

УТВЕРЖДЕНО

совместным приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области и Территориального Фонда
обязательного медицинского страхования
Нижегородской области
от 26.01.2026 № 315-53/26П/од/15-О

ПОЛОЖЕНИЕ

**об электронном обмене данными
в сфере обязательного медицинского страхования
Нижегородской области**

(редакция 2026.09)

**Нижний Новгород
2026**

Оглавление

РАЗДЕЛ 1.	Общие положения	8
РАЗДЕЛ 2.	Принципы информационного взаимодействия	18
РАЗДЕЛ 3.	Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета оказанной МП	20
РАЗДЕЛ 4.	Роль ТФОМС в информационном взаимодействии	30
РАЗДЕЛ 5.	Роль МО в информационном взаимодействии	32
РАЗДЕЛ 6.	Роль СМО в информационном взаимодействии	36
РАЗДЕЛ 7.	Особенности формирования некоторых видов ЭР	37
ПРИЛОЖЕНИЕ А.1.	Сведения о справочниках НСИ, используемых при персонифицированном учете оказанной медицинской помощи	63
ПРИЛОЖЕНИЕ А.2.	Порядок округлений при вычислении стоимости оказанной МП	64
ПРИЛОЖЕНИЕ А.3.	Условные обозначения и соглашения, принятые при описании структуры и типов данных в xml-файлах	65
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.1.	Соответствие МЭП видам файлов ЭР	66
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.2.	Соответствие реквизитов "Счета на оплату оказанной МП" и "Реестра счетов" элементам ЭР	67
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.3.	Соответствие полей Заключения МЭК элементам ЭР	69
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.	Порядок согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю, и окончательного расчета финансирования МО-Фондодержателя	72
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.1.	Протокол согласования численности застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП, и объемов финансовых средств подушевого финансирования	77
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.2.	Реестр Протоколов согласования численности застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП, и объемов финансовых средств подушевого финансирования	78

ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.3.	Информационный лист по оплате счетов МО-Исполнителей за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП. Реестр медицинской помощи, оказанной МО-Исполнителями застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП (реестр внешних услуг)	79
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.4.	Лист разногласий по оплате счетов МО-Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП	81
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.5.	АКТ №__ окончательного расчета СМО с МО-Фондодержателем, оказывающим услуги АПП	82
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.6.	Лист разногласий к регистру застрахованных граждан, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП	84
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.7.	Протокол согласования численности застрахованных лиц на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП, и объемов финансовых средств подушевого финансирования	85
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.8.	Информационный лист по оплате счетов МО-Исполнителей за оказание СМП застрахованным лицам на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП	86
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.9.	Сведения по оплате реестров счетов и счетов МО-Исполнителей за оказанную СМП застрахованным лицам на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП	87
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.10.	Лист разногласий по оплате реестров счетов и счетов МО-Исполнителей за оказание СМП застрахованным лицам на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП	88
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.11.	АКТ №__ окончательного расчета СМО с МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП	89
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.12.	Реестр Протоколов согласования численности застрахованных лиц на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП, и объемов финансовых средств подушевого финансирования	91

ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.13.	Описание файлов, передаваемых между ТФОМС и СМО, в рамках ведения РС ЕРЗ	92
ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.14.	Акт сверки численности ЗЛ со СМО	97
ПРИЛОЖЕНИЕ В.3.	Порядок прикрепления ЗЛ к МО-Фондодержателю	101
ПРИЛОЖЕНИЕ В.3.1.	Список ЗЛ, прикрепление которых к медицинскому работнику не выполнено	103
ПРИЛОЖЕНИЕ В.4.	Информационный лист. Сведения о медицинских услугах, стоимость которых удерживается при расчетах с МО-инициатором в пользу МО-исполнителя	104
ПРИЛОЖЕНИЕ В.6.	Регламент организации электронного юридически значимого документооборота между участниками информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области	105
ПРИЛОЖЕНИЕ В.6.1.	Технические условия для АРМ электронного документооборота	114
ПРИЛОЖЕНИЕ В.6.2.	Соглашение об информационном взаимодействии (образец)	115
ПРИЛОЖЕНИЕ В.7.	Регламент информационного взаимодействия между Федеральным казенным учреждением "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Нижегородской области" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Нижегородской области и страховыми медицинскими организациями Нижегородской области	117
ПРИЛОЖЕНИЕ В.7.1.	Структура файла-поручения на проведение экспертизы СМО	119
ПРИЛОЖЕНИЕ В.8.	Регламент взаимодействия участников при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановой форме	122
ПРИЛОЖЕНИЕ В.10.	Порядок прикрепления ЗЛ к МО-Фондодержателю, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"	130

