

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 30 января 2019 г. № 75

г. Кострома

О внесении изменений в приказ  
ТФОМС Костромской области  
от 07.11.2018 № 1039

В целях обеспечения учета оказанной медицинской помощи застрахованным гражданам в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07 апреля 2011г. № 79 (ред. Приказа ФОМС от 13 декабря 2018г. № 285) «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» и тарифным соглашением о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области на 2019 год от 27 декабря 2018 года

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести следующие изменения в Регламент информационного взаимодействия между ТФОМС Костромской области, медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования Костромской области, утвержденного приказом ТФОМС Костромской области от 07.11.2018 года № 1039 (в редакции приказа № 1230 от 27.12.2018 года) (далее - Регламент):

1) изложить пункт 2.1. (Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше)) раздела 3.6 Регламента в новой редакции согласно Приложению № 1 к настоящему приказу;

2) изложить пункт 2.2. (Медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) раздела 3.6 Регламента в новой редакции согласно Приложению № 2 к настоящему приказу;

3) изложить строку со значением кода типа диспансеризации «МОГ» Таблицы 3.5.3. (Формирование реестров счетов по виду проведенных диспансеризаций и медицинских осмотров населения по 1 и 2 этапу.) раздела 3.5 в новой редакции:



Код типа диспансеризации (DISP)	Региональный код типа диспансеризации (T_USL_OK)	Наименование типа диспансеризации	Единица объема оказанной мед. помощи по проведению диспансеризации и мед. осмотра
МОГ	67	Медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	<b>За посещение</b> (Комплексное посещение) («IDSP» = «29»)

4) изложить раздел 3.7 (Заполнение вложенных элементов/тегов реестров счетов оказанной медицинской помощи при посещении застрахованными гражданами медицинских организаций Костромской области при постановке впервые застрахованного гражданина на диспансерное наблюдение) Регламента в новой редакции согласно Приложению № 3 к настоящему приказу;

5) изложить раздел 10 (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) Регламента в новой редакции согласно Приложению № 4 к настоящему приказу;

6) изложить содержимое поля «Дополнительная информация» сегмента «Z\_SL.SL.ONK\_SL.ONK\_USL.LEK\_PR» (Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате) в таблицах 2 и 4 разделов 2 и 4 Регламента в новой редакции:

«Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4. За исключением случаев лечения злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей (сегмент «LEK\_PR» не заполняется и не выставляется).».

2. Медицинским организациям и страховым медицинским организациям Костромской области обеспечить внесение изменений в программное обеспечение по формированию, предоставлению и проведению медико-экономического контроля реестров счетов в соответствии с пунктом 1 настоящего приказа.

3. Приказ вступает в силу с даты подписания и распространяется на случаи оказания медицинской помощи, завершённые с 01 января 2019 года.

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя директора Троицкую В.С.

Директор



В.Е. Николаев

Первый заместитель директора  
«10» 1 2019 года



А.Н. Чичерин

Заместитель директора  
«00» 01 2019 года

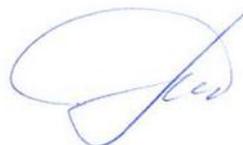
В.С. Троицкая

Начальник финансово-экономического  
управления  
«30» 01 2019 года



Л.В. Геннадьева

Начальник юридического отдела  
«30» 09 2019 года



А.С. Тимошкин

Начальник отдела  
межтерриториальных расчетов  
«30» 01 2019 года



Е.А. Наянова

Начальник отдела тарифного  
регулирувания  
«30» 01 2019 года



М.Е. Брыченкова

Исполнитель:

Начальник отдела информационно-  
аналитического обеспечения  
«30» 01 2019 года



И.В. Суясов

## **2.1. Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше)**

Справочник кодов выполненных медицинских услуг осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных в профилактический медицинский осмотр взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) согласно соответствующего Приложения (Тарифы осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных в профилактический медицинский осмотр взрослого населения) к Тарифному соглашению.

## **2.2. Медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей**

Справочник кодов выполненных медицинских услуг осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных в медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, согласно соответствующего Приложения (Тарифы осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных в медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) к Тарифному соглашению.

### **3.7. Заполнение вложенных элементов/тегов реестров счетов оказанной медицинской помощи при диспансерном наблюдении:**

1. При постановке застрахованного гражданина на диспансерное наблюдение впервые:

1.1. По результатам прохождения застрахованным гражданином профилактического медицинского осмотра или диспансеризации определенных групп взрослого населения 1 раз в 3 года (1 раз в 2 года) данному застрахованному гражданину рекомендовано явиться на диспансерное наблюдение:

При формировании реестров счетов по результатам прохождения застрахованным гражданином профилактического медицинского осмотра или диспансеризации определенных групп взрослого населения 1 раз в 3 года (1 раз в 2 года) согласно разделу 3 Регламента:

- во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.P\_CEL» (Цель посещения) в соответствии с классификатором целей посещения (V025) указываются значения: «2.1» (Медицинский осмотр) или «2.2» (Диспансеризация):

