

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

ПРИКАЗ

«13» 11 2019 г.

№ 354/

г. Владикавказ

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА ИНФОРМАЦИОННОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РАСЧЕТАХ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ
ПОМОЩЬ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ
СТРАХОВАНИЮ, ОКАЗАННУЮ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ НА
ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

В целях реализации Федеральных законов от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 N 29н, Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н, в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом ФОМС 07.04.2011 N 79, приказываю:

1. Утвердить Регламент информационного взаимодействия при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории Республики Северная Осетия-Алания (далее - Регламент) согласно приложению. Регламент вступает в силу и применяется к расчетам за медицинскую помощь, оказанную по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС) застрахованным лицам на территории РСО-Алания с 01 ноября 2019 года.

2. Реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную по ОМС на территории РСО-Алания до вступления в силу Регламента, формируются и предъявляются к оплате в порядке, действовавшем до вступления в силу Регламента, не позднее пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

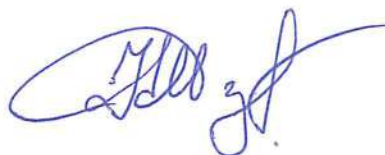
3. Исполняющему обязанности начальника отдела информационного обеспечения Лебедеву Н.С. обеспечить внесение

необходимых в соответствии с Регламентом изменений в программный комплекс персонифицированного учета медицинской помощи, а также обеспечить при прохождении реестрами счетов за отчетные периоды 2019 года форматно-логического контроля выявление случаев предъявления к оплате медицинской помощи, оказанной до вступления в силу Регламента.

4. Начальнику общего отдела Кибизовой Г.Г. ознакомить с настоящим приказом работников ТФОМС РСО-Алания, довести его до сведения медицинских и страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории РСО-Алания.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



К.М. Дзлиев

Утвержден
приказом
Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Республики Северная
Осетия-Алания
от «13» 11 2019 г. № 357

РЕГЛАМЕНТ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РАСЧЕТАХ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ, ОКАЗАННУЮ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Основания утверждения Регламента

1. Настоящий регламент информационного взаимодействия при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории Республики Северная Осетия-Алания (далее - Регламент) разработан во исполнение следующих нормативных актов:

Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

приказа Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 N 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования";

приказа Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования";

приказа Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 N 364 "Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения";

приказа ФОМС от 07.04.2011 N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

Статья 2. Предмет и сфера применения Регламента

1. Регламент определяет правила, порядок и основные процедуры, связанные с процессами приема, обработки и передачи информации об оказанной МП в электронной форме по телекоммуникационным каналам связи между участниками обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания (далее соответственно - участники информационного обмена, ОМС).

2. Сформулированные в рамках Регламента требования и принципы информационного взаимодействия, а также описанные форматы обмена данными являются обязательными для всех участников информационного обмена.

Статья 3. Цели утверждения Регламента

Регламент разработан в нижеуказанных целях:

обеспечения ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по ОМС на территории РСО-Алания;

создания условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное предоставление медицинской помощи надлежащего качества и объема в рамках базовой и территориальной программ ОМС на соответствующий финансовый год;

разграничения зон ответственности участников информационного обмена при обеспечении взаимодействия;

определения перечня информационных объектов, расписания и способов организации информационного взаимодействия;

создания условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования;

определения потребности в объемах медицинской помощи в целях формирования территориальной программы ОМС;

определения состава расходов, компенсируемых в структуре тарифа на оплату медицинской помощи, и потребности в финансовом обеспечении медицинской помощи по ОМС, экономического обоснования системы оплаты и тарифов в сфере ОМС;

приведения процесса информационного взаимодействия между участниками информационного обмена при расчетах за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам на территории РСО-Алания, в соответствии с требованиями Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом ФОМС от 07.04.2011 N 79.

II. ОБЩИЕ ПРАВИЛА, ТЕРМИНЫ И СОКРАЩЕНИЯ

Статья 4. Основные термины, понятия и сокращения

Для целей Регламента используются термины, понятия и сокращения, установленные действующим законодательством и тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования на территории РСО-Алания, основные из которых указаны в таблице 1 Регламента.

**Перечень
используемых терминов, понятий и сокращений**

№	Сокращение	Определение
1.	XML	eXtensible Markup Language - текстовый формат, предназначенный для хранения структурированных данных (взамен существующих файлов баз данных), для обмена информацией между программами
2.	АПП	Амбулаторно поликлиническая помощь
3.	ВМП	Высокотехнологичная медицинская помощь
4.	ДС	Дневной стационар
5.	ЕНП	Единый номер полиса ОМС
6.	ЗНО	Злокачественное новообразование
7.	МО	Медицинская организация
8.	МП	Медицинская помощь
9.	МТР	Процедура расчетов за МП, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта России, на территории которого выдан полис ОМС (межтерриториальные расчеты)
10.	МЭК	Медико-экономический контроль
11.	МЭЭ	Медико-экономическая экспертиза
12.	МЭС	Медико-экономический стандарт
13.	КС	Круглосуточный стационар
14.	КСГ	Клинико-статистическая группа
15.	КСЛП	Коэффициент сложности лечения пациента
16.	ОГРН	Основной государственный регистрационный номер – государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица в ЕГРЮЛ в соответствии с Федеральным законом «О государственной регистрации юридических лиц»
17.	ОКАТО	Общероссийский классификатор административно-территориального деления
18.	ОМС	Обязательное медицинское страхование
19.	ПДН	Персональные данные - любая информация, относящаяся прямо или косвенно к определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных)
20.	ПО	Программное обеспечение
21.	Реестр	Электронный файл реестра счетов содержащих сведения об оказанной МП.
22.	СМО	Страховая медицинская организация
23.	СМП	Скорая медицинская помощь
24.	ТФОМС	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
25.	УЕТ	Условные единицы учета трудоемкости работы
26.	ФЛК	Форматно-логический контроль
27.	ЭКМП	Экспертиза качества медицинской помощи

III. ИНФОРМАЦИОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ВЕДЕНИИ НСИ

Статья 5. Общие принципы информационного взаимодействия при ведении НСИ

1. При информационном взаимодействии используется НСИ, применение которой регламентировано Общими принципами, а также НСИ Минздрава России и иная НСИ, используемая в системе ОМС РСО-Алания, не противоречащая НСИ, предоставленной ФОМС.

2. НСИ ведется ТФОМС РСО-Алания и размещается на официальном сайте ТФОМС РСО-Алания в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в разделе "НСИ" по ссылке <http://omsalania.ru/?q=node/301>.

3. В процессе ведения НСИ ТФОМС РСО-Алания объединяет классификаторы из федерального пакета НСИ и справочники системы ОМС РСО-Алания в актуальные пакеты НСИ, предоставляет участникам информационного взаимодействия доступ к НСИ посредством скачивания соответствующей информации на официальном сайте ТФОМС РСО-Алания.

4. Все пакеты НСИ формируются в формате XML (кодировка Windows-1251) с представлением значений элементов (записей) в виде атрибутов. Каждый пакет НСИ упаковывается в архив типа ZIP.

Статья 6. Правила ведения НСИ

1. Наименование файлов пакетов НСИ формируется по следующему правилу:

CODE.ZIP, где

CODE - является кодом справочника согласно таблице 3 Регламента.

2. Изменение в содержательной части справочника НСИ производится добавлением нового элемента (записи) с указанием периода ее действия. В этой связи справочники НСИ содержат наряду с актуальными записями (действующими на данный момент) записи, которые утратили свою актуальность (прекратившие свое действие).

Для определения периода действия соответствующей записи справочники НСИ содержат технологические поля "DATE_BEG" и "DATE_END", которые задают период ее действительности. Для установления окончания периода действия записи поле "DATE_END" заполняется датой окончания действия элемента справочника (записи в НСИ).

3. Добавление элементов в справочники НСИ производится ТФОМС РСО-Алания вследствие изменения федеральных пакетов НСИ, а также по инициативе ТФОМС РСО-Алания или по результатам рассмотрения информации, предоставленной участниками информационного обмена, по другим основаниям.

Статья 7. Перечень НСИ

В процессе информационного взаимодействия при расчетах за медицинскую помощь, оказанную ЗЛ на территории РСО-Алания применяется НСИ согласно таблице 3 Регламента.