ПРИЛОЖЕНИЕ В.10.1.	Порядок согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология", и окончательного финансирования МО-Фондодержателя	131
ПРИЛОЖЕНИЕ В.10.2.	Протокол согласования численности застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология", и объемов финансовых средств подушевого финансирования	134
ПРИЛОЖЕНИЕ В.10.3.	Реестр протоколов согласования численности застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология", и объемов финансовых средств подушевого финансирования	135
ПРИЛОЖЕНИЕ В.10.4.	Информационный лист по оплате счетов МО-Исполнителей за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю, оказывающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"	136
ПРИЛОЖЕНИЕ В.10.5.	Лист разногласий по оплате счетов МО-Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"	138
ПРИЛОЖЕНИЕ В.10.6.	АКТ окончательного расчета СМО с МО-Фондодержателем, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"	139
ПРИЛОЖЕНИЕ В.10.7.	Лист разногласий к регистру застрахованных граждан, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"	141
ПРИЛОЖЕНИЕ В.11.	Порядок подключения МО к web-сервису "Кабинет МО"	142
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.1.	Определение страховой принадлежности	143
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.1.1.	Структура файла запроса/ответа при определении страховой принадлежности ЗЛ в формате XML	146

ПРИЛОЖЕНИЕ Г.1.2.	Перечень ключей достоверности при идентификации застрахованного лица по заданным реквизитам	151
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.1.3.	Процедура ОСП с использованием технологии web-сервисов	153
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.2.	Сведения о сервисе пакетной обработки данных (СПОД)	160
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.3.	Проведение ФЛК и МЭК пакетов ЭР	161
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.4.	Методика использования web-сервисов АИС "Госпитализация"	163
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.6.	Описание протокола ФЛК (Д.6)	222
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.6.1	Форма файла, содержащего перечень пакетов ЭР, загруженных на сервис СПОД	223
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.7.	Описание протокола МЭК/ПМЭК (Д.7)	224
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.8.	Структура таблицы "Объем подушевого финансирования"	228
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.9.	Описание файла со сведениями об объемах финансирования ФЗП/ФАП	230
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.1.	Шаблон актуализации информации о пунктах выдачи полисов ОМС	232
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.2.	Шаблон письма-заявки на внесение изменений в Справочники S001 и/или S002	233
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.2.1.	Шаблон приложения к письму-заявке на внесение изменений в Справочники S001 и/или S002	234
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.1.	Положение по порядку согласования и оплаты финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов	235
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.1.1.	Сведения о доле финансирования медицинских организаций, имеющих в структурном подразделении ФЗП/ФАП	238
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.1.2.	Акт согласования размера финансового обеспечения ФЗП/ФАП, являющихся структурными подразделениями медицинской организации	241
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.1.3.	Реестр Актов согласования размера финансового обеспечения ФЗП/ФАП	242

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.1.4.	Зоны закрепления ГБУЗ НО по филиалам ТФОМС НО	243
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.2.	Дополнительные сведения к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, при оплате за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) [12, Приложение № 3]	245
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.3.	Дополнительные сведения к Порядку оплаты медицинской помощи с применением информационных технологий [12, Приложение № 3.2]	247
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.4.	Дополнительные сведения к Порядку оплаты стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за законченный случай лечения заболевания в стоматологии, включённого в соответствующую стоматологическую группу заболеваний [12, Приложение № 4]	249
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.5.	Дополнительные сведения к Порядку применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе прерванных случаев лечения) и оказания высокотехнологичной медицинской помощи [12, Приложение № 5]	250
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.6.	Дополнительные сведения к Порядку применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе прерванных случаев лечения) и оказания высокотехнологичной медицинской помощи	252
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.7.	Расшифровка возрастных периодов несовершеннолетних ЗЛ	253

