или отсутствовать; в таком случае к серии документа должно быть применено следующее преобразование:

– ведущие и концевые пробелы должны быть отброшены,

– повторяющиеся пробелы должны быть заменены на один пробел.

Если в серии встречаются буквы, то все они должны быть из одного алфавита: русского либо латинского.

S1 – так же, как и в случае «S» серия документа не контролируется; при этом допускается использование букв разных алфавитов: как русского, так и латинского одновременно.

Пробелы используются для разделения групп символов. Число пробелов между значащими символами с контролируемым значением не превышает одного.

Примечание 3
к Приложению № 1
приказа ТФОМС Костромской области
№ 10 от 16 января 2014 года

Требования к форматам серий и номеров документов, удостоверяющих личность гражданина

Паспорт гражданина Российской Федерации

Серия должна состоять из четырёх цифр разделённых по две пробелом. Номер состоит из 6 цифр. Серия от номера отделяется символами « № » (пробел№пробел). Пример: **12 34 № 123456**.

Свидетельство о рождении, выданное в Российской Федерации

Серия должна состоять из римского числа, далее должен стоять дефис и после 2 заглавные буквы русского алфавита. Римские цифры обозначаются сходными по написанию латинскими буквами. Номер состоит из шести цифр. Серия от номера отделяется символами « № »(пробел№пробел). Пример: **IV-АЯ № 123456** или **L-НГ № 654321**.

Свидетельство о регистрации ходатайства о признании иммигранта беженцем,
Удостоверение беженца в Российской Федерации

Серия может состоять из цифр, пробелов, тире, строчных и прописных букв русского (или) латинского алфавитов (одновременно русские и латинские запрещены). Номер должен состоять из цифр от одной до 12.

Серия от номера отделяется символами « № »(пробел№пробел).

Пример: **12П34И № 1234562213**.

Документ иностранного гражданина,
Паспорт иностранного гражданина,
Вид на жительство,
Документ лица без гражданства,
Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации,
Разрешение на временное проживание

Серия может состоять из цифр, пробелов, тире, строчных и прописных букв русского (или) латинского алфавитов. Номер должен состоять из цифр от одной до 12. Серия от номера отделяется символами « № »(пробел№пробел).

Пример: **12Т34И № 1234562213**.

Свидетельство о рождении, выданное не в Российской Федерации

Серия может состоять из цифр, пробелов, тире, строчных и прописных букв русского (или) латинского алфавитов. Номер должен состоять из цифр от одной до 12. Серия от номера отделяется символами « № »(пробел№пробел).

Пример: **12Т34И № 1234562213**.

Если документ не имеет номера, то следует указывать серию и номер документа как «**б/н**».

Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии

Номер должен состоять из шести цифр.

Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской федерации

Серия должна состоять из двух цифр или двух русских заглавных букв.

Номер должен состоять из 7 цифр.

Серия от номера отделяется символами « № »(пробел№пробел).

Пример: «**12 № 1234567**».

Паспорт гражданина СССР

Серия и номер должна удовлетворять следующему шаблону **R-ББ 999999**, где:

R - римское число, заданное символами "I", "V", "X", "L", "C", набранными на верхнем регистре латинской клавиатуры;

9 - любая десятичная цифра (обязательная);

Б - любая русская заглавная буква.

Серия от номера отделяется символами « № »(пробел№пробел). Пример: «**IV-АА № 123456**».

Копия жалобы о лишении статуса беженца,

Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации

Серия может состоять из цифр, пробелов, тире, строчных и прописных букв русского (или) латинского алфавитов. Номер состоит не более чем из 12 цифр. Серия от номера отделяется символами « № »(пробел№пробел).

Примечание 4
к Приложению № 1
приказа ТФОМС Костромской области
№ 10 от 16 января 2014 года

При вычислении сумм оплаты (и в других случаях) в формате XML, при использовании или получении в результате вычислений чисел с плавающей запятой более 2 разрядов/знаков после запятой применяется округление к ближайшему четному (**банковское**) - округляется до 2-го знака в зависимости от 3-го знака:

– если 3-й знак < 5, то 2-й знак сохраняют, а 3-й и все последующие обнуляют. Например: 1,1144 → 1,11;

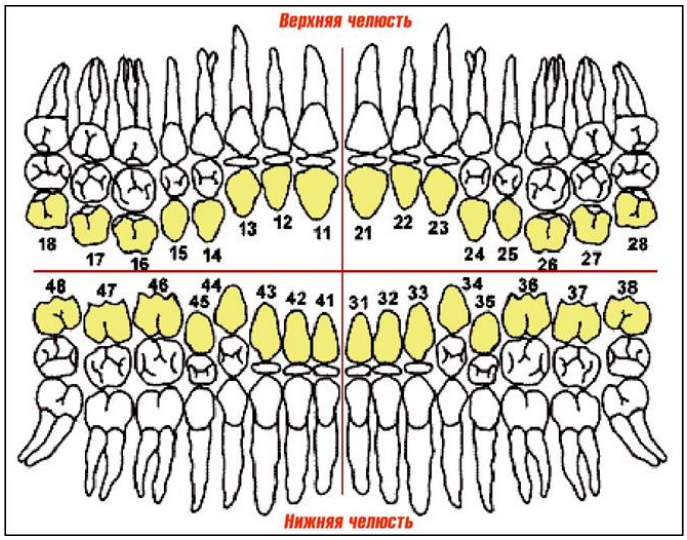
– если 3-й знак ≥ 5, то 2-й знак увеличивают на единицу, а 3-й и все последующие обнуляют. Например: 1,1154 → 1,12.

В случае если 3-й знак = 5, а последующие знаки равны нулю, то округление происходит к ближайшему чётному. Например: 1,1150 → 1,12; 1,1450 → 1,14.

Примечание 5
к Приложению № 1
приказа ТФОМС Костромской области
№ 10 от 16 января 2014 года

Схемы наименования зубов

1. **Постоянный прикус**



2. **Молочный прикус**

Классификация полостей зубов по Блэку:

М - Медиальная
Д - Дистальная
П - Пришеечная
Ж - Жевательная
Н - Небная
Р - Режущий край
В - Вестибулярная
Я - Язычная

Примеры заполнения вложенного элемента «**COMENTU**»:

22м - Зуб под номером 22 – поверхность медиальная
38ж - Зуб под номером 38 – поверхность жевательная
22м,38ж - Несколько зубов

Если операция проводится над группой зубов, то указать диапазон, например, **18-28** (челюсть).

Приложение № 1
к информационному взаимодействию

Исх. №_____ от ___ _____ 201__ г. ТФОМС Костромской области
Отдел информационно-
аналитического обеспечения

АКТ*
приёма-передачи сведений о пациентах для идентификации их по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц
(*при предоставлении сведений на электроном носителе представителем МО)

от _____
(Наименование МО)

за отчётный период_____
(Месяц, Год)

№ п/п	Имя файла		Количество пациентов
	запроса	результата	
1.	****QPiNiPpNp_YYMMN.XML**	**APiNiPpNp_YYMMN.XML**	XXXXX

Ответственное лицо МО:

_____ _____ _____
(должность) (подпись) (ФИО)

«____» _____ 201__ г.