а) во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.DS1\_PR» (Установлен впервые (основной)) указывается значение: «1» (согласно графе «дополнительная информация» - если **основной диагноз выявлен впервые** в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра). В ином случае вложенные элементы/теги «Z\_SL.SL.DS1\_PR» не заполняются и не выставляются;

б) во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.PR\_D\_N» (Диспансерное наблюдение) указывается значение: «2» (взят) (в случае, если застрахованный гражданин уже состоит на диспансерном наблюдении с **основным диагнозом**, который не выявлен впервые, то во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.PR\_D\_N» (Диспансерное наблюдение) указывается значение: «1» (состоит)),

а также необходимо учитывать сегмент «Z\_SL.SL.DS2\_N» (Сопутствующие заболевания), в котором при постановке застрахованного гражданина на диспансерное наблюдение **впервые**:

а) во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.DS2\_N.DS2\_PR» (Установлен впервые (сопутствующий)) указывается значение: «1» (согласно графе «дополнительная информация» - если данный сопутствующий диагноз **выявлен впервые** в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра). В ином случае вложенные элементы/теги «Z\_SL.SL.DS2\_N.DS2\_PR» не заполняются и не выставляются;

б) во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.DS2\_N.PR\_DS2\_N» (Диспансерное наблюдение) указывается значение: «2» (взят) (в случае, если застрахованный гражданин уже состоит на диспансерном наблюдении с сопутствующим заболеванием, который не выявлен впервые, то во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.DS2\_N.PR\_DS2\_N» (Диспансерное наблюдение) указывается значение: «1» (состоит)).

1.2. По результатам обращения застрахованного гражданина в медицинскую организацию в связи с заболеванием, по результатам которого рекомендовано явиться на диспансерное наблюдение:

При формировании записей реестров счетов согласно разделам 1 и 4 Регламента по результатам обращения застрахованного гражданина в медицинскую организацию в связи с заболеванием, по результатам которого данному гражданину рекомендовано явиться на диспансерное наблюдение, то:

- во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.USL\_OK» (Условия оказания медицинской помощи) в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (V006) указывается значение «3» (Амбулаторно);

- во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.P\_CEL» (Цель посещения) в соответствии с классификатором целей посещения (V025) не указывается значение: «1.3» (Диспансерное наблюдение), «2.1» (Медицинский осмотр) или «2.2» (Диспансеризация);

- во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.DN» (Диспансерное наблюдение (по поводу основного заболевания (состояния))) указывается значение: «2» (взят) (Вложенный элемент/тег «Z\_SL.SL.DN» становится **обязательным** для заполнения при P\_CEL≠1.3).

2. При формировании записей **первого посещения** по поводу диспансерного наблюдения в реестрах счетов по оказанной медицинской помощи в амбулаторных условиях после постановки застрахованного гражданина впервые на диспансерное наблюдение по результатам прохождения данным застрахованным гражданином профилактического медицинского осмотра или диспансеризации определенных групп взрослого населения 1 раз в 3 года (1 раз в 2 года) и при обращении по заболеванию (код IDSP=30):

а) согласно разделам 1 и 4 Регламента оплата **первого посещения** по поводу диспансерного наблюдения осуществляется по тарифу за посещение с профилактической и иными целями согласно **соответствующего Приложения к Тарифному соглашению**. При этом:

- во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.USL\_OK» (Условия оказания медицинской помощи) в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (V006) указывается значение «3» (Амбулаторно);

- во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.P\_CEL» (Цель посещения) в соответствии с классификатором целей посещения (V025) указываются значения: «1.3» (Диспансерное наблюдение);

- во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.DN» (Диспансерное наблюдение (по поводу основного заболевания (состояния))) указывается значение: «2» (взят) (Обязательны для заполнения, если P\_CEL=1.3);

3. При формировании реестров счетов по оказанной медицинской помощи в амбулаторных условиях согласно разделам 1 и 4 Регламента оплата **второго посещения** и далее по поводу диспансерного наблюдения включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение). При этом:

- во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.USL\_OK» (Условия оказания медицинской помощи) в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (V006) указывается значение «3» (Амбулаторно);

- во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.P\_CEL» (Цель посещения) в соответствии с классификатором целей посещения (V025) указывается значение: «1.3» (Диспансерное наблюдение);

- во вложенных элементах/тегах «Z\_SL.SL.DN» (Диспансерное наблюдение (по поводу основного заболевания (состояния))) указывается значение: «1» (состоит), «4» (снят по причине выздоровления) или «6» (снят по другим причинам) по результатам диспансерного наблюдения (Обязательны для заполнения, если P\_CEL=1.3).