Раздел 1. Общие положения

1.1 Аннотация

Настоящее Положение устанавливает регламент информационного обмена между участниками сферы обязательного медицинского страхования Нижегородской области, определяет порядок формирования и структуру электронных файлов. Положение применяется Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Нижегородской области, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Нижегородской области.

1.2 Нормативные документы

Настоящее Положение разработано на основании следующих нормативных документов:

1.1¹. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

1.2. Федеральный закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации".

1.3. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

1.4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.5. Федеральный закон от 06.04.2011 № 63-ФЗ "Об электронной подписи".

1.6. Федеральный закон от 26.07.2017 № 187-ФЗ "О безопасности критической информационной инфраструктуры Российской Федерации".

2.1. Указ Президента Российской Федерации от 06.03.1997 №188 "Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера".

3.1. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.11.2012 №1119 "Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных".

3.2. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.09.2008 № 687 "Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации".

4.1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".

4.2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2002 № 413 "Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации".

4.3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545 "Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации".

4.4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.10.2006 №713 "Об утверждении принципов создания единой информационной системы в сфере здравоохранения и социального развития (ЕИС)".

4.5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н "О утверждении номенклатуры медицинских услуг".

4.6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 215н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи".

4.7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 216н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

4.8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения".

4.9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения".

4.10. Приказ Министерства связи и массовых коммуникаций РФ и Федеральной службы охраны РФ от 27 мая 2015 г. № 186/258 "Об утверждении Требований к организационно-техническому взаимодействию государственных органов и государственных организаций посредством обмена документами в электронном виде".

4.11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 185н "Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи".

4.12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2024 № 142н "Об утверждении порядка и условий осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения".

4.13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 № 116н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях".

4.14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 № 698н "Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке".

4.15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми".

4.16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2020 № 548н "Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями".

4.17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 192н "Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях".

4.18. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.06.2021 № 629н "Об утверждении порядка диспансерного наблюдения детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями".

4.19. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 155н "Об утверждении порядка возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты".

4.20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых".

4.21. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 211н "Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у "Карта профилактического медицинского осмотра

несовершеннолетнего", порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о "Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних", порядка ее заполнения".

4.22. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.10.2014 № 605н "О порядке проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Республике Крым и г. Севастополе в 2014 году".

4.23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 212н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/о-Д/с, порядка ее заполнения".

4.24. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования".

4.25. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.03.2021 №34н "Об определении порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

4.26. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.09.2022 № 120н "Об установлении форм заключения по результатам медико-экономического контроля, заключения по результатам медико-экономической экспертизы, заключения по результатам экспертизы качества медицинской помощи, заключения по результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества медицинской помощи, реестра заключений по результатам медико-экономического контроля, реестра заключений по результатам медико-экономической экспертизы, реестра заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи, претензии, уведомления о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи".

4.27. Приказ ФСБ России от 10.07.2014 № 378 "Об утверждении Составы и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных с использованием средств криптографической защиты информации, необходимых для выполнения установленных Правительством Российской Федерации требований к защите персональных данных для каждого из уровней защищенности".

4.28. Приказ ФСТЭК России от 18.02.2013 № 21 "Об утверждении Составы и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных".

4.29. Приказ ФСТЭК России от 11.04.2025 № 117 "Об утверждении Требований о защите информации, содержащейся в государственных информационных системах, иных информационных системах государственных органов, государственных унитарных предприятий, государственных учреждений".

5.1. Методические рекомендации Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

5.2. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.04.2020 № 13-2/И/2-4335 "О кодировании коронавирусной инфекции".