М. П. (МО)

Ответственное лицо ТФОМС:

_____ _____ _____
(должность) (подпись) (ФИО)

«____» _____ 201__ г.

М. П. (ТФОМС)

** Имя файла сведений о пациентах для идентификации их по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц: **QPiNiPpNp_YYMMN.XML.** Для скорой медицинской помощи: **SPiNiPpNp_YYMMN.XML.**

Приложение № 2
к информационному взаимодействию

1. Заполнение вложенного элемента «DS1» (Диагноз основной) в сегменте «Сведения о случае» значением из справочника МКБ10 по проведенным профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения.

Во вложенном элементе «**DS1**» (Диагноз основной) из справочника МКБ10 указывается:

- код «**Z10.8**» (Текущая общая проверка здоровья других определенных групп населения) – при отсутствии выявленных заболеваний в ходе проведения профилактического медицинского осмотра;

- при выявлении медицинских показаний по результатам осмотров/лабораторно-инструментальных исследований указывается соответствующий код по МКБ-10.

2. Заполнение вложенного элемента «DS1» (Диагноз основной) в сегменте «Сведения о случае» значением из справочника МКБ10 по проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Во вложенном элементе «**DS1**» (Диагноз основной) из справочника МКБ10 указывается:

- код «**Z10.8**» (Текущая общая проверка здоровья других определенных групп населения) – при отсутствии выявленных заболеваний в ходе диспансеризации;

- при выявлении патологии в ходе осмотров/лабораторно-инструментальных исследований указывается соответствующий код по МКБ-10 с обязательным указанием подрубрики.

3. Заполнение вложенного элемента «DS1» (Диагноз основной) в сегменте «Сведения о случае» значением из справочника МКБ10 при прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров. 1 этап

Во вложенном элементе «**DS1**» (Диагноз основной) из справочника МКБ10 указывается:

а) при отсутствии выявленных заболеваний в ходе проведения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего при возрасте ребенка (несовершеннолетнего):

- с рождения до 3 лет – код «**Z00.1**» (Рутинное обследование состояния здоровья ребёнка);

- с 4 до 14 лет – код «**Z00.2**» (Обследование в период быстрого роста в детстве);

- с 15 до 17 лет - код «**Z00.3**» (Обследование с целью оценки состояния развития подростка);

б) при выявлении патологии в ходе осмотров / лабораторных, функциональных и иных исследований указывается соответствующий код по МКБ-10.

4. Заполнение вложенного элемента «DS1» (Диагноз основной) в сегменте «Сведения о случае» значением из справочника МКБ10 при прохождении несовершеннолетними предварительных медицинских осмотров. 1 этап

Во вложенном элементе «**DS1**» (Диагноз основной) из справочника МКБ10 указывается:

- код «**Z02.0**» (Обследование в связи с поступлением в учебные заведения) – при отсутствии выявленных заболеваний в ходе проведения предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего;

- при выявлении патологии в ходе осмотров / лабораторных, функциональных и иных исследований указывается соответствующий код по МКБ-10.

5. Заполнение вложенного элемента «DS1» (Диагноз основной) в сегменте «Сведения о случае» значением из справочника МКБ10 при прохождении несовершеннолетними периодических медицинских осмотров.

Во вложенном элементе «**DS1**» (Диагноз основной) из справочника МКБ10 указывается:

- код «**Z00.0**» (Общий медицинский осмотр) – при отсутствии выявленных заболеваний в ходе проведения профилактического медицинского осмотра;

- при выявлении медицинских показаний по результатам осмотров/лабораторно-инструментальных исследований указывается соответствующий код по МКБ-10.

6. Заполнение вложенного элемента «DS1» (Диагноз основной) в сегменте «Сведения о случае» значением из справочника МКБ10 при проведении диспансеризации детей-сирот. 1 этап

Во вложенном элементе «**DS1**» (Диагноз основной) из справочника МКБ10 указывается:

а) при отсутствии выявленных заболеваний в ходе проведения диспансеризации детей-сирот при возрасте ребенка:

- с рождения до 3 лет – код «**Z00.1**» (Рутинное обследование состояния здоровья ребёнка);

- с 4 до 14 лет – код «**Z00.2**» (Обследование в период быстрого роста в детстве);

- с 15 до 17 лет - код «**Z00.3**» (Обследование с целью оценки состояния развития подростка);

б) при выявлении патологии в ходе осмотров / лабораторных, функциональных и иных исследований указывается соответствующий код по МКБ-10 с подрубрикой.

Приложение № 3
к информационному взаимодействию

Справочники кодов медицинских услуг, оказанных в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров

(для заполнения вложенного элемента «CODE_USL» кодами оказанных медицинских услуг в разделах «Сведения об услуге» Таблицы 6 Приложения № 1 к настоящему приказу ТФОМС)

1. Диспансеризация определенных групп взрослого населения

Таблица 1. Справочник кодов медицинских услуг, проведенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий и включенных в I этап диспансеризации определенных групп взрослого населения[1]

(Согласно Приложения № 7а к тарифному соглашению на 2018 год от 26.12.2017 года, утвержденного 19.01.2018 (Дополнительное соглашение № 1) действует с 01.01.2018 года)

№ п/п	Расшифровка наименований услуг с указанием этапа		Код мед. услуги «CODE_USL»
1 этап			
1	*Опрос (анкетирование)*		
	Опрос (анкетирование) на выявление неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития		**A01.30.026**
2	*Антропометрия*[2]		
	Антропометрическое исследование		**A02.07.004**
3	*Измерение артериального давления*		
	Измерение артериального давления на периферических артериях		**A02.12.002**
4	*Определение уровня общего холестерина в крови*		
	Исследование уровня холестерина в крови		**A09.05.026**
5	*Определение уровня глюкозы в крови натощак*		
	Исследование уровня глюкозы в крови		**A09.05.023**
6	*Определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска*		
	Определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска		**B03.047.002.001**
7	*Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска*		
	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска		**B03.047.002.002**
8	*Электрокардиография (в покое)*		
	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных		**A05.10.004**
9	*Флюорография легких*		
	Флюорография легких		**A06.09.006**
10	*Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом*		
	Экспресс-исследование кала на скрытую кровь иммунохроматографическим методом		**A09.19.001.001**
11	*Определение простатспецифического антигена (ПСА) в крови (мужчины)*		
	Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови		**A09.05.130**
12	*Осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка с поверхности шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки*[3]		
	Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки		**A08.20.017**
	Профилактический прием (осмотр, консультация)[4]	врача-акушера-гинеколога	**B04.001.002**
		акушерки	**B04.001.004**
13	*Маммография обеих молочных желез в двух проекциях*		
	Маммография		**A06.20.004**
14	*Измерение внутриглазного давления*		
	Офтальмотонометрия		**A02.26.015**
15	*Прием (осмотр) врачом-терапевтом, по завершению исследований первого этапа диспансеризации*		