**Раздел 10. 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**

**10.1. При реализации персонифицированного учета оказанной медицинской помощи во вложенном элементе «IDSP» (Код способа оплаты медицинской помощи) согласно классификатору способов оплаты медицинской помощи (V010) указывается:**

Наименование способа оплаты медицинской помощи	IDSP
<b>При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:</b>	
<b>По подушевому финансированию</b> * (исходя из численности прикрепленных застрахованных лиц): - за посещение (один календарный день), <b>в том числе за повторное и последующее посещение</b> при диспансерном наблюдении; - за обращение (два и более посещений).	<b>25</b>
* 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.	
<b>Посещение с профилактической</b> и иными целями (Для МО без прикрепленного населения и для межтерриториальных расчетов).	<b>29</b>
<b>За обращение</b> по поводу заболевания (Для МО без прикрепленного населения и для межтерриториальных расчетов).	<b>30</b>
<b>За посещение</b> при оказании <b>неотложной</b> медицинской помощи. (Код «2» (Неотложная) по V014, Код «160» (неотложной медицинской помощи) по V002).	<b>29</b>
<b>Медицинская помощь в «Центрах здоровья»</b>	
- за комплекс исследований в центре здоровья для оценки наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей.	<b>29</b>
- за <b>повторное посещение</b> специалистов центра для динамического наблюдения. (Отличие от первого посещения - согласно тарифу и наличию первого посещения Центра здоровья).	<b>29</b>
<b>Профилактические медицинские осмотры взрослого населения</b>	
<b>За посещение</b> (За комплексное посещение). <b>Профилактические медицинские осмотры взрослого населения.</b>	<b>29</b>
<b>I и II этапы диспансеризации определенных групп взрослого населения.</b>	
<b>За посещение</b> (За комплексное посещение). <b>I этап диспансеризации определенных групп взрослого населения.</b>	<b>29</b>
<b>За посещение</b> (За комплексное посещение). <b>II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения.</b>	<b>29</b>
<b>I и II этапы диспансеризации детей-сирот.</b>	

<b>Наименование способа оплаты медицинской помощи</b>	<b>IDSP</b>
<b>За посещение</b> (За комплексное посещение). <b>I этап</b> диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях <b>детей-сирот и детей</b> , находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.	<b>29</b>
<b>За посещение</b> (За комплексное посещение). <b>II этап</b> диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях <b>детей-сирот и детей</b> , находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.	<b>29</b>
<b>Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних</b>	
<b>За посещение</b> (За комплексное посещение). Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних, I этап.	<b>29</b>
<b>За посещение</b> (За комплексное посещение). Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних, II этап.	<b>29</b>
<b>Медицинское освидетельствование граждан</b>	
<b>За посещение</b> (За комплексное посещение). <b>Медицинское освидетельствование</b> граждан, намеревающихся усыновить (удочерить) взять под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей.	<b>29</b>
<b>Диспансерное наблюдение</b>	
<b>Первое посещение</b> по поводу диспансерного наблюдения.	<b>29</b>
<b>Стоматологическая медицинская помощь</b>	
<b>За посещение</b> с профилактическими и иными целями. Случаи обращения в медицинскую организацию, по результатам которых установлен диагноз по МКБ-10 Z01.2, при оказании медицинской помощи <b>за один календарный день</b> .	<b>29</b>
<b>За обращение по заболеванию</b> – случаи обращения в медицинскую организацию, по результатам которых установлен диагноз, <b>отличный</b> от Z01.2, в том числе при оказании медицинской помощи <b>за один календарный день</b> .	<b>30</b>
<b>При оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включая в том числе и прерванные случаи лечения заболевания</b>	
<b>За законченный случай</b> лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу.	<b>33</b>
<b>Высокотехнологичная медицинская помощь</b>	
<b>За законченный случай</b> лечения заболевания.	<b>32</b>
<b>Услуги диализа пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара в другой медицинской организации:</b>	
При оказании <b>одной услуги диализа</b> – как <b>разовое посещение</b> по поводу заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях, стоимость которого формируется из стоимости посещения врача-нефролога и стоимости услуги диализа.	<b>29</b>
При оказании <b>двух и более услуг диализа</b> – за <b>законченный случай</b> лечения (обращение по поводу заболевания) в амбулаторно-поликлинических условиях, стоимость которого формируется из стоимости обращения к врачу-нефрологу и стоимости фактически оказанных услуг диализа по тарифам за медицинскую услугу.	<b>30</b>