Таблица 3

Нормативно-справочная информация

№	Код	Наименование	Примечание
1	МКВ10	Международная классификация болезней и состояний, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10)	Федеральный справочник
2	V001	Номенклатура работ и услуг в здравоохранении	Федеральный справочник.
3	V002	Классификатор профилей оказанной медицинской помощи	Федеральный справочник
4	V003	Классификатор работ (услуг) при лицензировании медицинской помощи	Федеральный справочник
5	V005	Классификатор пола застрахованного	Федеральный справочник
6	V006	Классификатор условий оказания медицинской помощи	Федеральный справочник
7	V008	Классификатор видов медицинской помощи	Федеральный справочник
8	V009	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью	Федеральный справочник
9	V010	Классификатор способов оплаты медицинской помощи	Федеральный справочник
10	V011	Государственный реестр лекарственных средств	Федеральный справочник
11	V012	Классификатор исходов заболевания	Федеральный справочник
12	V014	Классификатор форм оказания медицинской помощи	Федеральный справочник
13	V015	Классификатор медицинских специальностей	Федеральный справочник
14	V016	Классификатор типов диспансеризации	Федеральный справочник
15	V017	Классификатор результатов диспансеризации	Федеральный справочник
16	V018	Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи	Федеральный справочник
17	V019	Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи	Федеральный справочник
18	V020	Классификатор профиля койки	Федеральный справочник
19	V021	Классификатор медицинских специальностей	Федеральный справочник
20	V022	Классификатор моделей пациента при оказании высокотехнологичной медицинской помощи	Федеральный справочник
21	V023	Клинико-статистические группы	Федеральный справочник

№	Код	Наименование	Примечание
22	V024	Классификатор классификационных критериев	Федеральный справочник
23	V025	Классификатор целей посещения (KPC)	Федеральный справочник
24	V026	Классификатор клинико-профильных групп	Федеральный справочник
25	V027	Характер заболевания (C_ZAB)	Федеральный справочник
26	V028	Классификатор видов направления (NAPR_V)	Федеральный справочник
27	V029	Классификатор методов диагностического исследования (MET_ISSL)	Федеральный справочник
28	F001	Справочник территориальных фондов ОМС	Федеральный справочник
29	F002	Единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования	Федеральный справочник
30	F003	Единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования	Федеральный справочник
31	F005	Классификатор статусов оплаты медицинской помощи	Федеральный справочник
32	F006	Классификатор видов контроля	Федеральный справочник
33	F007	Классификатор ведомственной принадлежности медицинской организации	Федеральный справочник
34	F008	Классификатор типов документов, подтверждающих факт страхования по ОМС	Федеральный справочник
35	F009	Классификатор статуса застрахованного лица	Федеральный справочник
36	F010	Классификатор субъектов Российской Федерации	Федеральный справочник
37	F011	Классификатор типов документов, удостоверяющих личность	Федеральный справочник
38	F014	Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи	Федеральный справочник
39	F015	Классификатор федеральных округов	Федеральный справочник
40	Q001	Перечень ошибок ФЛК в Реестре страховых медицинских организаций	
41	Q002	Перечень ошибок ФЛК в Реестре медицинских организаций	
42	Q003	Перечень ошибок ФЛК в Реестре врачей-экспертов	
43	Q004	Перечень ошибок ФЛК в шлюзе Регионального сегмента в ЦС ИС ЕРЗ	
44	Q005	Перечень ошибок прикладной обработки в ЦС ИС ЕРЗ	

№	Код	Наименование	Примечание
45	Q006	Перечень ошибок ФЛК в шлюзе Регионального сегмента ИС ВПДП	
46	Q007	Перечень ошибок прикладной обработки в шлюзе Регионального сегмента ИС ВПДП	
46	Q008	Перечень ошибок ФЛК в шлюзе Регионального сегмента ИС МТР	
47	Q009	Перечень ошибок прикладной обработки в шлюзе Регионального сегмента ИС МТР	
48	Q010	Перечень ошибок ФЛК в заголовке пакета сообщений	
49	Q011	Перечень ошибок ФЛК в заголовке сообщения	
50	Q012	Перечень ошибок ФЛК в конце пакета сообщений	
51	Q013	Перечень ошибок ФЛК в ИС РС ЕРЗ	
52	Q014	Перечень ошибок прикладной обработки в ИС РС ЕРЗ	
53	Q015	Перечень технологических правил реализации ФЛК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи	Федеральный справочник
54	Q016	Перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи	Федеральный справочник
55	Q017	Перечень категорий проверок ФЛК и МЭК	Федеральный справочник
56	Q018	Описание правил заполнения элементов файлов информационного обмена при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи	Федеральный справочник
57	Q019	Классификатор типов передаваемых данных	Федеральный справочник
58	Q020	Классификатор типов элементов файлов информационного обмена	Федеральный справочник
59	Q021	Классификатор форматов элементов файлов информационного обмена	Федеральный справочник

№	Код	Наименование	Примечание
60	Q022	Перечень технологических правил реализации ФЛК регионального уровня в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи	
61	Q023	Перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК регионального уровня в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи	
62	N001	Классификатор противопоказаний и отказов (OnkPrOt)	Федеральный справочник
63	N009	Классификатор соответствия гистологических признаков диагнозам (OnkMrtDS)	Федеральный справочник
64	N010	Классификатор маркёров (OnkIgh)	Федеральный справочник
65	N011	Классификатор значений маркёров (OnkIghRt)	Федеральный справочник
66	N012	Классификатор соответствия маркёров диагнозам (OnkIghDS)	Федеральный справочник
67	N013	Классификатор типов лечения (OnkLech)	Федеральный справочник
68	N014	Классификатор типов хирургического лечения (OnkHir)	Федеральный справочник
69	N015	Классификатор линий лекарственной терапии (OnkLek_L)	Федеральный справочник
70	N016	Классификатор циклов лекарственной терапии (OnkLek_V)	Федеральный справочник
71	N017	Классификатор типов лучевой терапии (OnkLuch)	Федеральный справочник
72	N018	Классификатор поводов обращения (OnkReas)	Федеральный справочник
73	N019	Классификатор целей консилиума (OnkCons)	Федеральный справочник
74	N020	Классификатор лекарственных препаратов, применяемых при проведении лекарственной терапии	Федеральный справочник
75	N021	Классификатор соответствия лекарственного препарата схеме лекарственной терапии	Федеральный справочник

IV. ПРОЦЕСС ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Статья 8. Общие принципы информационного взаимодействия

1. Информационное взаимодействие - процесс обмена информацией между участниками ОМС на территории РСО-Алания в виде электронных файлов установленного формата.
2. Информационный обмен осуществляется в электронном виде по защищенным каналам связи, в случае отсутствия такой возможности – файлы передаются нарочно.
3. Организация-отправитель отвечает за подготовку и передачу данных.
4. Организация-получатель при приеме данных производит форматно-логический контроль целостности информационных файлов.
5. Структура файла реестра счетов, выгружаемого ТФОМС для СМО соответствует приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79 в действующих редакциях, в данном протоколе не приводится.

Статья 9. Сроки и порядок предоставления электронных файлов

9.1. Сроки и порядок предоставления медицинскими организациями счетов и реестров счетов к оплате за медицинские услуги

Участники информационного взаимодействия в системе ОМС должны придерживаться следующих сроков и порядка предоставления сведений:

1. МО с 15 числа отчетного месяца не менее 2-х раз направляют в ТФОМС тестовые файлы реестров счетов оказанной МП. Файлы реестров счетов формируются по типу плательщика – СМО и МТР, и предоставляются в ТФОМС отдельными файлами в формате согласно Таблице 5 данного регламента.
2. ТФОМС в течение 1-го рабочего дня после предоставления МО тестовых файлов реестров счетов проводит ФЛК и предоставляет в МО результат в формате Таблицы 8 данного регламента. МО принимает меры по исправлению выявленных ошибок.
3. При передаче реестра оказанной медицинской помощи – МО с 25 числа отчетного месяца (в случае выпадения на выходной или праздничный день – ближайший понедельник) в течение 2-х рабочих дней направляют в ТФОМС все сформированные окончательные файлы реестров счетов оказанной МП. Файлы предъявляемых к оплате реестров счетов должны содержать случаи помощи, оказанной застрахованным лицам с датой окончания лечения не ранее 26 числа месяца, предшествующего отчетному, и не позднее 25 числа отчетного месяца включительно.
4. ТФОМС через 3 рабочих дня после начала предоставления МО окончательных файлов реестров счетов(пункт 3) формирует пакет реестров в разрезе страховой принадлежности в формате согласно приложения Д приказа ФОМС от 07.04.2011 N 79 и направляет в СМО по защищенной сети ViPNet №554.