	Профилактический прием (осмотр, консультация)	врача-терапевта участкового	**B04.047.004**
		врача-терапевта	**B04.047.002**
		врача общей практики (семейного врача)	**B04.026.002**
		фельдшера с возложением на него отдельных функций лечащего врача	**B04.047.009**
16	*Индивидуальное профилактическое консультирование*		
	Индивидуальное краткое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний		**B04.070.002**

1 - Для оплаты выезда мобильной медицинской бригады при проведении диспансеризации взрослого населения устанавливается коэффициент управления 1,15 к тарифу законченного случая I этапа диспансеризации, сформированного по правилам, установленным пунктом 1.3.3 приложения № 2 к Тарифному соглашению.
2 - Включает в себя измерение роста стоя, массы тела, окружности грудной клетки, живота, расчет индекса массы тела
3 - При проведении осмотра акушеркой или врачом-акушером-гинекологом, во время которого осуществлено взятие мазка с поверхности шейки матки, к оплате предъявляются две медицинские услуги: профилактический прием и цитологическое исследование.
4 - В случае невозможности проведения цитологического исследования по медицинским показаниям к оплате предъявляется одна медицинская услуга осмотра акушеркой либо осмотра врачом акушера-гинекологом.

Таблица 2. Справочник кодов медицинских услуг, проведенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий и включенных во II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения[1]

(Согласно Приложения № 7б к тарифному соглашению на 2018 год от 26.12.2017 года, утвержденного 19.01.2018 (Дополнительное соглашение № 1) действует с 01.01.2018 года)

№ п/п	Расшифровка наименований услуг с указанием этапа		Код мед. услуги «CODE_USL»
2 этап			
1	*Дуплексное сканирование брахицефальных артерий*		
	Дуплексное сканирование брахицефальных артерий с цветным допплеровским картированием кровотока		**A04.12.005.003**
2	*Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом*		
	Профилактический прием (осмотр, консультация)	врача-хирурга	**B04.057.002.053**
		врача-уролога	**B04.053.002**
3	*Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии*		
	Проведение ректороманоскопии с осмотром (консультацией) врачом-хирургом		**A03.19.002.057**
	Проведение ректороманоскопии с осмотром (консультацией) врачом-колопроктологом		**A03.19.002.018**
4	*Колоноскопия*		
	Колоноскопия		**A03.18.001**
5	*Спирометрия*		
	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков		**A12.09.001**
6	*Осмотр (консультация) врачом-акушером-гинекологом*		
	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога		**B04.001.002**
7	*Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом*		
	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога		**B04.029.002**
8	*Осмотр (консультация) врачом-неврологом*		
	Осмотр (консультация) врачом-неврологом		**B04.023.002**
9	*Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом*		
	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога		**B04.028.002**
10	*Прием (осмотр) врача-терапевта*		
	Профилактический прием (осмотр, консультация)	врача-терапевта	**B04.047.004**

		участкового	
		врача-терапевта	**B04.047.002**
		врача общей практики (семейного врача)	**B04.026.002**
		фельдшера с возложением на него отдельных функций лечащего врача	**B04.047.009**
11	*Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования*		
	Профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний	Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний первичное	**B04.070.003**
		Групповое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний	**B04.070.005**

2. Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше)

Таблица 2. Справочник кодов выполненных медицинских услуг при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше)

Код мед. услуги До 01.01.2018	**Код мед. услуги по приказу № 804н С 01.01.2018**	**Расшифровка выполненных медицинских услуг**
	Врач-терапевт, завершающий профилактический медицинский осмотр	
B04.047.002	**B04.047.002**	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
B04.047.004	**B04.047.004**	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового профилактический
B04.026.002	**B04.026.002**	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача)
B04.047.009	**B04.047.009**	Профилактический прием (осмотр, консультация) фельдшера (**Из регионального справочника - отсутствует в приказе № 804н**)
	Коды результатов осмотров и лабораторно-инструментальных исследований	
A01.29.004	**A01.30.026**	Опрос (анкетирование) на выявление неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития

Код мед. услуги До 01.01.2018	Код мед. услуги по приказу № 804н С 01.01.2018	Расшифровка выполненных медицинских услуг
---	**A02.07.004**	**Антропометрические исследования**
A02.03.005	**Закрыто**	
A02.01.001	**Закрыто**	
A02.01.001.001	**Закрыто**	
A02.03.007.004	**Закрыто**	
A02.12.002	**A02.12.002**	Измерение артериального давления на периферических артериях
A09.05.026	**A09.05.026**	Исследование уровня холестерина в крови
A09.05.023	**A09.05.023**	Исследование уровня глюкозы в крови
B03.047.002	**B03.047.002**	Определение суммарного сердечно-сосудистого риска (**Из регионального справочника - отсутствует в приказе № 804н**)
	Флюорография легких – одна из двух **A06.09.006** или **A06.09.006.001**	
A06.09.006	**A06.09.006**	Флюорография легких
A06.09.006.001	**A06.09.006.001**	Флюорография легких цифровая
Примечание:	Флюорография легких – вместо **A06.09.006** и **A06.09.006.001** указывается одно из этих значений	
A06.09.007	**A06.09.007**	Рентгенография легких
A06.09.007.001	**A06.09.007.001**	Прицельная рентгенография органов грудной клетки
A06.09.007.002	**A06.09.007.002**	Рентгенография легких цифровая
A06.09.008	**A06.09.008**	Томография легких
A06.09.001	**A06.09.001**	Рентгеноскопия легких
A06.09.005	**A06.09.005**	Компьютерная томография органов грудной полости
A06.09.005.001	**A06.09.005.001**	Спиральная компьютерная томография грудной полости (**Из регионального справочника - отсутствует в приказе № 804н**)
A06.09.005.002	**A06.09.005.002**	Компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием
A06.09.005.003	**A06.09.005.003**	Компьютерная томография грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией
	Маммография – одно из трех значений: **A06.20.004, A06.20.004.001 или A06.20.004.002**	
A06.20.004	**A06.20.004**	Маммография
A06.20.004.001	**A06.20.004.001**	Обзорная рентгенография молочной железы в одной проекции
A06.20.004.002	**A06.20.004.002**	Прицельная рентгенография молочной железы
B03.016.002	**B03.016.002**	Общий (клинический) анализ крови
A09.19.001	**A09.19.001**	Исследование кала на скрытую кровь
B04.069.002	**B04.070.002**	Индивидуальное краткое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний

Примечание. С кодами «**72**» (Врач-терапевт участковый) и «**74**» (Врач-терапевт участковый цехового врачебного участка) указывается код медицинской услуги «**B04.047.004**» (Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового профилактический).