Наименование способа оплаты медицинской помощи	IDSP
<b>При оказании медицинской помощи пациентам, включенным в региональный регистр больных, получающих заместительную почечную терапию методами программного гемодиализа или перитонеального диализа пожизненно, применяется сочетание способов оплаты: <u>в амбулаторных условиях</u> за услугу диализа и за законченный случай по КСГ в условиях <u>дневного стационара</u>. (Костромской филиал Нефросовета и ОГБУЗ ГБ г. Костромы):</b>	
<b>Медицинская организация за полный календарный месяц оказания услуг диализа формирует и предъявляет к оплате:</b>	
<b>За обращение</b> по поводу заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях, стоимость которого формируется из стоимости обращения к врачу-нефрологу и стоимости фактически выполненных услуг диализа	<b>30</b>
<b>За законченный случай</b> лечения в условиях дневного стационара по КСГ № <b>ds18.002</b> «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» и по КСГ № <b>ds18.003</b> «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа».	<b>33</b> (без указания услуг)
<b>В амбулаторно-поликлинических условиях оплата услуг диализа производится:</b>	
<b>За обращение</b> по поводу заболевания, стоимость которого формируется из стоимости обращения к врачу-нефрологу и стоимости фактически выполненных услуг диализа (две и более)	<b>30</b>
<b>Разовое посещение</b> по поводу заболевания при оказании одной услуги диализа в течение календарного месяца, стоимость которого формируется из стоимости посещения врача-нефролога и стоимости услуги	<b>29</b>
<b>При оказании скорой медицинской помощи оплата осуществляется:</b>	
<b>За вызов</b> при проведении тромболитической терапии.	<b>24</b>
<b>За вызов</b> при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Костромской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. (для межтерриториальных расчетов).	<b>24</b>
<b>По подушевому нормативу**</b> финансирования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Костромской области.	<b>36</b>
<b>** 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».</b>	
<b>За медицинскую услугу</b>	
За кардиотокографическое исследование плода по профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторно-поликлинических условиях.	<b>28</b>
За ультразвуковое исследование плода, а также за ультразвуковое исследование плода на аппарате экспертного класса при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.	<b>28</b>
За медицинскую услугу программации (тестирования) имплантированных кардиостимуляторов при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях пациентам с различными видами аритмий.	<b>28</b>
За медицинскую услугу на проведение диагностического обследования больных: - хроническими гепатитами В и С, - носителей вирусного гепатита В и С, в амбулаторно-поликлинических условиях.	<b>28</b>

Наименование способа оплаты медицинской помощи	IDSP
За медицинскую услугу: - магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением, - магнитно-резонансной томографии без использования контрастных веществ, - компьютерной томографии с контрастным усилением, - компьютерной томографии без использования контрастных веществ, <b>по направлению на выполнение услуг в амбулаторно-поликлинических условиях, выданному на амбулаторно-поликлиническом приеме.</b>	28
За медицинскую услугу при проведении <b>лабораторных исследований</b> в амбулаторно-поликлинических условиях по направлению, выданному на амбулаторно-поликлиническом приеме <b>(ОГБУЗ ГБ г. Костромы).</b>	28
За медицинскую услугу <b>оптической спектральной когерентной томографии глаз</b> в амбулаторно-поликлинических условиях.	28
<b>За медицинскую услугу «Школа пациента» *** в амбулаторно-поликлинических условиях:</b>	
Для медицинских организаций <b>без прикрепленного населения</b> – дополнительно к тарифу обращения по поводу заболевания (за исключением «Школы для беременных»).	<b>30</b>
<b>Примечание:</b> Во вложенном элементе «Z_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) обращения указывается <b>сумма значений</b> из вложенных элементов «Z_SL.SL.SUM_M» (Стоимость случая, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.USL.SUMV_USL» (Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)).	
Медицинская услуга «Школа для беременных» предъявляется к оплате <b>дополнительно к тарифу</b> посещения акушера-гинеколога или акушерки (при возложении отдельных функций врача-акушера-гинеколога) медицинскими организациями независимо от наличия прикрепленного населения.	<b>29</b>
<b>Примечание:</b> Во вложенном элементе «Z_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) посещения указывается <b>сумма значений</b> из вложенных элементов «Z_SL.SL.SUM_M» (Стоимость случая, выставленная к оплате) и «Z_SL.SL.USL.SUMV_USL» (Стоимость медицинской услуги «Школа для беременных», выставленная к оплате (руб.)).	
*** 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»).	

## 10.2. 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 **повторных счетов (исправленных счетов)** в элементе «ZAP.PR\_NOV» (Признак исправленной записи) указывается код «1» (Запись передается повторно после исправления).

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

**10.3.1. Заполнение вложенных элементов при оказании медицинских услуг в виде лабораторных исследований застрахованному гражданину в амбулаторно-поликлинических условиях (ОГБУЗ ГБ г. Костромы):**

1. При формировании и выставлении реестров счетов в СМО и ТФОМС (межтерриториальные расчеты) на оплату медицинских услуг (**лабораторных исследований**), в тегах (во вложенных элементах) **сегмента «Z\_SL» (Сведения о законченном случае)** указываются следующие значения из соответствующих справочников (классификаторов):

- «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)) **заполняется в соответствии со справочником «Реестр МО»** (На официальном сайте ТФОМС в подразделе «Справочники» раздела «Инф. взаимодействие»). Данный вложенный элемент обязателен к заполнению во всех случаях формирования реестров счетов на оплату медицинских услуг (лабораторных исследований), оказанным застрахованным гражданам.

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 соответствующего Приложения (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.PROFIL» (Профиль) указывается код «34» (клинической лабораторной диагностике) (V002);

4) 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 соответствующим Приложением к Тарифному соглашению;

5) 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 соответствующего Приложения к Тарифному соглашению (значение «Z\_SL.SL.USL.SUMV\_USL» равно «Z\_SL.SL.USL.TARIF» одной услуги);

6) Во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.KOL\_USL» (Количество услуг) сегмента «Сведения об услуге» указывается значение «1» (Одна услуга);

7) 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);

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 не в отчетном периоде (месяце), а в следующем за отчетным периодом месяце, то результаты лабораторных исследований (результат лабораторного исследования) оформляются отдельной записью со случаем и услугами/услугой (лабораторных исследований) на данного застрахованного гражданина в реестре счета уже за данный отчетный период (месяц) и оплачиваются по тарифам, установленным **соответствующим Приложением** к Тарифному соглашению за этот отчетный период.