5. МО в течение 2-х рабочих дней со дня передачи ТФОМС подписывает и передает оригиналы счетов на оплату по МТР в ТФОМС не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным;
6. СМО в течение 4-х рабочих дней со дня передачи ТФОМС файлов реестров счетов проводит МЭК, результаты которого направляются в ТФОМС. СМО направляет в МО счета на оплату и акт медико-экономического контроля на бумажном носителе в 2-х экземплярах. После подписания Акта МЭК руководителем МО 1 экземпляр возвращается в СМО не позднее 5 рабочих дней с момента получения;
7. ТФОМС в течение 1-го рабочего дня, после получения результатов МЭК от СМО производит их загрузку в информационную систему фонда, а также направляет в МО файлы результатов МЭК. МО, не имеющие доступа к защищенной сети, должны самостоятельно обратиться в ТФОМС для получения своих результатов МЭК.
8. В течение 25 календарных дней после получения Акта МЭК может исправить случаи, отказанные в оплате с предоставлением реестров исправленных случаев в ТФОМС. Включение в данный реестр случаев, отсутствовавших в изначальном файле – недопустимо.

9.2. Сроки и порядок предоставления страховыми медицинскими организациями результатов медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи

1. СМО ежемесячно до 7-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, представляет в электронном виде результаты МЭЭ/ЭКМП в ТФОМС, а также Акт приема-передачи сведений о проведенных МЭЭ/ЭКМП. Каждый файл должен содержать только один тип контроля – либо МЭЭ, либо ЭКМП.
2. ТФОМС в течение 1 рабочего дня со дня получения результатов МЭЭ/ЭКМП, производит загрузку в информационную систему фонда;
3. Предоставленные СМО сведения о результатах МЭЭ/ЭКМП должны соответствовать сведениям, включенным в отчет №ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», предоставляемый СМО в ТФОМС.

Статья 10. Схема информационного взаимодействия

В процессе информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета МП, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС, в установленном Регламентом порядке осуществляются следующие этапы взаимодействия согласно таблице 4.

Таблица 4

Схема информационного взаимодействия участников информационного обмена в сфере ОМС

Этап (N п/п)	Механизм информационного взаимодействия на соответствующем этапе	Отправитель	Получатель	Правило формирования имени передаваемого пакета файлов
1	2	3	4	6
Информационное взаимодействие при выставлении и проверке реестра счетов				
1.	МО с помощью собственной ИС формирует реестр счетов за отчетный период и направляет его в ТФОМС РСО-Алания по ЗКС для прохождения ФЛК	МО	ТФОМС РСО-Алания	ХРiNiPpNr_YUMMN.XML, где X – константа, обозначающая передаваемые данные (Н – сведения об оказанной медицинской помощи, L – персональные данные пациента, V – протокол ошибок ФЛК); P _i – параметр, определяющий организацию-источник (Т – ТФОМС; S – СМО; M – МО); N _i – номер источника (код ТФОМС, СМО или МО); P _p – параметр, определяющий организацию – получателя (Т – ТФОМС; S – СМО; M – МО); N _p – номер получателя (код ТФОМС, 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).
2.	ТФОМС РСО-Алания проводит первичную обработку (ФЛК) реестров счетов, полученных от МО, и направляет в МО результаты ФЛК в формате согласно таблице 8 Регламента	ТФОМС РСО-Алания	МО	
3.	ТФОМС РСО-Алания по сведениям, содержащимся в реестре счетов полученном от МО, проводит загрузку	ТФОМС РСО-Алания	МО	

	сведений из реестра счетов в базу данных ТФОМС РСО-Алания			
4.	В случае успешного прохождения реестром счетов действий, предусмотренных пунктом 3 таблицы 4 Регламента, ТФОМС РСО-Алания направляет в СМО пакет сформированных электронных реестров в соответствующем приказу ФОМС от 07.04.2011 N 79 формате.	ТФОМС РСО-Алания	СМО	В соответствии с приложением Д приказа ФОМС от 07.04.2011 N 79.
9.	МО направляет в ТФОМС РСО-Алания реестр счетов и иные необходимые документы содержащие сведения об оказанной МП по тем случаям, в которых плательщиком определен ТФОМС РСО-Алания (МТР)	МО	ТФОМС РСО-Алания	VZRXPiNiPpNp_YYMMN.XML , где VZR - константа, обозначающая реестр медпомощи, оказанной гражданам, застрахованным в других субъектах РФ, далее – аналогично п. 1.
10.	СМО проводит следующие действия: сверку соответствия реестра счетов, полученного от МО, с комплектом документов; в случае невозможности сопоставления информации, либо выявления различий в предоставленной информации, приводящих к невозможности проведения МЭК, СМО не принимает к обработке реестр счетов и комплект документов, о чем извещает МО;	СМО	МО	
11.	проводит МЭК реестра счетов с применением установленных кодов;			
12.	проводит в установленном порядке МЭЭ и ЭКМП			
13.	СМО направляет в ТФОМС РСО-Алания сведения о результатах проведенного	СМО	ТФОМС РСО-Алания	ZZXXXXXT15MYYYYYY_YYM MN.XML , где ZZ – код типа контроля:

	контроля в формате согласно таблице 6 Регламента, в том числе сведения о неоплатах и уменьшении финансирования, по случаям, содержащимся в реестре счетов			ES – результаты МЭК; ER – результаты МЭЭ; ET – результаты ЭКМП. XXXXX – Код СМО YYYYYY – Код 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. Под отчетным периодом подразумевается период счета от МО, но не период, в котором проведена экспертиза.
14.	СМО направляет в МО документы о результатах МЭК.	СМО	МО	
15.	МО по результатам рассмотрения документов о результатах МЭК направляет в СМО подписанный акт МЭК превышения объемов, либо информацию о разногласиях в порядке, определенном соглашением сторон	МО	СМО	
16.	ТФОМС РСО-Алания проводит следующие действия: сверку сведений из реестра счетов, полученного от МО по тем случаям, в которых плательщиком определен ТФОМС РСО-Алания (МТР), с комплектом документов, полученных от МО; в случае невозможности сопоставления информации, либо выявления различий в предоставленной информации, приводящих к невозможности проведения МЭК, ТФОМС РСО-Алания не принимает к обработке реестр счетов и	ТФОМС	МО	

	комплект документов, о чем извещает МО			
17.	проводит в автоматическом режиме МЭК с применением установленных кодов	ТФОМС	--	
18.	ТФОМС РСО-Алания направляет в МО: документы о результатах контроля, проведенного в порядке, установленном ФОМС; сведения о результатах проведенного контроля в формате согласно таблице 6 Регламента, в том числе сведения о неоплатах и уменьшении финансирования, по случаям, содержащимся в реестре счетов	ТФОМС	МО	
19.	ТФОМС РСО-Алания в установленном порядке проводит МЭЭ и ЭКМП	ТФОМС РСО- Алания ТФОМС РСО- Алания	МО МО	
20.	МО по результатам рассмотрения документов о результатах контроля направляет в ТФОМС РСО-Алания подписанный акт либо информацию о разногласиях в порядке, определенном соглашением сторон			
21.	МО по полученным результатам МЭК, проведенного СМО и ТФОМС РСО-Алания			

	исправляет выявленные ошибки в отказанных случаях			
22.	МО формирует и направляет дополнительный реестр счетов в ТФОМС РСО-Алания для прохождения ФЛК и идентификации ЗЛ которым оказана МП	МО	ТФОМС РСО-Алания	В соответствии с п.1.
23.	Дополнительные реестры счетов проходят полный технологический цикл проверки	МО	ТФОМС РСО-Алания СМО	

Статья 11. Структура файлов информационного обмена

Правила заполнения информационных файлов

В настоящем описании используются следующие сокращения для описания типов полей формата XML (столбец «Тип»):

- О - обязательный для заполнения реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
- Н - необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается (не создается в ветке);
- У - условно-обязательный реквизит. При наличии сведений должен передаваться (может быть обязательным при наличии каких-либо условий). При отсутствии, не передается (не создается в ветке);
- М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам. Таким образом, тегом этого типа может быть несколько подряд идущих в одной ветке (в одном элементе);
- S - Элемент является новым элементом (новой веткой); составной элемент, описывается отдельно.