5.3. Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2011 № 9161/30-1/и (ред. от 19.01.2017) "О направлении Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования".

6.1. Программа государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов.

7.1. Приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 22.12.2014 № 3006 "О Классификаторе стоматологических услуг".

7.2. Приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 20.02.2020 № 315-117/20П/од "Об утверждении Классификатора медицинских услуг при оказании медицинской помощи взрослому населению".

7.3. Приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 28.12.2015 № 5155 "Об утверждении зон обслуживания населения за медицинскими организациями Нижегородской области, оказывающими первичную медико-санитарную помощь".

7.4. Приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 02.06.2020 № 315-478/20П/од "Об организации мониторинга реализации Программы государственных гарантий в отношении лиц, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания".

7.5. Приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 08.07.2021 № 315-557/21П/од "Об утверждении зон обслуживания населения за медицинскими организациями Нижегородской области, оказывающими стоматологическую помощь".

7.6. Совместный приказ министерства здравоохранения Нижегородской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области от 06.02.2020 № 315-73/20П/од/65-о "Об утверждении Регламента информационного взаимодействия участников при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий" (утратил силу с 05.11.2025).

7.7. Совместный приказ министерства здравоохранения Нижегородской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области от 30.06.2025 № 315-603/25П/од "Об алгоритме проведения диспансерного наблюдения работающих граждан на рабочих местах иной медицинской организацией, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре иной медицинской организации".

7.8. Приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 11.02.2025 № 315-125/25П/од "О проведении цитологических исследований в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров".

7.9. Приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 20.02.2026 № 315-187/26П/од "О проведении противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов и циррозов печени вирусной этиологии лицам 18 лет и старше".

12. Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области.

¹ Кодировка нормативных документов, принятая в рамках настоящего Положения, используемая для ссылок на них по тексту Положения и региональных справочников НСИ.

1.3 Словарь используемых терминов, сокращений, обозначений

Термин, сокращения, обозначения	Определение
АИС	Автоматизированная информационная система
Амбулаторный талон	Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (Учетная форма № 025-1/у, утверждена приказом Минздрава России от 15.12.2014 г. № 834н)
АПП	Амбулаторно-поликлиническая помощь
АРМ	Автоматизированное рабочее место
БД	База данных
ВМП	Высокотехнологичная медицинская помощь
Врачи ДШО	Врачи медицинских кабинетов и/или здравпунктов дошкольно-школьных образовательных учреждений
ГИС ОМС	Государственная информационная система обязательного медицинского страхования