### 10.3.2. Заполнение вложенных элементов при оказании медицинских услуг по магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) (МРТ без контраста, МРТ с контрастным усилением, КТ без контраста и КТ с контрастным усилением):

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»)):
<b>Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением:</b>		
A05.30.012.001	Магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «<b>RIGHT</b>» (правая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»;</li> <li>- «<b>LEFT</b>» (левая нога) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».</li> </ul>
A05.04.001.001	Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) с контрастированием	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «<b>RIGHT</b>» (правая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»;</li> <li>- «<b>LEFT</b>» (левая нога/рука) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».</li> </ul>
A05.03.002.001	Магнитно-резонансная томография позвоночника контрастированием (один	- « <b>C1-C2</b> » (при обследовании <b>шейного отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.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»))):
	отдел)	сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «T1-T12» (при обследовании <b>грудного отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»; - «L1-L5, S1-S5» (при обследовании <b>пояснично-крестцового отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
<b>Магнитно-резонансная томография без использования контрастных веществ:</b>		
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».
A05.03.002	Магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел)	- «C1-C2» (при обследовании <b>шейного отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «T1-T12» (при обследовании <b>грудного отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного

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»)):
		внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»; - «L1-L5, S1-S5» (при обследовании <b>пояснично-крестцового отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
<b>Компьютерная томография с контрастным усилением:</b>		
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 <b>шейного отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «T1-T12» (при обследовании <b>грудного отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»; - «L1-L5, S1-S5» (при обследовании <b>пояснично-крестцового отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP».
<b>Компьютерная томография без использования контрастных веществ:</b>		
A06.04.017	Компьютерная томография сустава	- «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».
A06.03.021.001	Компьютерная томография верхней конечности	- «RIGHT» (правая 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» 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 <b>шейного отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» одного элемента «ZAP»; - «T1-T12» (при обследовании <b>грудного отдела</b> ) в одном сегменте «USL» одного внутреннего сегмента «Z_SL.SL» сегмента «Z_SL» другого элемента «ZAP»; - «L1-L5, S1-S5» (при обследовании <b>пояснично-крестцового отдела</b> ) 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.

### 10.3.3. Заполнение вложенных элементов при формировании в медицинских организациях отдельных случаев оказания комплексных услуг за проведенную кардиотокографию плода:

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.

2. Согласно **соответствующему приложению 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 **согласно соответствующему приложению 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.

#### 10.3.4. Заполнение вложенных элементов 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 в амбулаторно-поликлинических условиях.

Согласно соответствующему приложению 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 **согласно соответствующему приложению 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 «81» (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:

<b>A04.30.001</b>	Ультразвуковое исследование плода;
<b>A04.30.001.001</b>	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).

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

Согласно **соответствующему приложению 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 **согласно соответствующему приложению к Тарифному соглашению**;

- во вложенных элементах **«Z\_SL.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:

<b>A03.26.019</b>	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.PACIET», «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.

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

**10.4.1. За посещения застрахованным гражданином медицинской организации с профилактическими и иными целями, по которым установлен диагноз по МКБ-10 «Z01.2», при оказании медицинской помощи за один календарный день (IDSP=29):**

**а) посещения формируются одним сегментом «Z\_SL» и одним сегментом «Z\_SL.SL» (Сведения о случае) реестра счета с вложенным сегментом «Z\_SL.SL.USL» (Сведения об услуге) с одним из кодов профилактического приема (осмотра, консультации) во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.CODE\_USL» (Код услуги) согласно соответствующего Приложения к Тарифному соглашению:**

- врача-стоматолога детского (B04.064.002);
- врача-стоматолога (врача-стоматолога общей практики) (B04.065.006);
- врача-стоматолога-терапевта (B04.065.004);
- зубного врача (B04.065.004),

и дополнительно к вышеуказанным кодам профилактического приема (осмотра, консультации) дополнительными вложенными сегментами «Z\_SL.SL.USL» (Сведения об услуге) с кодами «Z\_SL.SL.USL.CODE\_USL»:

- «Глубокое фторирование эмали зуба» (A11.07.012);
- «Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба» (A11.07.024);
- «Обучение гигиене полости рта» (A13.30.007);
- «Запечатывание фиссуры зуба герметиком» (A16.07.057).