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

- T - тестовое поле. Максимальная длина поля указывается в скобках;
- N - <число>, в случае указания не целочисленного значения указывается количество знаков до разделителя (в целочисленной части), символ используемого разделителя и количество десятичных знаков;
- D - дата в формате ГГГГ-ММ-ДД.

В столбце "Наименование" указывается наименование элемента или атрибута.

В столбце "Дополнительная информация" указывается информация необходимая для заполнения полей реестра.

Файл ПДН (L-файл) не должен содержать повторяющиеся данные о пациенте, таким образом, записи о пациентах должны быть уникальные в пределах одного файла.

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

<i>Символ</i>	<i>Способ кодирования</i>
двойная кавычка ("")	";
одинарная кавычка (')	';
левая угловая скобка ("<")	<;
правая угловая скобка (">")	>;
амперсант ("&")	&;

Таблица 5. Структура файла со сведениями об оказанной медицинской помощи.

(Передается из МО в ТФОМС)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о медпомощи).</i>					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла.	
	SCHET	O	S	Счёт.	Информация о счёте.
	ZAP	OM	S	Записи.	Записи о случаях оказания МП.
<i>Заголовок файла.</i>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия.	Значение «3.1».
	DATA	O	D(10)	Дата.	В формате ГГГГ-ММ-ДД.
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла.	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество записей в файле.	Указывается количество записей о случаях оказания МП, включённых в файл.
	TEST	O	N(1)	Признак тестовой выгрузки.	1 – да; 0 - нет (окончательная выгрузка).
	VER_PO	O	T(50)	Версия ПО, в котором сформирован реестр.	Внутренний код разработчика.
<i>Счёт.</i>					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета.	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО.	Код МО - юридического лица. Справочник F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год.	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц.	
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта.	
	DSCHET	O	D(10)	Дата выставления счёта.	В формате ГГГГ-ММ-ДД.
	PLAT	Y	T(5)	Платательщик. Реестровый номер СМО.	Справочник F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	Сумма всех записей реестра.
	SUMMAP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС).	Заполняется СМО (ТФОМС).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК).	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК, заполняется накопительно. Не заполняется МО.
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ).	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ, заполняется накопительно. Не заполняется МО.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП).	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП, заполняется накопительно. Не заполняется МО.
Записи.					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи.	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи.	0 – сведения об оказанной МП передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте.	
	SLUCH	OM	S	Сведения о случае.	Сведения о случае оказания МП.
Сведения о пациенте.					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте.	Заполняется ЕНП или уникальным идентификатором из файла ПДН (только для МТР).
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС.	Справочник F008.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС.	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС.	Для полисов единого образца указывается ЕНП.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Справочник 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 страхования.	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_NAM	У	T(250)	Наименование СМО.	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	NOVOR	О	T(9)	Признак новорожденного.	Указывается в случае оказания МП ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует; Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П - пол ребёнка. Справочником 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.	Указывается при оказании МП недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
	MSE	У	N(1)	Направление на МСЭ.	1 - указывается в случае передачи МО направления на МСЭ в бюро МСЭ.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	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).
<i>Сведения о случае.</i>					
SLUCH	IDCASE	O	N(11)	Номер записи в реестре случаев.	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания МП.	Классификатор условий оказания МП. Справочник V006.
	VIDPOM	O	N(4)	Вид МП.	Классификатор видов МП. Справочник V008.
	FOR_POM	O	N(1)	Форма оказания Мп.	Классификатор форм оказания МП. Справочник V014
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию).	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. 1.Обязательно для ДС; 2.Обязательно для КС при ПЛАНОВОЙ госпитализации; 3. Обязательно для услуг КТ и МРТ; 4. МП при подозрении на ЗНО или установленном диагнозе ЗНО (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00 - C80 или C97) при направлении из другой МО

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NPR_DATE	У	D(10)	Дата направления.	Заполняется на основании направления на лечение. Обязательно при заполнении поля NPR_MO.
	NPR_NOM	У	T(10)	Номер направления.	Заполняется на основании направления на лечение. Обязательно при заполнении поля NPR_MO.
	EXTR	У	N(2)	Направление (госпитализация).	1 – плановая; 2 – экстренная.
	LPU	О	T(6)	Код МО.	Код МО лечения. Справочник F003.
	KOD_TP	У	T(8)	Подразделение МО.	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	У	N(12)	Код отделения.	Отделение МО лечения из регионального справочника. Обязательно для КС и ДС.
	PROFIL	О	N(3)	Профиль.	Справочник V002.
	PROFIL_K	У	N(3)	Профиль койки.	Справочник V020. Обязательно к заполнению для КС и ДС.
	DET	О	N(1)	Признак детского профиля.	0 - нет; 1 - да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной МП.
	P_CEL	У	T(3)	Цель посещения.	Справочник V025. Обязательно к заполнению только для АПП.
	NHISTORY	О	T(50)	Номер талона амбулаторного пациента (истории болезни).	Записывается уникальный идентификатор случая внутри информационной системы МО для обработки ФЛК.
	DATE_1	О	D(10)	Дата начала лечения.	
	DATE_2	О	D(10)	Дата окончания лечения.	
	DS0	Н	T(10)	Диагноз первичный.	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). Указывается при наличии.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DS1	О	T(10)	Диагноз основной.	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). При DS_ONK=0 первый символ кода основного диагноза должен быть "С", код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или код основного диагноза D70 при сопутствующем диагнозе, равном С97 или входящем в диапазон С00 - С80
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания.	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания.	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (не указание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	C_ZAB	У	N(1)	Характер основного заболевания	Справочник V027. Обязательно к заполнению: -при оказании амбулаторной помощи, если основной диагноз DS1 не входит в рубрику Z -при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза –«С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) нейтропении (код основного диагноза – D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97). Обязательно для ВМП.
	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.
	VNOV_M	УМ	N(4)	Вес при рождении.	Указывается при оказании МП недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.
	CODE_MES1	УМ	T(20)	Код стандарта медицинской помощи	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	CODE_MES2	У	T(20)	Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания.	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	CEL_OBSL	O	N(2)	Цель обслуживания.	1 - лечебно-диагностическая; 2 - консультативная; 3 - диспансерное наблюдение; 4 - профосмотр; 5 - прочие цели; 6 - диспансеризация студентов; 7 - диспансеризация взрослых; 8 - диспансеризация детей-сирот; 9 - диспансеризация детей из патронатных семей; 0 - диспансеризация участников ВОВ, блокадники, бывшие узники концлагерей; 10 - неотложная помощь. 1 - для КС и ДС.
	POL_VIS	У	N(3)	Количество посещений в поликлинике (к/д в КС и ДС).	Для КС - количество койко-дней. Для ДС – количество пациента-дней. Для АПП – количество посещений в случае.
	HOM_VIS	У	N(2)	Количество посещений на дому.	1 - если неотложная помощь на дому.
	RSLT	O	N(3)	Результат обращения/госпитализации.	Классификатор результатов обращения за МП. Справочник V009.
	ISHOD	O	N(3)	Исход заболевания.	Классификатор исходов заболевания. Справочник V012.
	PRVS	O	N(4)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон.	Классификатор медицинских специальностей. Справочник V021.
	VERS_SPEC	O	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей.	Классификатор медицинских специальностей. Справочник V021.
	IDDOKT	O	T(25)	Код врача, закрывшего талон/историю болезни.	Территориальный справочник. Используется СНИЛС врача с разделителями.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SPEC_END	O	N(4)	Код должности врача, закрывшего талон/историю болезни.	Территориальный справочник.
	POVTOR	O	N(1)	Случай обслуживания.	1 - первичный; 2 - повторный.
	ZAKONCH	O	N(1)	Признак законченного случая.	1 - законченный; 2 - незаконченный.
	OS_SLUCH	HM	N(1)	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью.	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 - МП оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 - в документе, удостоверяющем личность пациента/родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.
	CEL1	O	N(1)	Код цели.	1 - обращение по поводу заболевания; 4 - посещение с профилактической целью; 7 - посещения для оказания неотложной мед. помощи; 8 - СМП; 0 - для КС и ДС.
	TYPE_MN	O	N(1)	Тип основного заболевания.	Территориальный справочник. 0 - пациент здоров; 1 - острое заболевание; 2 - впервые в жизни зарегистрированное хроническое; 3 - известное ранее хроническое; 5 - отравление; 6 - травма; 7 - производственная травма; 8 - обострение хронического; 9 - для КС и ДС.
	DISP	Y	T(3)	Тип диспансеризации.	Справочник V016. Должно соответствовать CEL_OBSL.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	RSLT_D	У	N(2)	Результат диспансеризации.	Классификатор результатов диспансеризации. Справочник V017. Должно соответствовать CEL_OBSL и DISP.
	OBR	О	N(1)	Признак обращения.	1 – для обращения по поводу заболевания в АПП; 0 - для КС, ДС и разовых посещений.
	TIMEV	У	T(5)	Время вызова скорой помощи.	В формате ЧЧ:ММ, где ЧЧ - часы, ММ – минуты.
	TIMER	У	T(5)	Время прибытия скорой помощи.	В формате ЧЧ:ММ, где ЧЧ - часы, ММ - минуты.
	TL	О	T(1)	Признак тромболизиса.	0 - нет; 1 - да.
	VIDTR	У	T(1)	Вид травмы.	1 - бытовая; 2 - уличная; 3 - транспортная; 4 - ДТП; 5 - школьная; 6 - спортивная; 7 - прочие.
	IDSP	О	N(2)	Код способа оплаты МП.	Классификатор способов оплаты МП. Справочник V010.
	KOD_KSG	У	N(5)	Код КСГ.	Справочник V023.
	REAB	У	N(1)	Признак реабилитации.	1 - только для случаев реабилитации.
	VB_P	У	N(1)	Признак внутрибольничного перевода.	1 - только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом.
	VID_HMP	У	T(12)	Вид ВМП	Классификатор видов ВМП. Справочник V018
	METOD_HMP	У	N(3)	Метод ВМП	Классификатор методов ВМП. Справочник V019.
	TAL_D	У	D(10)	Дата выдачи талона на ВМП.	Обязательно для ВМП. Заполняется на основании талона на ВМП
	TAL_P	У	D(10)	Дата планируемой госпитализации.	Обязательно для ВМП. Заполняется на основании талона на ВМП.
	TAL_NUM	У	T(20)	Номер талона на ВМП.	Обязательно для ВМП. Заполняется на основании талона на ВМП.
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты МП.	Для стоматологии количество УЕТ.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	КС и ДС - базовая ставка согласно справочника RSA012; АПП - тариф согласно приложений к тарифному соглашению. Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе ЗНО (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00 - C80 или C97).
	SUMV	О	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	
	OPLATA	У	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0 - не принято решение об оплате; 1 - полная; 2 - полный отказ; 3 - частичный отказ.
	SUMP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС).	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по случаю.	Равна сумме описанных в элементе SANK.
	P_PER	У	N(1)	Признак поступления/перевода.	Обязательно для ДС и КС. 1 - Самостоятельно; 2 - СМП; 3 - Перевод из другой МО; 4 - Перевод внутри МО с другого профиля.
	VBR	У	N(1)	Признак мобильной медицинской бригады.	Обязательно для случаев диспансеризации. 0 - нет; 1 - да.
	P_OTK	У	N(1)	Признак отказа.	Обязательно для случаев диспансеризации. 0 - значение по умолчанию; 1 - указывается в случае отказа.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DS1_PR	У	N(1)	Установлен впервые (основной).	Для случаев диспансеризации. 1 - указывается если основной диагноз выявлен впервые в результате проведенной диспансеризации/профилактического медицинского осмотра.
	PR_D_N	У	N(1)	Признак диспансерного наблюдения.	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит; 2 – взят; 3 - не подлежит диспансерному наблюдению. Обязательно при заполнении DISP.
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле.	Номер истории болезни или талона АПП.
	KSLP_P	У	N(1)	Признак применения КСЛП.	Присутствие представителя в КС с ребенком.
	BARTEL	У	N(3)	Индекс Бартела.	Значение в диапазоне от 0 до 100. Может заполняться в КС.
	PERS_POST	У	N(1)	Признак необходимости развертывания индивидуального поста.	1 - указывается в случае необходимости развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям.
	DATE_R1	У	D(10)	Дата начала лечения в реанимации.	
	DATE_R2	У	D(10)	Дата окончания лечения в реанимации.	
	SOST	У	T(5)	Оценка состояния пациента.	Схема лечения по онкологии, оценка по шкале для реабилитации. Обязательно для профиля «Медицинская реабилитация».