3. Профилактические осмотры несовершеннолетних

Таблица 3. Справочник кодов медицинских услуг по врачам-специалистам, осуществляющих проведение профилактических осмотров несовершеннолетних по 1 этапу

(для заполнения вложенного элемента «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» кодами оказанных медицинских услуг в разделах «Сведения об услуге» **Таблицы 6** Раздела 2 Информационного взаимодействия, утвержденного настоящим приказом)

1. Врачи-специалисты осуществляющие проведение профилактических осмотров несовершенолетних по 1 этапу			
Код T_PRVD	**Врачебная должность**	**Коды по 1 этапу, действующие до 01.01.2018** (CODE_USL)	**Коды по 1 этапу, действующие с 01.01.2018** (CODE_USL)
Врач-педиатр, завершающий профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнего по 1 этапу			
44	Врач-педиатр	**B04.031.002**	**B04.031.002**
45	Врач-педиатр участковый	**B04.031.004**	**B04.031.004**
38	Врач общей практики (семейный врач).	**B04.026.002**	**B04.026.002**
115	Профилактический прием (осмотр, консультация) фельдшера	**B04.047.009**	**B04.047.009**
Врачи-специалисты осуществляющие проведение профилактических осмотров несовершенолетних по 1 этапу			
	Врач-невролог	**B04.023.002**	**B04.023.002**
	Врач-офтальмолог	**B04.029.002**	**B04.029.002**
	Врач-детский хирург	**B04.010.002**	**B04.010.002**
	Врач-оториноларинголог	**B04.028.002**	**B04.028.002**
	Врач-акушер-гинеколог	**B04.001.002**	**B04.001.002**
	Врач-травматолог-ортопед	**B04.050.002**	**B04.050.002**
	Врач-психиатр детский	**B04.035.004**	**Закрыто**
	Врач-психиатр подростковый	**B01.035.009**	**Закрыто**
	Врач-психиатр детский (Врач-психиатр подростковый)		**B04.035.004**
	Врач-детский уролог-андролог	**B04.053.004**	**B04.053.004**
	Врач-детский стоматолог	**B04.064.002**	**B04.064.002**
	Врач-детский эндокринолог	**B04.058.003**	**B04.058.003**
2. Привлеченные врачи-специалисты, прошедшие обучение по программам дополнительного профессионального образования (для профилактических осмотров			

несовершенолетних по 1 этапу)			
	Врач-психиатр	**B04.035.002**	**B04.035.002**
	Врач-детский хирург	**B04.010.002**	**B04.010.002**
	Врач-стоматолог	**B04.064.004**	**B04.065.006**
	Врач-эндокринолог	**B01.058.001**	**B01.058.001**
	Врач-уролог	**B04.053.002**	**B04.053.002**
	Врач-хирург	**B04.057.002**	**B04.057.002**

Таблица 4. Справочник кодов медицинских услуг по врачам-специалистам, осуществляющих проведение профилактических осмотров несовершеннолетних по 2 этапу

(для заполнения вложенного элемента «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» кодами оказанных медицинских услуг в разделах «Сведения об услуге» **Таблицы 1** Раздела 1 Информационного взаимодействия, утвержденного настоящим приказом)

1. Врачи-специалисты осуществляющие проведение профилактических осмотров несовершеннолетних по 2 этапу				
Код T_PRVD	**Врачебная должность**	**Коды по 2 этапу, действующие до 01.01.2018** (CODE_USL)		**Код по 2 этапу, действующие с 01.01.2018** (CODE_USL)
		прием первичный	**прием повторный***	**Профилактический прием**
44	Врач-педиатр	**B01.031.001**	**B01.031.002**	**B04.031.002**
45	Врач-педиатр участковый	**B01.031.003**	**B01.031.003**	**B04.031.004**
38	Врач общей практики (семейный врач).	**B01.026.001**	**B01.026.001**	**B04.026.002**
115	Профилактический прием (осмотр, консультация) фельдшера	**B04.047.009**		**B04.047.009**
35	Врач-невролог	**B01.023.001**	**B01.023.002**	**B04.023.002**
41	Врач-офтальмолог	**B01.029.001**	**B01.029.002**	**B04.029.002**
21	Врач-детский хирург	**B01.010.001**	**B01.010.002**	**B04.010.002**
40	Врач-оториноларинголог	**B01.028.001**	**B01.028.002**	**B04.028.002**
11	Врач-акушер-гинеколог	**B01.001.001**	**B01.001.002**	**B04.001.002**
79	Врач-травматолог-ортопед	**B01.05 0.001**	**B01.050.002**	**B04.050.002**
182	Врач-детский уролог-андролог	**B01.053.003**	**B01.053.004**	**B04.053.004**
105	Врач-детский стоматолог	**B01.064.003**	**B01.064.004**	**B04.064.002**
22	Врач-детский эндокринолог	**B01.058.003**	**B01.058.004**	**B04.058.003**
2. Привлеченные врачи-специалисты, прошедшие обучение по программам дополнительного профессионального образования				
21	Врач-детский хирург	**B01.010.001**	**B01.010.002**	**B04.010.002**
104	Врач-стоматолог	**B01.064.001**	**B01.064.002**	**B04.065.006**
88	Врач-эндокринолог	**B01.058.001**	**B01.058.002**	**B01.058.001**

82	Врач-уролог	**B01.053.001**	**B01.053.002**	**B04.053.002**
87	Врач-хирург	**B01.057.001**	**B01.057.002**	**B04.057.002**

Таблица 5. Перечень инструментально-диагностических исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по 1 этапу.

(Код медицинской услуги согласно приказа Минздрава № 804н)

Наименование медицинской услуги	**Коды медицинских услуг, действующих до 01.01.2018** (CODE_USL)	**Коды медицинских услуг, действующих с 01.01.2018** (CODE_USL)
Исследование слуха новорожденного с помощью отоакустической эмиссии (Аудиологический скрининг)	**A05.25.003**	**A12.25.004**
Нейросонография	**A04.23.001**	**A04.23.001**
Неонатальный скрининг		**B03.032.001**
Неонатальный скрининг на врожденный адреногенитальный синдром	**B03.032.001.001**	**Закрыто**
Неонатальный скрининг на врожденный галактоземию	**B03.032.001.002**	**Закрыто**
Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз	**B03.032.001.003**	**Закрыто**
Неонатальный скрининг на врожденный муковисцидоз	**B03.032.001.004**	**Закрыто**
Неонатальный скрининг на врожденный фенилкетонурию	**B03.032.001.005**	**Закрыто**
Общий анализ крови	**B03.016.002**	**B03.016.002**
Общий анализ мочи	**B03.016.006**	**B03.016.006**
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	**A04.16.001**	**A04.16.001**
Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов	**A04.04.001**	**A04.04.001.001**
Электрокардиография	**A12.10.001**	**A12.10.001**
Ультразвуковое исследование почек	**A04.28.002.001**	**A04.28.002.001**
Эхокардиография	**A04.10.002**	**A04.10.002**

4. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью

Таблица 8. Справочник кодов медицинских услуг по врачам-специалистам, осуществляющих проведение диспансеризации детей-сирот по 1 этапу

(для заполнения вложенного элемента «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» кодами оказанных медицинских услуг в разделах «Сведения об услуге» **Таблицы 6** Раздела 2 Информационного взаимодействия, утвержденного приказом № 659)

1. Врачи-специалисты осуществляющие диспансеризацию детей-сирот по 1 этапу			
Код T_PRVD	**Врачебная должность**	**Коды по 1 этапу, действующие до 01.01.2018** (CODE_USL)	**Коды по 1 этапу, действующие с 01.01.2018** (CODE_USL)
Врач-педиатр, завершающий диспансеризацию детей-сирот по 1 этапу			
44	Врач-педиатр	**B04.031.002**	**B04.031.002**
45	Врач-педиатр участковый	**B04.031.004**	**B04.031.004**
38	Врач общей практики (семейный врач).	**B04.026.002**	**B04.026.002**
115	Профилактический прием (осмотр, консультация) фельдшера	**B04.047.009**	**B04.047.009**
Врачи-специалисты, осуществляющие диспансеризацию детей-сирот по 1 этапу			
	Врач-невролог	**B04.023.002**	**B04.023.002**
	Врач-офтальмолог	**B04.029.002**	**B04.029.002**
	Врач-детский хирург	**B04.010.002**	**B04.010.002**
	Врач-оториноларинголог	**B04.028.002**	**B04.028.002**
	Врач-акушер-гинеколог (девочки)	**B04.001.002**	**B04.001.002**
	Врач-травматолог-ортопед	**B04.050.002**	**B04.050.002**
	Врач-психиатр детский (до возраста 14 лет)	**B04.035.004**	**Закрыто**
	Врач-психиатр подростковый (с возраста 14 лет).	**B01.035.009**	**Закрыто**
	Врач-психиатр детский (Врач-психиатр подростковый)		**B04.035.004**
	Врач-детский уролог-	**B04.053.004**	**B04.053.004**

	андролог (мальчики)		
	Врач-детский стоматолог (с возраста 3 лет)	**B04.064.002**	**B04.064.002**
	Врач-детский эндокринолог(с возраста 5 лет)	**B04.058.003**	**B04.058.003**
2. Привлеченные врачи-специалисты, прошедшие обучение по программам дополнительного профессионального образования (диспансеризация детей-сирот по 1 этапу)			
	Врач-психиатр	**B04.035.002**	**B04.035.002**
	Врач-детский хирург	**B04.010.002**	**B04.010.002**
	Врач-стоматолог	**B04.064.004**	**B04.065.006**
	Зубной врач		**B04.065.004**
	Врач-эндокринолог	**B01.058.001**	**B01.058.001**
	Врач-уролог	**B04.053.002**	**B04.053.002**

Таблица 9. Справочник кодов медицинских услуг по врачам-специалистам, осуществляющих проведение диспансеризации детей-сирот по 2 этапу

(для заполнения вложенного элемента «Z_SL.SL.USL.CODE_USL» кодами оказанных медицинских услуг в разделах «Сведения об услуге» **Таблицы 1** Раздела 1 Информационного взаимодействия, утвержденного приказом № 659

1. Врачи-специалисты, осуществляющие проведение диспансеризации детей-сирот по 2 этапу				
Код T_PRVD	**Врачебная должность**	**Коды по 2 этапу, действующие до 01.01.2018** (CODE_USL)		**Код по 2 этапу, действующие с 01.01.2018** (CODE_USL)
		прием первичный	**прием повторный***	**Профилактический прием**
44	Врач-педиатр	**B01.031.001**	**B01.031.002**	**B04.031.002**
45	Врач-педиатр участковый	**B01.031.003**	**B01.031.003**	**B04.031.004**
38	Врач общей практики (семейный врач).	**B01.026.001**	**B01.026.001**	**B04.026.002**
115	Профилактический прием (осмотр, консультация) фельдшера	**B04.047.009**		**B04.047.009**
35	Врач-невролог	**B01.023.001**	**B01.023.002**	**B04.023.002**
41	Врач-офтальмолог	**B01.029.001**	**B01.029.002**	**B04.029.002**
21	Врач-детский хирург	**B01.010.001**	**B01.010.002**	**B04.010.002**
40	Врач-оториноларинголог	**B01.028.001**	**B01.028.002**	**B04.028.002**
11	Врач-акушер-гинеколог	**B01.001.001**	**B01.001.002**	**B04.001.002**
79	Врач-травматолог-ортопед	**B01.05 0.001**	**B01.050.002**	**B04.050.002**
182	Врач-детский уролог-андролог	**B01.053.003**	**B01.053.004**	**B04.053.004**
105	Врач-детский стоматолог	**B01.064.003**	**B01.064.004**	**B04.064.002**
22	Врач-детский эндокринолог	**B01.058.003**	**B01.058.004**	**B04.058.003**
2. Привлеченные врачи-специалисты,				

прошедшие обучение по программам дополнительного профессионального образования				
21	Врач-детский хирург	**B01.010.001**	**B01.010.002**	**B04.010.002**
104	Врач-стоматолог	**B01.064.001**	**B01.064.002**	**B04.065.006**
113	Зубной врач			**B04.065.004**
88	Врач-эндокринолог	**B01.058.001**	**B01.058.002**	**B01.058.001**
82	Врач-уролог	**B01.053.001**	**B01.053.002**	**B04.053.002**
87	Врач-хирург	**B01.057.001**	**B01.057.002**	**B04.057.002**

Таблица 10. Перечень инструментально-диагностических исследований при проведении диспансеризации детей-сирот

(Код медицинской услуги согласно приказа Минздрава № 804н)

№ n/n	**Наименование медицинской услуги**	**Коды мед. услуг, действующие до 01.01.2018** (CODE_USL)	**Коды мед. услуг, действующие с 01.01.2018** (CODE_USL)	**Комментарий**
1.	Клинический анализ крови	**B03.016.002**	**B03.016.002**	
2.	Клинический анализ мочи	**B03.016.006**	**B03.016.006**	
3.	Исследование уровня глюкозы в крови	**A09.05.023**	**A09.05.023**	
4.	Расшифровка, описание и интерпретация электро-кардиографических данных (Электрокардиография)	**A12.10.001**	**A05.10.004**	
5.	Флюорография	**A06.09.006**	**A06.09.006**	С возраста 15 лет.
6.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	**A04.16.001**	**A04.16.001**	
7.	Ультразвуковое исследование сердца (Эхокардиография)	**A04.10.002**	**A04.10.002**	
8.	**Ультразвуковое исследование органов репродуктивной сферы**			
	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное	**A04.20.001**	**A04.20.001**	Девочки, начиная с 7-летнего возраста.
	Ультразвуковое исследование органов мошонки	**A04.28.003**	**A04.28.003**	Мальчики, начиная с 7-летнего возраста.
9.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы	**A04.22.001**	**A04.22.001**	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, начиная с 7-летнего возраста.
10.	Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов	**A04.04.001.001**	**A04.04.001.001**	(Ультразвуковое исследование сустава), проводится детям первого года жизни в

№ n/n	Наименование медицинской услуги	Коды мед. услуг, действующие до 01.01.2018 (CODE_USL)	Коды мед. услуг, действующие с 01.01.2018 (CODE_USL)	Комментарий
				случае отсутствия сведений об их прохождении в истории развития ребенка.
11.	Нейросонография	**A04.23.001**	**A04.23.001**	проводится детям первого года жизни в случае отсутствия сведений об их прохождении в истории развития ребенка.