Термин, сокращения, обозначения	Определение
Группировщик КСГ	Совокупность справочных таблиц, предназначенных для однозначного отнесения случаев лечения заболеваний к конкретным КСГ на основании всех возможных комбинаций основных и дополнительных классификационных критериев. Представлен в виде файлов "Расшифровка КСГ ДС.xlsx" (для дневного стационара) и "Расшифровка КСГ КС.xlsx" (для круглосуточного стационара). Группировщик КСГ на соответствующий период действия, размещен на официальном сайте ТФОМС в разделе "Документы/Положение об электронном обмене"
Д.1	Структура файла в составе ЭР, содержащего сведения об оказанной МП (кроме ВМП, МП по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам, МП при подозрении на ЗНО или установленном диагнозе ЗНО) (см. Справочник Д.1, размещенный на официальном сайте ТФОМС в разделе в разделе «Справочники и реестры / Перечень региональных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС»)
Д.2	Структура файла в составе ЭР, содержащего сведения об оказанной ВМП (см. Справочник Д.2, размещенный на официальном сайте ТФОМС в разделе в разделе «Справочники и реестры / Перечень региональных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС»)
Д.3	Структура файла в составе ЭР, содержащего сведения по проведенной диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам (см. Справочник Д.3, размещенный на официальном сайте ТФОМС в разделе в разделе «Справочники и реестры / Перечень региональных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС»)
Д.4	Структура файла в составе ЭР, содержащего сведения об оказанной МП при подозрении на ЗНО или установленном диагнозе ЗНО (см. Справочник Д.4, размещенный на официальном сайте ТФОМС в разделе в разделе «Справочники и реестры / Перечень региональных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС»)
Д.5	Структура файла в составе ЭР, содержащего сведения о персональных данных ЗЛ (см. Справочник Д.5, размещенный на официальном сайте ТФОМС в разделе в разделе «Справочники и реестры / Перечень региональных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС»)
Д.6	Структура протокола ФЛК
Д.7	Структура протокола МЭК/ПМЭК
ДМЭП	Дополнительный медико-экономический признак
ДН	Диспансерное наблюдение
ДПФС	Документ, подтверждающий факт страхования
ДС	Дневной стационар
ЕНП	Единый номер полиса ОМС
ЕРЗ	Единый регистр застрахованных лиц
ЕЦП	Единая цифровая платформа - медицинская информационная система
ЗЛ	Лицо, застрахованное по ОМС в соответствии с [1.1]
ЗНО	Злокачественное новообразование
ИИ	Искусственный интеллект
Инообластные ЗЛ	Лица, застрахованные по ОМС на территории других субъектов РФ
Информационный ресурс ТФОМС	Программно-аппаратный комплекс, поддерживаемый ТФОМС, предназначенный для совместной работы участников информационного обмена в сфере ОМС Нижегородской области
ИТ	Информационные технологии
КД (используется также обозначение ПДн)	Конфиденциальные данные (персональные данные застрахованного, данные о факте обращения в МО и оказанной медицинской помощи)
КО	Законченный случай комплексного обследования ЗЛ врачом, ведущим прием в Центре здоровья
Корпоративная сеть ТФОМС	Сеть ViPNet 619, а также абонентские пункты других сетей, с которыми заключено соглашение об информационном взаимодействии, обеспечивающая информационное взаимодействие между СМО, МО и ТФОМС по открытым каналам связи с использованием сертифицированных средств криптографической защиты информации и электронной подписи
КС	Круглосуточный стационар

Термин, сокращения, обозначения	Определение
КСГ	Клинико-статистическая группа заболеваний
КСЛП	Коэффициент сложности лечения пациентов
МЗ НО	Министерство здравоохранения Нижегородской области
МКБ-10	Международная классификация болезней и состояний, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (в рамках Положения обозначение МКБ-10 трактуется расширенно, обобщая информацию, содержащуюся как собственно в МКБ-10, так и МКБ-С, если иное не оговорено)
МКБ-С	Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10 (3 издание)
МО	Медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Нижегородской области
МО-Исполнитель АПП	МО, оказывающая застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю АПП, внешние медицинские услуги АПП
МО-Исполнитель СМП	МО, оказывающая скорую медицинскую помощь застрахованным лицам на территории, закрепленной за другой МО – Фондодержателем СМП
МО-Исполнитель СТП	МО, оказывающая застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю, внешние медицинские услуги по профилю "стоматология"
МО-Фондодержатель АПП	МО-Юридическое лицо, в том числе имеющее в своем составе амбулаторно-поликлиническое структурное подразделение, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, к которому прикрепилась (которое выбрали) застрахованные лица для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу в установленном порядке
МО-Фондодержатель СМП	МО-Юридическое лицо, оказывающее скорую медицинскую помощь или имеющее в своем составе структурное подразделение скорой медицинской помощи, финансируемое по подушевому нормативу финансирования на застрахованных лиц, оказывающее скорую медицинскую помощь на территории, закрепленной за данным юридическим лицом для оказания скорой медицинской помощи
МО-Фондодержатель СТП	МО-Юридическое лицо, имеющее в своем составе амбулаторно-поликлиническое структурное подразделение, оказывающее медицинскую помощь по профилю "стоматология" в амбулаторных условиях, к которому прикрепилась (которое выбрали) застрахованные лица. Оплата медицинской помощи в МО-Фондодержателе СТП осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц
МЭП	Медико-экономический признак
МИС	Медицинская информационная система МО
МП	Медицинская помощь
МТР	Отдел межтерриториальных расчетов ТФОМС
МЭК	Медико-экономический контроль
МЭЭ	Медико-экономическая экспертиза
НО	Нижегородская область
НСИ	Нормативно-справочная информация - информация, заимствованная из нормативных документов и справочников, используемая при функционировании информационной системы. Подразделяется на федеральную и региональную. Публикуется на официальном сайте ТФОМС в разделах "Справочники и реестры / Перечень федеральных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС" и "Справочники и реестры / Перечень региональных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС" соответственно
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОСП	Определение страховой принадлежности
ОСТП	Оперативные сведения по оплате медицинской помощи в рамках финансирования Территориальной программы ОМС Нижегородской области
Официальный сайт ТФОМС	Официальный сайт Территориального фонда ОМС Нижегородской области в сети Интернет (https://tfoms52.ru)