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DS_ONK	У	N(1)	Признак подозрения на ЗНО.	Обязательно для ВМП, диспансеризации и при установленном основном диагнозе ЗНО (первый символ кода диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код диагноза D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97). 0 - при отсутствии подозрения на ЗНО; 1 - при выявлении подозрения на ЗНО.
	ONK_SL	У	S	Сведения о случае лечения онкологического заболевания.	Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97), если (USL_OK не равен 4 и REAB не равен 1 и DS_ONK не равен 1)
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях.	Описывает санкции, примененные в рамках данного случая
	DS2_N	УМ	S	Сопутствующие заболевания.	Для случаев диспансеризации.
	NAZ	УМ	S	Назначения	Указывается отдельно для каждого назначения.
	KSG_KPG	У	S	Сведения о КСГ.	Заполняется при оплате случая лечения по КСГ.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	USL	УМ	S	Сведения об услуге.	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе ЗНО (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00 - C80 или C97) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии
	NAPR	УМ	S	Сведения об оформлении направления.	Обязательно заполняется только в случае оформления направления при подозрении на ЗНО (DS_ONK=1) или установленном диагнозе ЗНО (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00 - C80 или C97).
	CONS	УМ	S	Сведения о проведении консилиума	Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения. Обязательно заполняется при установленном диагнозе ЗНО (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00 - C80 или C97).
Сведения о случае лечения онкологического заболевания					
ONK_SL	DS1_T	O	N(2)	Повод обращения.	Справочник N018.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	STAD	У	N(3)	Стадия заболевания.	Справочник N002. Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2}).
	ONK_T	У	N(4)	Значение Tumor.	Справочник N003. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет.
	ONK_N	У	N(4)	Значение Nodus.	Справочник N004. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет.
	ONK_M	У	N(4)	Значение Metastasis	Справочник N005. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет.
	MTSTZ	У	N(1)	Признак выявления отдалённых метастазов.	Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1_T=1 или DS1_T=2) при выявлении отдалённых метастазов обязательно к заполнению значением 1
	SOD	У	N(4.2)	Суммарная очаговая доза.	Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0».
	K_FR	У	N(2)	Количество фракций проведения лучевой терапии	Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4) Может принимать значение 0.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	WEI	У	N(3.1)	Масса тела (кг)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела.
	HEI	У	N(3)	Рост(см)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела.
	BSA	У	N(1.2)	Площадь поверхности тела (м²)	
	B_DIAG	УМ	S	Диагностический блок.	Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах
	B_PROT	УМ	S	Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах.	Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения.
	ONK_USL	ОМ	S	Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания	Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2) при проведении противоопухолевого лечения (DS1T={0,1,2})
Диагностический блок.					
B_DIAG	DIAG_DATE	О	D(10)	Дата взятия материала.	Указывается дата взятия материала для проведения диагностики.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DIAG_TIP	O	N(1)	Тип диагностического показателя.	При отсутствии DIAG_DATE обязательно к заполнению значениями: 1 - гистологический признак; 2 - маркёр (ИГХ).
	DIAG_CODE	O	N(3)	Код диагностического показателя.	При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010.
	DIAG_RSLT	Y	N(3)	Код результата диагностики.	Указывается при наличии сведений о результате диагностики (REC_RSLT=1). При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011.
	REC_RSLT	Y	N(1)	Признак получения результата диагностики	Заполняется значением "1" в случае получения результата диагностики
Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах.					
B_PROT	PROT	O	N(1)	Код противопоказания или отказа.	Справочник N001.
	D_PROT	O	D(10)	Дата регистрации противопоказания или отказа.	
Сопутствующие заболевания.					
DS2_N	DS2	O	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS2_PR	Y	N(1)	Установлен впервые (сопутствующий).	1 - указывается если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации/профилактического медицинского осмотра.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	PR_DS2_N	У	N(1)	Признак диспансерного наблюдения.	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания: 1 - состоит; 2 - взят; 3 - не подлежит диспансерному наблюдению. Обязательно при заполнении DISP.
Назначения					
NAZ	NAZ_N NAZ_R	О	N(2)	Номер по порядку	
		У	N(2)	Назначения.	Обязательным для случаев диспансеризации взрослого населения (ДВ1, ДВ2, ДВ3), только при присвоении группы здоровья, кроме I и II. 1 - направлен на консультацию в МО по месту прикрепления; 2 - направлен на консультацию в иную МО; 3 - направлен на обследование; 4 - направлен в ДС; 5 - направлен на госпитализацию; 6 - направлен в реабилитационное отделение.
	NAZ_SP	У	N(4)	Специальность врача.	Заполняется, если в поле NAZR проставлены коды: 1 или 2. Справочник V021.
	NAZ_V	У	N(1)	Метод диагностического исследования.	Заполняется, если NAZ_R=3. Справочник V029.
	NAZ_USL	У	T(15)	Медицинская услуга (код), указанная в направлении	Заполняется только при направлении на обследование в случае подозрения на ЗНО (NAZ_R=3 и DS_ONK=1). Справочник V001.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NAPR_DATE	У	D(10)	Дата направления	Обязательно заполнение только при направлении на консультацию в другую МО или на обследование в случае подозрения на ЗНО: (NAZ_R= 2 или 3 и DS_ONK=1)
	NAPR_MO	У	T(6)	Код МО, куда оформлено направление	Справочник F003. Код МО - юридического лица. Обязательно заполнение только при направлении на консультацию в другую МО или на обследование в случае подозрения на ЗНО: (NAZ_R= 2 или 3 и DS_ONK=1)
	NAZ_PMP	У	N(3)	Профиль МП.	Заполняется, если в поле NAZR проставлены коды 4 или 5. Справочник V002.
	NAZ_PK	У	N(3)	Профиль койки.	Заполняется, если в поле NAZR проставлен код 6. Справочник V020.
Сведения о КСГ.					
KSG_KPG	N_KSG	О	T(20)	Номер КСГ.	Номер КСГ с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ. Справочник V023.
	VER_KSG	О	N(4)	Модель определения КСГ.	Указывается версия модели определения КСГ (год).
	KSG_PG	О	N(1)	Признак использования подгруппы КСГ.	0 - подгруппа КСГ не применялась; 1 - подгруппа КСГ применялась.
	KOEF_Z	О	N(2.5)	Коэффициент затратоемкости.	Значение коэффициента затратоемкости КСГ.
	KOEF_UP	О	N(2.5)	Управленческий коэффициент.	Значение управленческого коэффициента для КСГ. 1 - указывается при отсутствии.
	BZTSZ	О	N(6.2)	Базовая ставка.	Значение базовой ставки, указывается в рублях.