Приложение № 4
к информационному взаимодействию

Классификаторы статуса гражданина (T_STATUS) при проведении диспансеризации и медицинских осмотров

Таблица 1. Классификатор статуса гражданина (T_STATUS), применяемый при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения

Код (T_ STATUS)	Наименование статуса гражданина
22	Работает
23	Не работает
Наименование статуса обучающихся в образовательных организациях по очной форме	
5	**Воспитанники** (Дошкольные образовательные учреждения)
6	**Учащиеся** (Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) учреждения)
10	**Обучающиеся:** - Общеобразовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования; - Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья; - Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей).
Наименование статуса инвалида ВОВ и боевых действий	
30	Инвалид Великой Отечественной войны
33	Лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий)
40	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)
52	Инвалиды боевых действий
67	Участники Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий)

Таблица 2. Классификатор типов образовательных учреждений (из справочника «T_STATUS» (Классификатор статуса гражданина)), применяемый при прохождении несовершеннолетними профилактических осмотров

Код (T_ STATUS)	**Типы образовательных учреждений/ Наименование статуса гражданина**
1	**Новорожденные**
3	**Близнецы**
4	Ребенок неорганизованный
5	Дошкольные образовательные учреждения
6	Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) учреждения
10	Общеобразовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей)

Таблица 3. Классификатор статуса гражданина (T_STATUS), применяемый при проведении диспансеризации детей-сирот

Код (T_STATUS)	**Наименование статуса гражданина**
60	Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей
61	Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, усыновленные (удочеренные)
62	Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, принятые под опеку (попечительство)
63	Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, принятые в приемную семью
64	Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, принятые в патронатную семью
65	Пребывающие в стационарных учреждениях дети-сироты
66	Пребывающие в стационарных учреждениях дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации

Приложение № 5
к информационному взаимодействию

Оформление отказа застрахованного гражданина от прохождения отдельных осмотров или исследований в сегменте «Сведения об услуге» реестров счетов по проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения по 1 и 2 этапу.

При формировании реестра счета по результатам проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, **при отказе** застрахованного гражданина от прохождения отдельных осмотров или исследований сегмент «Сведения об услуге» со сведениями об не пройдённых осмотрах или исследованиях **подлежит заполнению** согласно Таблицы 6 Раздела 2 Приложения № 1 к настоящему приказу со следующими изменениями в указании значений во вложенных элементах:

- Во вложенном элементе «**CODE_USL**» (Код услуги) указывается значение кода медицинской услуги в соответствии с Таблицей 1 (Справочник кодов медицинских услуг) Приложения № 1 к настоящему Регламенту;

- Во вложенном элементе «**KOL_USL**» (Количество услуг) указывается значение «**0**» (или «**0.00**») (Обозначение отказа гражданина);

- Во вложенных элементах «**DATE_IN**» (Дата начала оказания услуги) и «**DATE_OUT**» (Дата окончания оказания услуги) сегмента «**Сведения об услуге**» указывается дата оформления отказа гражданина в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 20 декабря 2012 года № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»;

- Во вложенных элементах «**PRVS**» (Специальность медработника, выполнившего услугу) и «**CODE_MD**» (Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу) сегмента «**Сведения об услуге**» указывается «**0**» на медицинского работника, **не оказавшего** медицинскую услугу по отказу.

Приложение № 6

к информационному взаимодействию

Наименование файлов пакета информационного обмена по проведенным диспансеризациям и медицинским осмотрам

1. Наименование файлов пакета информационного обмена по проведенным профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения.

При предоставлении реестров счетов файлы пакета информационного обмена по проведенным профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения должны быть упакованы в архив формата ZIP.

Имена двух файлов информационного пакета (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

DOPiNiPpNp_YYMMN.XML – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения,

LOPiNiPpNp_YYMMN.XML – файл персональных данных.

Имя архива информационного пакета с двумя файлами (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

DOPiNiPpNp_YYMMN.ZIP (согласно наименования файла со сведениями об оказанной медицинской помощи),

в соответствии с Разделом 2 Информационного взаимодействия.

Примечание. «О» - буква англ. (не цифра).

2. Наименование файлов пакета информационного обмена по проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения.

При предоставлении реестров счетов файлы пакета информационного обмена по проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения, должны быть упакованы в архив формата ZIP.

Имена двух файлов и файл архива информационного пакета (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

- для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения:

DPPiNiPpNp_YYMMN.XML – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по 1 этапу,

DVPiNiPpNp_YYMMN.XML – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по 2 этапу,

LPPiNiPpNp_YYMMN.XML (**LVPiNiPpNp_YYMMN.XML**) – файл персональных данных по 1 этапу (2 этапу).

Имя архива информационного пакета с двумя файлами (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

DPPiNiPpNp_YYMMN.ZIP (**DVPiNiPpNp_YYMMN.ZIP**) (согласно наименования файла со сведениями об оказанной медицинской помощи по 1 этапу (2 этапу)), в соответствии с Разделом 2 Информационного взаимодействия.

3. Наименование файлов пакета информационного обмена по проведенным медицинским осмотрам несовершеннолетних

При предоставлении реестров счетов файлы пакета информационного обмена по проведенным профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних должны быть упакованы в архив формата ZIP.

Имена двух файлов информационного пакета (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

DFPiNiPpNp_YYMMN.XML (**DF2PiNiPpNp_YYMMN.XML**) – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров по 1 этапу (по 2 этапу),

LFPiNiPpNp_YYMMN.XML (**LF2PiNiPpNp_YYMMN.XML**) – файл персональных данных по 1 этапу (по 2 этапу).

Имя архива информационного пакета с двумя файлами (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

DFPiNiPpNp_YYMMN.ZIP (**DF2PiNiPpNp_YYMMN.ZIP**) (согласно наименованию файла со сведениями об оказанной медицинской помощи),

в соответствии с Разделом 2 Информационного взаимодействия.

4. Наименование файлов пакета информационного обмена по проведенной диспансеризации детей-сирот.

При предоставлении реестров счетов файлы пакета информационного обмена по проведенной диспансеризации детей-сирот должны быть упакованы в архив формата ZIP.