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

- значение вложенного элемента «Z\_SL.SL.ED\_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (УЕТ)) должно соответствовать сумме значений (УЕТ) в элементах «Z\_SL.SL.USL.KOL\_USL» (Количество услуг (УЕТ)) оказанных стоматологических услуг застрахованному гражданину по данному случаю (в сегменте «Сведения об услуге») в УЕТ;

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.T\_KTG\_KOL» (Количество выполненных процедур КТГ/Учет стоматологических посещений) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.KSG\_KPG.N\_KSG» (Номер КСГ) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.PRVS» (Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)) указывается значение из классификатора медицинских специальностей (V021);

- во вложенном элементе «Z\_SL.T\_USL\_OK» (Код дополнительных сведений) указывается код «5» (Стоматологическая помощь) в соответствии с региональным классификатором «TFOMS\_USL\_OK»;

- во вложенных элементах «Z\_SL.SL.KD» (Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)) указывается количество амбулаторных посещений, а не переводные из УЕТ. За одно посещение застрахованным гражданином медицинской организации с профилактическими и иными целями за один календарный день ставится значение «1» (при Z\_SL.USL\_OK=3 и Z\_SL.T\_USL\_OK=5);

- во вложенных элементах «Z\_SL.KD\_Z» (Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)) указывается количество амбулаторных посещений, а не переводные из УЕТ. За одно посещение застрахованным гражданином медицинской организации с профилактическими и иными целями за один календарный день ставится значение «1» (при Z\_SL.USL\_OK=3 и Z\_SL.T\_USL\_OK=5);

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.TARIF» (Тариф) указывается значение тарифа, указанного в таблице с тарифом оказания стоматологической медицинской помощи **соответствующего Приложения** к Тарифному соглашению;

- во вложенных элементах «Z\_SL.SL.SUM\_M» (Стоимость случая, выставленная к оплате) указывается произведение значения тарифа «Z\_SL.SL.TARIF» на значение вложенного элемента «Z\_SL.SL.ED\_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (в УЕТ)). Округление значения стоимости случая, выставленная к оплате осуществляется по

результату умножения (применяется округление к ближайшему четному (математическое) - округляется до 2-го знака после запятой);

- во вложенных элементах «Z\_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) указывается значение равное сумме значений «Z\_SL.SL.SUM\_M» вложенных элементов «Z\_SL.SL»;

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 кодов услуг и количества УЕТ согласно соответствующего Приложения (Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях) к Тарифному соглашению;

- 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;

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.PRVS» (Специальность медработника, выполнившего услугу) указывается значение из классификатора медицинских специальностей (V021);

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.CODE\_MD» (Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу) указывается уникальный идентификатор: СНИЛС врача (в формате 999-999-999 99).

**10.4.2. За обращения по заболеванию – случаи обращения застрахованного гражданина в медицинскую организацию, по результатам которых установлен диагноз, отличный от Z01.2, в том числе при оказании медицинской помощи за один календарный день (IDSP=30):**

а) обращения формируются:

- одним сегментом «Z\_SL» (Сведения о законченном случае) в записи «ZAP» реестра счета;

- одним (на один зуб) или несколькими сегментами «Z\_SL.SL» (Сведения о случае) в сегменте «Z\_SL» (В сегменте «Z\_SL» по одному сегменту «Z\_SL.SL» на каждый зуб, т.е. сколько зубов с **завершенными случаями** лечения (в том числе, если лечение прервано по инициативе пациента и т.д.) в обращении – столько сегментов «Z\_SL.SL» оказанной стоматологической помощи указывается в сегменте «Z\_SL»);

Примечание:

1. Один сегмент «Z\_SL.SL» оформляется на один зуб с указанием во вложенных элементах «Z\_SL.SL.COMENTSL» (Служебное поле) и

«Z\_SL.SL.USL.COMENTU» (Служебное поле) значения кода данного зуба (при этом тип вложенных элементов «COMENTSL» и «COMENTU» становится «Обязательный») по схеме наименования зубов. Пример: 22м или 38ж.

2. За отчетный период (месяц) может формироваться запись в реестре счета с одним сегментом «Z\_SL» и с одним или несколькими сегментами «Z\_SL.SL» с **завершенными случаями** лечения зубов (в том числе, если в случае обращения лечение прервано по инициативе пациента и т.д.).

3. В случае, если результат лечения достигнут за **один календарный день**, то обращение формируется одним сегментом «Z\_SL» за **один календарный день** не зависимо от количества зубов (сегментов «Z\_SL.SL») с **завершенными случаями** лечения.

4. В сегменте «Z\_SL» возможно выставление нескольких сегментов «Z\_SL.SL» с **завершенными случаями** лечения зубов (в том числе, если в случае обращения лечение прервано по инициативе пациента и т.д.) **в одном календарном дне** и дополнительно к данным сегментам «Z\_SL.SL» один или нескольких сегментов «Z\_SL.SL» (с разными зубами), в которых достигнут результат лечения **в другие календарные дни** отчетного периода (в том числе, если в случае обращения лечение прервано по инициативе пациента и т.д.).

- одним или несколькими вложенными сегментами «Z\_SL.SL.USL» (Сведения об услуге») в каждом сегменте «Z\_SL.SL» с указанием кодов стоматологических услуг во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.CODE\_USL» (Код услуги) согласно **соответствующего Приложения** к Тарифному соглашению.