	KOEF_D	О	N(2.5)	Коэффициент дифференциации.	Значение коэффициента дифференциации.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	KOEF_U	O	N(2.5)	Коэффициент уровня/подуровня оказания МП.	Значение коэффициента уровня/ подуровня оказания МП.
	CRIT	УМ	T(10)	Классификационный критерий.	Классификационный критерий V024, в том числе установленный субъектом Российской Федерации. Обязателен к заполнению: - в случае применения при оплате случая лечения по КСГ; - в случае применения при оплате случая лечения по КПП, если применен региональный классификационный критерий; - в случае применения при злокачественном новообразовании: - лучевой терапии (кроме радионуклидной терапии), - лекарственных препаратов, применяемых в сочетании с лучевой терапией, - схемы лекарственной терапии, указанной в группировщике КСГ
	SL_K	O	N(1)	Признак использования КСЛП.	0 - КСЛП не применялся; 1 - КСЛП применялся.
	IT_SL	У	N(1.5)	Применённый КСЛП.	Итоговое значение КСЛП для данного случая. Указывается только при использовании.
	SL_KOEF	УМ	S	Коэффициенты сложности лечения пациента.	Сведения о применённых КСЛП. Указывается при наличии IT_SL.
Коэффициенты сложности лечения пациента.					
SL_KOEF	IDSL	O	N(4)	Номер КСЛП.	В соответствии с региональным справочником RSA011.
	Z_SL	O	N(1.5)	Значение КСЛП.	
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкции.	Уникален в пределах случая.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	S_SUM	O	N(15.2)	Финансовая санкция.	При не выявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0.
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля.	Справочник F006. Классификатор видов контроля.
	SL_ID	YM	T(36)	Идентификатор случая	Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S_SUM не равна 0
	S_OSN	O	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты.	Справочник F014. Классификатор причин отказа в оплате МО. Обязательно к заполнению если S_SUM не равна 0.
	DATE_ACT	O	D(10)	Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП.	
	NUM_ACT	O	T(30)	Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП.	
	CODE_EXP	YM	T(8)	Код эксперта качества медицинской помощи.	Справочник F004. Реестр экспертов качества медицинской помощи. Обязательно к заполнению для экспертиз качества медицинской помощи (S_TIP>=30).
	S_COM	Y	T(250)	Комментарий.	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник.	1 - СМО к МО; 2 - ТФОМС к МО; 3 - ТФОМС к СМО.
Сведения об услуге.					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг.	
	LPU	O	T(6)	Код МО.	МО лечения. Справочник F003.
	KOD_TP	Y	T(8)	Подразделение МО.	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	Y	N(12)	Код отделения.	Отделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	O	N(3)	Профиль.	Справочник V002.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе ЗНО (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00 - D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00 - C80 или C97) : - для ВМП в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии. - для услуг диализа, - для услуг оказания которых является тарифообразующим, - в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий.
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля.	0 - нет; 1 - да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной МП.
	DATE_IN	O	D(10)	Дата начала оказания услуги.	
	DATE_OUT	O	D(10)	Дата окончания оказания услуги.	
	DS	O	T(10)	Диагноз.	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги.	Территориальный классификатор услуг. Номенклатурный код услуги (для стоматологии, КС и ДС).
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг.	Кратность услуги (для АПП, КС и ДС). Количество УЕТ (для стоматологии).
	TARIF_USL	O	N(15.2)	Тариф.	
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате в рублях.	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу.	Классификатор медицинских специальностей (должностей). Справочник V021.
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу.	В соответствии с территориальным справочником (указывается СНИЛС).
	F_ZUB	Y	N(2)	Формула зуба.	Заполняется только в случае оказания стоматологической помощи.
	VIS_ZUB	Y	N(2)	Кратность услуги.	Заполняется только в случае оказания стоматологической помощи.
	COMENTU	Y	T(250)	Служебное поле	
	NPL	Y	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.
	P_OTK	O	N(1)	Признак отказа от услуги	0 - значение по умолчанию; 1 - указывается в случае отказа.
	PR_ANAST	Y	N(1)	Признак анестезии.	1 - общая; 2 - местная; 3 - региональная; 4 - без анестезии. Указывается если при оказании услуги требуется анестезия.
Сведения об оформлении направления.					
NAPR	NAPR_DATE	O	D(10)	Дата направления.	
	NAPR_MO	Y	T(6)	Код МО, куда оформлено направление	Код МО - юридического лица. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО. Справочник F003.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NAPR_V	O	N(2)	Вид направления.	Справочник V028.
	MET_ISSL	Y	N(2)	Метод диагностического исследования.	Если NAPR_V=3. Справочник V029.
	NAPR_USL	Y	T(15)	Медицинская услуга (код), указанная в направлении.	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг. Справочник V001. Обязательно к заполнению при заполненном MET_ISSL.
Сведения о проведении консилиума					
CONS	PR_CONS	O	N(1)	Цель проведения консилиума	Справочник N019.
	DT_CONS	Y	D(10)	Дата проведения консилиума	Обязательно к заполнению, если консилиум проведен (PR_CONS={1,2,3}).
Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания					
ONK_USL	USL_TIP	O	N(1)	Тип услуги.	Справочник N013.
	HIR_TIP	Y	N(1)	Тип хирургического лечения.	Справочник N014. Заполняется при USL_TIP=1. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 1.
	LEK_TIP_L	Y	N(1)	Линия лекарственной терапии.	Справочник N015. Заполняется при USL_TIP=2. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 2.
	LEK_TIP_V	Y	N(1)	Цикл лекарственной терапии.	Справочник N016. Заполняется при USL_TIP=2. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 2.
	LEK_PR	УМ	S	Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате	Обязательно заполняется при USL_TIP=2 или USL_TIP=4.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	PPTR	У	N(1)	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса	Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала
	LUCH_TIP	У	N(1)	Тип лучевой терапии.	Справочник N017. Заполняется при USL_TIP=3 или USL_TIP=4. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 3 или 4.
Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате					
LEK_PR	REGNUM	О	T(6)	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии	Заполняется в соответствии с классификатором N020.
	CODE_SH	О	T(6)	Код схемы лекарственной терапии	Заполняется: 1. кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024 при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше; 2. значением «нет» при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет, и злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DATE_INJ	OM	D(10)	Дата введения лекарственного препарата	