Имена двух файлов и файл архива информационного пакета (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

- для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации:

DSPiNiPpNp_YYMMN.XML – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по 1 этапу,

DS2PiNiPpNp_YYMMN.XML – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по 2 этапу,

LSPiNiPpNp_YYMMN.XML (**LS2PiNiPpNp_YYMMN.XML**) – файл персональных данных по 1 этапу (2 этапу).

Имя архива информационного пакета с двумя файлами (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

DSPiNiPpNp_YYMMN.ZIP (**DS2PiNiPpNp_YYMMN.ZIP**) (согласно наименованию файла со сведениями об оказанной медицинской помощи),

в соответствии с Разделом 2 Информационного взаимодействия.

- для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью:

DUPiNiPpNp_YYMMN.XML – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по 1 этапу,

DU2PiNiPpNp_YYMMN.XML – файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по 2 этапу,

LUPiNiPpNp_YYMMN.XML (**LU2PiNiPpNp_YYMMN.XML**) – файл персональных данных по 1 этапу (2 этапу).

Имя архива информационного пакета с двумя файлами (в верхнем регистре) формируется по следующему принципу:

DUPiNiPpNp_YYMMN.ZIP (**DU2PiNiPpNp_YYMMN.ZIP**) (согласно наименованию файла со сведениями об оказанной медицинской помощи),

в соответствии с Разделом 2 Информационного взаимодействия.

Приложение № 7
к информационному взаимодействию

Номенклатура медицинских услуг, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях.

Приложение № 7 «Номенклатура медицинских услуг, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях» к Информационному взаимодействию **считать утратившим силу** в соответствии с приказом ТФОМС Костромской области от 09.02.2018 года № 93 «О внесении изменений в приказ ТФОМС Костромской области от 26 декабря 2014 года № 659».

Приложение № 8
к информационному взаимодействию

**Состав, форматы и структура файлов,
передаваемых страховыми медицинскими организациями Костромской области в ТФОМС Костромской области результатов проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по реестрам счетов медицинских организаций в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области**

Результаты проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (далее – результаты экспертизы) реестров счетов предоставляются в виде повторно передаваемых реестров счетов, в которых для случаев, прошедших экспертизу, добавляются элементы/сегменты «Z_SL.SL.**SANK**» согласно таблицам 1 и 6 раздела 1 и 2 Информационного взаимодействия.

Файлы пакета информационного обмена результатов экспертизы должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла и имя архива информационного пакета с двумя файлами (в верхнем регистре) формируется по принципу, указанному в разделах 1 и 2 Информационного взаимодействия для соответствующих типов файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи:

- при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения;

– при осуществлении персонифицированного учета оказанной высокотехнологичной медицинской помощи;

- при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения.

Примечание: В случае отзыва счета МО в архиве предоставляется только один файл со сведениями о счете, отозванном медицинской организацией, который формируется согласно Таблицы 2 Приложения № 8 к Информационному взаимодействию. Имя файла и имя архива информационного пакета с одним файлом (в верхнем регистре) формируется по принципу, указанному в данном Приложении к Информационному взаимодействию.

Отчётный период в имени файла (YYMM) должен совпадать с отчётным периодом первоначально предоставленного файла, а порядковый номер пакета (N) – сформирован заново уникальным для данного периода.

При **ежемесячном** предоставлении страховой медицинской организацией Костромской области реестров счетов после **первичного МЭК** за **отчетный период** (в том числе и за предыдущие два отчетных месяца, т.е. включая случаи оказания медицинской помощи, завершенные за три месяца до месяца предъявления счета), основные и исправленные, согласно разделов 1 и 2 Информационного взаимодействия в имени файла (YYMM) указывается значение года и месяца данного **отчетного периода**.

Реестры счетов со случаями медицинской помощи, **завершенными до 01 апреля 2018 года**, после первичного МЭК (сегмент «SANK» согласно Таблицы 1 и 6 разделов 1 и 2 Информационного взаимодействия) предоставляются в форматах **версии 2.1.5** (до введения в действие Информационного взаимодействия, утвержденного приказом ТФОМС Костромской области от 26.12.2014 года № 659 (в редакции приказа от 17.04.2018 № 348). Повторный МЭК, МЭЭ и ЭКМП предоставляются для данных реестров счетов после первичного МЭК в форматах версии 2.1.5 в соответствии с Таблицей Д.1 (Файл с результатами экспертизы) Приложения № 8 к Информационному взаимодействию (**до введения** в действие Информационного взаимодействия, утвержденного приказом ТФОМС Костромской области от 26.12.2014 года № 659 (в редакции приказа от 25 мая 2018 г. № 492)).

Реестры счетов со случаями медицинской помощи, **завершенными с 01 апреля 2018 года**, после первичного МЭК (сегмент «SANK» согласно Таблицы 1 и 6 разделов 1 и 2 Информационного взаимодействия) предоставляются в форматах **версии 3.0** (после введения в действие Информационного взаимодействия, утвержденного приказом ТФОМС Костромской области от 26.12.2014 года № 659 (в редакции приказа от 17.04.2018 № 348). Повторный МЭК, МЭЭ и ЭКМП предоставляются для данных реестров счетов после первичного МЭК в форматах версии 3.0 в соответствии с заполненным сегментом «SANK» Таблицы 1 и 2 Приложения № 8 к Информационному взаимодействию (**согласно введенного** в действие Информационного взаимодействия, утвержденного приказом ТФОМС Костромской области от 26.12.2014 года № 659 (в редакции приказа от 25 мая 2018 г. № 492)).

Результаты проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи предоставляются в ТФОМС Костромской области одновременно с реестрами счетов за оказанную медицинскую помощь, предъявленными к оплате в текущем месяце **в срок не позднее 20 числа месяца**, следующего за отчетным.

Результаты проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи включаются в соответствующие элементы/сегменты «Z_SL.SL.**SANK**» по актам, подписанным страховой медицинской организацией в отчетном периоде (в месяце, предшествующем месяцу представления сведений в ТФОМС Костромской области), в том числе

включаются сведения по актам, не предусматривающим применение санкций (уменьшения оплаты и/или штрафа) к медицинской организации. В случае, если по результатам рассмотрения актов медицинской организацией в результаты контроля внесены изменения (суммы уменьшения оплаты или штрафов пересмотрены и изменены), изменения в элементах/сегментах «Z_SL.SL.**SANK**» представляются в месяце, следующем за датой принятия соответствующего решения страховой медицинской организации. При этом изменение первоначально представленных реквизитов актов не допускается.

Файлы с результатами экспертизы передаются по защищённому каналу связи VipNet и сопровождаются письмом на бумажном носителе, в котором указываются:

1. Имена передаваемых файлов;
2. Дата и регистрационный номер письма VipNet, в котором передаются файлы;
3. Основание для передачи файлов (МЭК, МЭЭ, ЭКМП и т. п.).

Оплаченные суммы в выставленных реестрах счетов указываются с учётом всех проведённых экспертиз.