Из них:

1) одним из вложенных сегментов «Z\_SL.SL.USL» (Сведения об услуге») с одним из кодов **первичного/вторичного** приема (осмотра, консультации) врача-специалиста во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.CODE\_USL» (Код услуги) согласно **соответствующего Приложения** к Тарифному соглашению.

Примечание:

1. Код **первичного** приема (осмотра, консультация) врача-специалиста, должен указываться только **один раз в самом начале** лечения по заболеванию во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.CODE\_USL» одного из сегментов «Z\_SL.SL.USL» (одного из сегментов «Z\_SL.SL» в сегменте «Z\_SL»).

2. Далее при лечении зубов в другие календарные дни, отличные от дня, в котором осуществлен первичный прием, в сегментах «Z\_SL.SL» одного данного сегмента «Z\_SL» во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.CODE\_USL» (Код услуги) одного из вложенных сегментов «Z\_SL.SL.USL» должны указываться значения кодов повторного приема (осмотра, консультации) врача-специалиста.

3. При лечении одного или нескольких зубов в **один календарный день** указывается только один код первичного или повторного приема.

4. Значения кодов первичного/повторного приема (осмотра, консультации) врача-специалиста:

Код стоматологической услуги	Наименование стоматологической услуги
<b>V01.064.003</b>	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского <b>первичный</b>
<b>V01.064.004</b>	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского <b>повторный</b>
<b>V01.065.007</b>	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога, врача-стоматолога общей практики <b>первичный</b>
<b>V01.065.008</b>	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога, врача-стоматолога общей практики <b>повторный</b>
<b>V01.065.001</b>	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта <b>первичный</b>
<b>V01.065.002</b>	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта <b>повторный</b>
<b>V01.065.003</b>	Прием (осмотр, консультация) зубного врача <b>первичный</b>
<b>V01.065.004</b>	Прием (осмотр, консультация) зубного врача <b>повторный</b>
<b>V01.065.005</b>	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического <b>первичный</b>
<b>V01.065.006</b>	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического <b>повторный</b>
<b>V01.003.001</b>	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом реаниматологом <b>первичный</b>
<b>V01.003.002</b>	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом реаниматологом <b>повторный</b>
<b>V01.067.001</b>	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга <b>первичный</b>
<b>V01.067.002</b>	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга <b>повторный</b>
<b>V01.054.001*</b>	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта

\* может указываться повторно в другом сегменте «Z\_SL.SL» при лечении другого зуба.

2). одним вложенным сегментом «Z\_SL.SL.USL» (Сведения об услуге») с указанием кода оказанной стоматологической услуги по диспансерному приему (осмотру, консультации) врача-специалиста во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.CODE\_USL» сегмента «Z\_SL.SL.USL» сегмента «Z\_SL.SL» в сегменте «Z\_SL» (Сведения о законченном случае):

<b>V04.064.001</b>	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского
<b>V04.065.005</b>	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога, врача-стоматолога общей практики
<b>V04.065.001</b>	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта
<b>V04.065.003</b>	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача

с соответствующим заполнением вложенных элементов сегментов «Z\_SL.SL» и «Z\_SL» значениями согласно Тарифного соглашения и соответствующих справочников/классификаторов, размещенных на официальном сайте ТФОМС Костромской области (oms44.ru) в подразделе «Справочники» раздела «Инф. взаимодействие».

Примечание: При формировании записей в реестрах счетов по оказанным стоматологическим услугам по диспансерному приему (осмотру, консультации) **не может быть более одного сегмента «Z\_SL.SL.USL»** с одной датой (в один календарный день).

3) дополнительно к вышеуказанным кодам **первичного/вторичного приема** (осмотра, консультация) врача-специалиста **дополнительным/и** вложенным/и сегментом/ами «Z\_SL.SL.USL» (Сведения об услуге») с кодами стоматологических услуг во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.CODE\_USL» согласно **соответствующего Приложения** к Тарифному соглашению.

Примечание: 1. При формировании сегмента «Z\_SL.SL.USL» по профилю «78» (рентгенологии) во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.PROFIL», то во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.PRVS» (Специальность медработника, выполнившего услугу):

- по оказанной услуге **средним медицинским персоналом** указывается код «219» (Сестринское дело) из классификатора медицинских специальностей (V021);

- по оказанной услуге **врачом-специалистом**, то указывается код «60» (Рентгенология) из классификатора медицинских специальностей (V021).

2. При формировании сегмента «Z\_SL.SL.USL» по профилю «109» (физиотерапии) во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.PROFIL», то во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.PRVS» (Специальность медработника, выполнившего услугу):

- по оказанной услуге **средним медицинским персоналом** указывается код «227» (Физиотерапия) из классификатора медицинских специальностей (V021);

- по оказанной услуге **врачом-специалистом**, то указывается код «87» (Физиотерапия) из классификатора медицинских специальностей (V021).