Таблица 6. Структура файла персональных данных.

(Передается из МО в ТФОМС)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о медпомощи).</i>					
PERS_LIS T	ZGLV	O	S	Заголовок файла.	Информация о передаваемом файле.
	PERS	OM	S	Данные.	Содержит ПДН пациента.
<i>Заголовок файла.</i>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия.	Значение «3.2».
	DATA	O	D(10)	Дата.	В формате ГГГГ-ММ-ДД.
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла.	Имя файла без расширения.
	FILENAME1	O	T(26)	Имя основного файла.	Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения.
<i>Данные.</i>					
PERS	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте.	Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной МП.
	FAM	Y	T(40)	Фамилия пациента.	Должно встречаться хотя бы одно из значений FAM (фамилия) или IM (имя). Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.
	IM	Y	T(40)	Имя пациента.	
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента.	
	W	O	N(1)	Пол пациента.	Справочник V005.
	DR	O	D(10)	Дата рождения пациента.	
	FAM_P	Y	T(40)	Фамилия представителя пациента.	Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Обязательно если значение
	IM_P	Y	T(40)	Имя представителя пациента.	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	OT_P	у	T(40)	Отчество представителя пациента.	поля NOVOR отлично от нуля.
	W_P	у	N(1)	Пол представителя пациента.	
	DR_P	у	D(10)	Дата рождения представителя пациента.	
	MR	у	T(100)	Место рождения пациента или представителя.	
	DOCTYPE	у	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	Классификатор типов документов, удостоверяющих личность. Справочник F011. При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	DOC SER	у	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя.	При указании ЕНП в основном файле, поле может не заполняться.
	DOC NUM	у	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя.	При указании ЕНП в основном файле, поле может не заполняться.
	DOC DATE	у	D(10)	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП в основном файле, поле может не заполняться.
	DOC ORG	у	T(1000)	Наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность	При указании ЕНП в основном файле, поле может не заполняться.
	SNILS	у	T(14)	СНИЛС.	СНИЛС с разделителями. При наличии.
	OKAT OG	у	T(11)	Код места жительства по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений.
	OKAT OP	у	T(11)	Код места пребывания по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений.
	ADRES	у	T(100)	Адрес регистрации лица	Адрес регистрации по месту жительства.
	WORKER	у	T(1)	Работающий/неработающий	T - работающий; F - неработающий.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	LPU_P	O	T(6)	Код МО прикрепления пациента	Указывается на дату начала лечения. При изменении прикрепления в пределах отчетного периода создается вторая запись с другим ID_PAC
	TEL	У	T(20)	Телефон пациента	Информация для страхового представителя.

Таблица 7. Структура файла с протоколом ФЛК

(Передается из ТФОМС в МО)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о медпомощи).</i>					
FLK_P	FNAME	O	T(24)	Имя файла протокола ФЛК.	
	FNAME_I	O	T(24)	Имя исходного файла.	
	PR	HM	S	Причина отказа.	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках.
<i>Причины отказа.</i>					
PR	OSHIIB	O	T (12)	Код ошибки	Идентификатор проверки в соответствии с классификатором Q015
	N_ZAP	O	N(36)	Номер записи.	Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка.
	IDCASE	Y	N(11)	Номер записи в реестре случаев.	Номер случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «SLUCH», в том числе во входящих в него услугах).
	IDSERV	Y	T(36)	Номер записи в реестре услуг.	Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL»).
	NHISTORY	O	T(50)	Номер талона амбулаторного пациента (истории болезни).	
	TYP	O	N(3)	Код ошибки.	
	ZN_POL	Y	T (100)	Значение поля	Значение поля, вызвавшее ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	NSCHET	Y	T (15)	Номер счета	Номер счета, в котором обнаружена ошибка.
	ID_PAC	Y	T (36)	Код записи о пациенте	Код записи о пациенте, в которой обнаружена ошибка. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	COMMENT	Y	T(250)	Комментарий.	

Статья 12. Технологическая инструкция по автоматизации процедуры расчета стоимости счета на медицинскую услугу

В связи с необходимостью автоматизации процедуры изменения тарифов на медицинские услуги, оказываемые медицинскими организациями в рамках территориальной программы ОМС, вводятся в действие единые правила действий субъектов ОМС при расчете стоимости медицинских услуг и представления счетов к оплате.

1. Правила математического округления при расчете тарифа с применением коэффициента состоит в следующем:
 - а) при расчете стоимости случая операция округления производится последним действием;
 - б) если полученная в результате умножения тарифа на коэффициенты сумма содержит тысячные доли рублей (десятые доли копейки), которые равны или превышают 5, производится увеличение полученной суммы на 1 копейку;
 - б) если полученная в результате умножения тарифа на необходимые коэффициенты сумма содержит тысячные доли рублей (десятые доли копейки), которые не превышают 0.5, увеличение полученной суммы не производится.
2. Выбор и применение тарифа для расчета стоимости случая обслуживания по всем видам медицинских организаций не зависит от даты выставления счета на оплату.
3. Выбор и применение тарифа для расчета стоимости счета производится только по дате окончания лечения.
4. Действия по оплате счетов в случае распространения срока действия измененных тарифов на период, предшествующий дате принятия решения:
 - а) СМО: если реестры счетов, переданные медицинскими организациями, содержат счета, стоимость лечения которых рассчитана по тарифам предыдущего тарифного периода, СМО полностью возвращает такие реестры счетов обратным потоком с признаком отказа "5.4.2"
 - б) медицинским организациям: возвращенные реестры счетов подлежат пересчету по действующим тарифам и выставляются как повторные для оплаты в СМО.

Статья 13. Формат региональных справочников

**Таблица 8. Структура справочника коэффициентов сложности лечения пациента
RSA011**

№	XML-имя	Тип (обязательность условия)	Тип	Размер	Содержание
1	packet				Корневой элемент
1.1	zglv				Информация о справочнике
1.1.1	type	O	Char	10	Заполняется значением: SLK
1.1.2	version	O	Char	3	1.0
1.1.3	date	O	Date	-	Дата создания файла
1.2	zap				Запись
1.2.1	IDSL	O	Num	4	Номер применяемого коэффициента
1.2.2	NPR	O	Num	2	Номер причины из приложения N 3 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. При "0" – нет соответствия..
1.2.3	ZKOEf	O	Num	1.10	Значение коэффициента
1.2.4	USLKOEf	O	Char	1000	Условие применения коэффициента
1.2.5	DATEBEG	O	Date	-	Дата начала действия записи
1.2.6	DATEEND	Y	Date	-	Дата окончания действия записи

Таблица 9. Структура справочника базовой ставки RSA012

N	XML-имя	Тип (обязательность условия)	Тип	Размер	Содержание
1	packet				Корневой элемент
1.1	zglv				Информация о справочнике
1.1.1	type	O	Char	10	Заполняется значением: BZST
1.1.2	version	O	Char	3	2.0
1.1.3	date	O	Date	-	Дата создания файла
1.2	zap				Запись
1.2.1	IDBZTS	O	Num	2	Номер по порядку
1.2.2	IDUMP	O	Num	1	Код условий оказания медицинской помощи. Заполняется в соответствии с классификатором V006
1.2.3	BZTSZ	O	Num	6.2	Значение базовой ставки, указывается в рублях
1.2.4	DATEBEG	O	Date	-	Дата начала действия записи
1.2.5	DATEEND	Y	Date	-	Дата окончания действия записи

Таблица 10. Структура справочника базового тарифа на оплату диализа RSA013

№	XML-имя	Тип (обязательность условия)	Тип	Размер	Содержание
1	packet				Корневой элемент
1.1	zglv				Информация в справочнике
1.1.1	type	O	Char	10	Заполняется значением: BD
1.1.2	version	O	Char	3	1.0
1.1.3	date	O	Date	-	Дата создания файла
1.2	zap				Запись
1.2.1	IDBD	O	Num	2	Номер по порядку

1.2.2	IDUMP	O	Num	1	Код условий оказания медицинской помощи.
1.2.3	BDZ	O	Num	5.2	Значение базового тарифа на оплату диализа, указывается в рублях
1.2.4	DATEBEG	O	Date	-	Дата начала действия записи
1.2.5	DATEEND	Y	Date	-	Дата окончания действия записи

Статья 14. Правила выбора кода способа оплаты

Правила выбора кода способа оплаты в зависимости от различных факторов приведены в приложении 1 к Регламенту.