Таблица 1. Формат сегмента «Z_SL.SL.SANK» файла со сведениями о счете с результатами проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по реестрам счетов медицинских организаций в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области

Сведения о санкциях					
Код элемента	**Содержание элемента**	**Тип**	**Формат**	**Наименование**	**Дополнительная информация**
SANK	**S_CODE**	O	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	O	N(15.2)	Финансовая санкция	**Сумма санкций** с учетом коэффициента неоплаты/ неполной оплаты к размеру тарифа на оплату медицинской помощи, действующему на дату оказания мед. помощи. Согласно **Приложения № 21** к тарифному соглашению. **При отсутствии применения санкции выставляется «0.00».**
	S_SUMSH	O	N(15.2)	Штраф	**Сумма штрафа** с учетом коэффициента к размеру подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи. Согласно

Сведения о санкциях					
Код элемента	**Содержание элемента**	**Тип**	**Формат**	**Наименование**	**Дополнительная информация**
					Приложения № 21 к тарифному соглашению. **При отсутствии штрафа выставляется «0.00»**
	S_TIP	О	N(1)	Тип санкции	Указывается значение из **F006** (Классификатор видов контроля)
	S_OSN	О	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи). Если при экспертизе нарушений не найдено, то в поле ставится «0».
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции. Обязателен при наличии санкций.
	S_IST	О	N(1)	Источник	«1» – СМО/ТФОМС к МО.
	NUM_ACT	У	T(50)	Номер акта	
	DATE_ACT	У	D	Дата акта	
	DATE_EXP	У	D	Дата проведения экспертизы СМО	
	VID_EXP	У	N(4)	Вид экспертизы*	
	DATE_LPU	У	D	Дата отправки акта в ЛПУ	
	DATE_OPL	У	D	Дата уменьшения оплаты случая	Фактическая дата (**в каком месяце**) уменьшения оплаты случая. В формате ГГГГ-ММ-**01**. При наличии значения во вложенном элементе «SANK.S_SUM» (Финансовая санкция) больше «0».
	SNILS_EXP	У	T(14)	СНИЛС специалиста, проведшего экспертизу	Обязателен при проведении экспертиз (реэкспертиз) МЭЭ и ЭКМП. В качестве уникального идентификатора используется СНИЛС специалиста (в формате **999-999-999 99**)

*Виды экспертизы

Код экспертизы	Название экспертизы
По проведенным СМО МЭЭ и ЭКМП (повторным МЭК)	
1	Плановая МЭЭ
11	Тематическая МЭЭ
21	Целевая МЭЭ по причине повторного обращения по поводу одного и того же заболевания (в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации)
22	Целевая МЭЭ при заболеваниях с удлиненным или укороченным сроком лечения (более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи)
23	Целевая МЭЭ по жалобе от застрахованного лица или его представителя
30	**Тематическая ЭКМП СМП (24ч. после смерти)**
31	Плановая ЭКМП методом случайной выборки
32	Тематическая ЭКМП
33	**Тематическая ЭКМП (рост заболеваемости)**
34	**Тематическая ЭКМП (ОКС и ОНМК)**
35	**Тематическая ЭКМП (ЗНО)**
36	**Тематическая ЭКМП (диспансеризации детей сирот и опекаемых)**
37	**Тематическая ЭКМП (диспансеризации профилактических осмотров взрослого населения)**
38	**Тематическая ЭКМП (ВМП)**
39	**Тематическая ЭКМП (пневмония и грипп)**
40	**Целевая ЭКМП не проводилась по объективным причинам**
41	Целевая ЭКМП по жалобе от застрахованного лица или его представителя
42	Целевая ЭКМП по случаям с летальным исходом
43	Целевая ЭКМП по случаям с внутрибольничным инфицированием и осложнением заболевания
44	Целевая ЭКМП по случаям с первичным выходом на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей
45	Целевая ЭКМП по причине повторного обращения по поводу одного и того же заболевания (в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации)
46	Целевая ЭКМП при заболеваниях с удлиненным или укороченным сроком лечения (более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи)
47	Очная ЭКМП
48	Повторный МЭК
99	Снятие с оплаты счета либо снятие с оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи по причине отзыва счета медицинской организацией, аннулирования счета (отдельных случаев оказания медицинской помощи) по иным причинам по инициативе СМО, медицинской организации
По проведенным ТФОМС повторным МЭК, ре-МЭЭ и ре-ЭКМП, переданным по ним результатам в СМО	
4401	Плановая ре-МЭЭ
4411	Тематическая ре-МЭЭ

Код экспертизы	Название экспертизы
4421	Целевая ре-МЭЭ по причине повторного обращения по поводу одного и того же заболевания (в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации)
Код экспертизы	**Название экспертизы**
4422	Целевая ре-МЭЭ при заболеваниях с удлиненным или укороченным сроком лечения (более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи)
4423	Целевая ре-МЭЭ по жалобе от застрахованного лица или его представителя
4431	Плановая ре-ЭКМП методом случайной выборки
4432	Тематическая ре-ЭКМП
4441	Целевая ре-ЭКМП по жалобе от застрахованного лица или его представителя
4442	Целевая ре-ЭКМП по случаям с летальным исходом
4443	Целевая ре-ЭКМП по случаям с внутрибольничным инфицированием и осложнением заболевания
4444	Целевая ре-ЭКМП по случаям с первичным выходом на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей
4445	Целевая ре-ЭКМП по причине повторного обращения по поводу одного и того же заболевания (в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации)
4446	Целевая ре-ЭКМП при заболеваниях с удлиненным или укороченным сроком лечения (более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи)
4447	Очная ре-ЭКМП
4448	Повторный МЭК

Таблица 2. Формат файла со сведениями о счете, отозванном медицинской организацией

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.
Заголовок файла					
ZGLV	**VERSION**	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.0».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Счёт					

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
SCHET	**CODE**	О	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	О	Т(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником «Реестр МО».
	YEAR	О	N(4)	Отчетный год	Год оказания медицинской помощи.
	MONTH	О	N(2)	Отчетный месяц	Месяц оказания медицинской помощи.
	NSCHET	О	Т(15)	Номер счёта	
	DSCHET	О	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	О	Т(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником «Реестр СМО». Код «**44**» - ТФОМС (По межтерриториальным расчетам). СМО Костромской области: Код «**44003**» - Филиал ООО "РГС-Медицина" - "Росгосстрах - Кострома - Медицина"; Код «**44012**» - Костромской филиал ООО ВТБ Медицинское страхование; Код «**44011**» - Филиал АО «МАКС-М» в г. Костроме.
	SUMMAV	О	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	OTZV_SUM	О	N(15.2)	Отзыв счета	Сумма по счету, отозванному МО и которая равна выставленной сумме МО на оплату
	OTZV_DOC	О	Т(250)	Номер письма (документа)	Номер письма МО об отзыве счета
	OTZV_DATA	О	D	Дата	Дата письма МО об отзыве счета в формате ГГГГ-ММ-ДД
	OTZV_COM	У	Т(250)	Основание отзыва счета	Комментарий