**б) в сегменте «Z\_SL.SL» (Сведения о случае) реестра счета:**

- значение вложенного элемента «Z\_SL.SL.ED\_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (УЕТ)) должно соответствовать сумме значений (УЕТ) в элементах «Z\_SL.SL.USL.KOL\_USL» (Количество услуг (УЕТ)) оказанных стоматологических услуг застрахованному гражданину по данному случаю (в сегменте «Сведения об услуге») в УЕТ;

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.T\_KTG\_KOL» (Количество выполненных процедур КТГ/Учет стоматологических посещений) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.KSG\_KPG.N\_KSG» (Номер КСГ) значение не указывается и сами теги не прописываются;

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.PRVS» (Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)) указывается значение из классификатора медицинских специальностей (V021);

- во вложенном элементе «Z\_SL.T\_USL\_OK» (Код дополнительных сведений) указывается код «5» (Стоматологическая помощь) в соответствии с региональным классификатором «TFOMS\_USL\_OK»;

- во вложенных элементах «Z\_SL.SL.KD» (Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)) указывается количество амбулаторных посещений, а не переводные из УЕТ. За **одно амбулаторное посещение** застрахованным гражданином медицинской организации (обращение по заболеванию) за один календарный день ставится значение «1» (при Z\_SL.USL\_OK=3 и Z\_SL.T\_USL\_OK=5);

- во вложенных элементах «Z\_SL.KD\_Z» (Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)) указывается количество амбулаторных посещений согласно количеству значений вложенных элементах «Z\_SL.SL.KD» без значения/суммирования «Z\_SL.SL.KD» (при наличии) из второго или более сегментов «Z\_SL.SL» в один календарный день (при Z\_SL.USL\_OK=3 и Z\_SL.T\_USL\_OK=5);

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.TARIF» (Тариф) указывается значение тарифа, указанного в таблице с тарифом оказания стоматологической медицинской помощи **соответствующего Приложения** к Тарифному соглашению;

- во вложенных элементах «Z\_SL.SL.SUM\_M» (Стоимость случая, выставленная к оплате) указывается произведение значения тарифа «Z\_SL.SL.TARIF» на значение вложенного элемента «Z\_SL.SL.ED\_COL» (Количество единиц оплаты медицинской помощи (в УЕТ)). Округление значения стоимости случая, выставленная к оплате осуществляется по **результату умножения (применяется округление к ближайшему четному (математическое) - округляется до 2-го знака после запятой)**;

- во вложенных элементах «Z\_SL.SUMV» (Сумма, выставленная к оплате) указывается значение равное сумме значений «Z\_SL.SL.SUM\_M» вложенных элементов «Z\_SL.SL»;

- во вложенных элементах «Z\_SL.SL.DATE\_1» (Дата начала лечения) и «Z\_SL.SL.DATE\_2» (Дата окончания лечения) сегмента «Z\_SL.SL» (Сведения о случае) указываются даты диапазона лечения одного зуба. Даты фактического оказания услуг по одному зубу во вложенных элементах «Z\_SL.SL.USL.DATE\_IN» (Дата начала оказания услуги) и «Z\_SL.SL.USL.DATE\_OUT» (Дата окончания оказания услуги) обязаны входить в диапазон дат «Z\_SL.SL.DATE\_1» и «Z\_SL.SL.DATE\_2» сегмента «Z\_SL.SL»;

- во вложенных элементах «Z\_SL.DATE\_Z\_1» (Дата начала лечения) и «Z\_SL.DATE\_Z\_2» (Дата окончания лечения) сегмента «Z\_SL» (Сведения о законченном случае) указываются даты диапазона лечения одного или нескольких зубов. Даты фактического лечения зуба во вложенных элементах «Z\_SL.SL.DATE\_1» и «Z\_SL.SL.DATE\_2» обязаны входить в диапазон дат «Z\_SL.DATE\_Z\_1» (Дата начала лечения) и «Z\_SL.DATE\_Z\_2» сегмента

«Z\_SL», которые формируются датами начала и окончания лечения пациента по обращению по заболеванию.

**в) во вложенном сегменте «Z\_SL.SL.USL» (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 кодов услуг и количества УЕТ согласно **соответствующего Приложения** к Тарифному соглашению (Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях);

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.SUMV\_USL» (Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)) указывается значение «0» или «0.00»;

- во вложенных элементах «Z\_SL.SL.USL.DATE\_IN» (Дата начала оказания услуги) и «Z\_SL.SL.USL.DATE\_OUT» (Дата окончания оказания услуги) указываются даты фактического оказания услуг по лечению зуба;

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

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.PRVS» (Специальность медработника, выполнившего услугу) указывается значение из классификатора медицинских специальностей (V021);

- во вложенном элементе «Z\_SL.SL.USL.CODE\_MD» (Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу) указывается уникальный идентификатор: СНИЛС врача (в формате 999-999-999 99)).

**10.4.3. При формировании реестров счетов по случаю лечения (IDSP=30) ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий у детей:**

- формируется запись «ZAP» с сегментом «Z\_SL» и одним сегментом «SL» к нему с количеством вложенных сегментов «USL» равным количеству оказанных стоматологических услуг в реестре счетов только **за один календарный месяц**, в котором признаком результата обращения за медицинской помощью (Z\_SL.RSLT) может быть «Лечение продолжено» (код «304») по классификатору результатов обращения за медицинской помощью (V009).