Приложение 1

Правила выбора способа оплаты в зависимости от сведений об оказанной медицинской помощи приведены в таблице 1.1.

Таблица 1.1. Определение соответствия объема медицинской помощи и способа оплаты.

случай	условия (для МО)	код способа оплаты IDSP (V010)
Для МО, имеющих прикрепленное население		
Круглосуточный стационар	USL_OK=1 И VID_HMP=NULL И RSLT={101-104}	33 За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)
Круглосуточный стационар по койко-дням	USL_OK=1 И VID_HMP=NULL И RSLT={105-110}	33 За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)
Высокотехнологичная медицинская помощь	USL_OK=1 И VID_HMP<>NULL	32 За законченный случай лечения заболевания
Дневной стационар (кроме диализа)	USL_OK=2 И VID_HMP=NULL И RSLT={201-204}	33 За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)
Дневной стационар (кроме диализа) по койко-дням	USL_OK=2 И VID_HMP=NULL И RSLT={205-208}	33 За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)
Скорая медицинская помощь (кроме тромболизиса)	USL_OK=4 И TL<>1	36 По подшему нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи
Скорая медицинская помощь (только тромболизис)	USL_OK=4 И TL=1	24 Вызов скорой медицинской помощи
Диспансеризация взрослых (1 этап)	USL_OK=3 И DISP=ДВ4	28 За медицинскую услугу

Диспансеризация взрослых (2 этап)	USL_OK=3 И DISP=ДВ2	28	За медицинскую услугу
Профилактические медицинские осмотры взрослого населения	USL_OK=3 И DISP=ОПВ	28	За медицинскую услугу
Диспансеризация детей-сирот	USL_OK=3 И DISP={ДС1,ДС2,ДС3,ДС4}	28	За медицинскую услугу
Профосмотры несовершеннолетних	USL_OK=3 И DISP={ПН1;ПН2}	28	За медицинскую услугу
Обращение по заболеванию	USL_OK=3 И P_CEL=3.0	25	По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи
Разовое посещение по заболеванию	USL_OK=3 И P_CEL={1.0, 1.2}	25	По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи
Посещение с профилактической целью (кроме центров здоровья)	USL_OK=3 И P_CEL={3.1, 2.1, 2.5, 1.3} И PROFIL<>111	25	По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи
Посещение с иными целями	USL_OK=3 И P_CEL=2.6	25	По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи
Посещение центров здоровья	USL_OK=3 И P_CEL=2.1 И PROFIL=111	29	За посещение
Неотложная медицинская помощь (в медицинской организации)	USL_OK=3 И P_CEL=1.1 И NOM_VIS=0	29	За посещение
Неотложная медицинская помощь (вне медицинской организации)	USL_OK=3 И P_CEL=1.1 И NOM_VIS=1	29	За посещение
Диализ в АПП (законченный случай в месяц)	USL_OK=3 И code_usl согласно приложения 32 к Тарифному соглашению	30	За обращение (законченный случай)
Диализ в ДС (законченный случай в месяц)	USL_OK=2 И code_usl согласно приложения 32 к Тарифному соглашению	32	За законченный случай лечения заболевания
Компьютерная томография и Магнитно-резонансная томография	USL_OK=3 И code_usl={"100274", "100049" }	28	За медицинскую услугу

Стоматология (Посещение по заболеванию)	USL_OK=3 И P_CEL = 3.0 И profil={'85','86','87','88','89','90','140','171'}	29	За посещение
Стоматология (С профилактической и иными целями)	USL_OK=3 И P_CEL = 3.1 И profil={'85','86','87','88','89','90','140','171'}	29	За посещение
Стоматология (Неотложное посещение)	USL_OK=3 И P_CEL = 1.1 И profil={'85','86','87','88','89','90','140','171'} И HOM_VIS=0	29	За посещение
Стоматология (Неотложное на дому)	USL_OK=3 И P_CEL = 1.1 И profil={'85','86','87','88','89','90','140','171'} И HOM_VIS=1	29	За посещение

Для МО, не имеющих прикрепленное население

СЛУЧАЙ	УСЛОВИЯ	Код способа оплаты IDSP (V010)	
Круглосуточный стационар	USL_OK=1 И VID_HMP=NULL И RSLT={101-104}	33	За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)
Круглосуточный стационар по койко-дням	USL_OK=1 И VID_HMP=NULL И RSLT={105-110}	33	За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)
Высокотехнологичная медицинская помощь	USL_OK=1 И VID_HMP<>NULL	32	За законченный случай лечения заболевания
Дневной стационар (кроме диализа)	USL_OK=2 И VID_HMP=NULL И RSLT={201-204}	33	За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)
Дневной стационар (кроме диализа) по койко-дням	USL_OK=2 И VID_HMP=NULL И RSLT={205-208}	33	За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)
Скорая медицинская помощь (кроме тромболизиса)	USL_OK=4 И tl<>1	24	Вызов скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь (только тромболизис)	USL_OK=4 И tl=1	24	Вызов скорой медицинской помощи
Диспансеризация взрослых (1 этап)	USL_OK=3 И DISP=DB4	28	За медицинскую услугу
Диспансеризация взрослых (2 этап)	USL_OK=3 И DISP=DB2	28	За медицинскую услугу
Профилактические медицинские осмотры взрослого населения	USL_OK=3 И DISP=ОПВ	28	За медицинскую услугу
Диспансеризация детей-сирот	USL_OK=3 И DISP={ДС1,ДС2,ДС3,ДС4}	28	За медицинскую услугу
Профосмотры несовершеннолетних	USL_OK=3 И DISP={ПН1;ПН2}	28	За медицинскую услугу
Обращение по заболеванию	USL_OK=3 И P_CEL=3.0	30	За обращение (законченный случай) в поликлинике
Разовое посещение по заболеванию	USL_OK=3 И P_CEL={1.0, 1.2}	29	За посещение
Посещение с профилактической целью (кроме центров здоровья)	USL_OK=3 И P_CEL={3.1, 2.1, 2.5, 1.3} И PROFIL<>111	29	За посещение
Посещение с иными целями	USL_OK=3 И P_CEL=2.6	29	За посещение
Посещение центров здоровья	USL_OK=3 И P_CEL=2.1 И PROFIL=111	29	За посещение
Неотложная медицинская помощь (в медицинской организации)	USL_OK=3 И P_CEL=1.1 И NOM_VIS=0	29	За посещение
Неотложная медицинская помощь (вне медицинской организации)	USL_OK=3 И P_CEL=1.1 И NOM_VIS=1	29	За посещение
Диализ в АПП (законченный случай в месяц)	USL_OK=3 И code_usl согласно приложения 32 к Тарифному соглашению	30	За обращение (законченный случай)
Диализ в ДС (законченный случай в месяц)	USL_OK=2 И code_usl согласно приложения 32 к Тарифному соглашению	32	За законченный случай лечения заболевания
Компьютерная томография и Магнитно-резонансная томография	USL_OK=3 И code_usl={'100274','100049'}	28	За медицинскую услугу
Стоматология (Посещение по заболеванию)	USL_OK=3 И P_CEL = 3.0 И profil={'85','86','87','88','89','90','140','171'}	29	За посещение

Стоматология (С профилактической и иными целями)	USL_OK=3 И Р_CEL = 3.1 И profil={'85','86','87','88','89','90','140','171'}	29	За посещение
Стоматология (Неотложное посещение)	USL_OK=3 И Р_CEL = 1.1 И profil={'85','86','87','88','89','90','140','171'} И HOM_VIS=0	29	За посещение
Стоматология (Неотложное на дому)	USL_OK=3 И Р_CEL = 1.1 И profil={'85','86','87','88','89','90','140','171'} И HOM_VIS=1	29	За посещение