Термин, сокращения, обозначения	Определение
Пакет	Единица информации, включающая файл (файлы) регламентированного формата и содержания, передаваемая в установленном порядке между участниками электронного обмена. Представляет собой ZIP-архив с расширением "zip". В случае, если Пакет заверяется отсоединенной ЭП, то для его передачи применяется Транспортный пакет, представляющий собой ZIP-архив с расширением "oms", включающий подписанный Пакет и файл с отсоединенной ЭП
ПМЭК	Повторный медико-экономический контроль
ПО	Программное обеспечение
Подушевое финансирование	Способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования МО, оказывающих первичную медико-санитарную, стоматологическую и скорую медицинскую помощь, зависит от численности прикрепленных к МО застрахованных лиц, половозрастного состава и размера подушевого норматива финансирования по ОМС
Позиция ЭР	Совокупность данных ЭР, относящихся к одному законченному случаю оказания МП, соответствует тегу ZAP
Полис ОМС	Полис обязательного медицинского страхования
ПЭОД (используется также синоним - Положение)	Положение об электронном обмене данными в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области
Р.д.	Рабочий день
РС ЕРЗ	Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Нижегородской области
СВО	Специальная военная операция
СМО	Страховая медицинская организация, осуществляющая обязательное медицинское страхование в соответствии с действующим законодательством и заключившая договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС
СМП	Скорая медицинская помощь
СТП	Стоматологическая помощь
СКЗИ	Средства криптографической защиты информации
Составной элемент	Элемент (тег) xml-файла, содержащий в своем составе другие элементы (простые либо составные)
СПОД	Сервис пакетной обработки данных ТФОМС
Тарифное соглашение (сокращенно - ТС)	Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области
Транспортный пакет	Единица информации, содержащая Пакет и SIG-файл(ы) отсоединенной ЭП, связанный с Пакетом. Представляет собой ZIP-архив с расширением "oms".
СТГ	Стоматологическая группа заболеваний
СЭДО	Система электронного документооборота Правительства Нижегородской области
ТМК	Телемедицинская консультация
ТМТ	Телемедицинские технологии
ТФОМС	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области
УДЛ	Документ, удостоверяющий личность
УЕТ	Условная единица трудоемкости
УФЛК	Углубленный форматно-логический контроль
Участники электронного обмена (используется также синоним - Участники информационного взаимодействия)	Организации-участники сферы ОМС Нижегородской области, осуществляющие электронный обмен данными - МО, СМО, ТФОМС
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ФЕРЗЛ	Федеральный Единый Реестр застрахованных лиц
ФЗП	Фельдшерский здравпункт

Термин, сокращения, обозначения	Определение
ФЛК	Форматно-логический контроль
ФЛК-1	ФЛК первого уровня, применяемый к ЭР в целом с целью проверки соответствия базовым нормативным требованиям. Ошибки уровня ФЛК-1 считаются критическими, при их наличии ЭР отклоняется от оплаты в целом, дальнейшие виды проверок не выполняются
ФЛК-2 (используется также синоним - Предварительный МЭК)	ФЛК второго уровня, выполняется после ФЛК-1 (при отсутствии ошибок уровня ФЛК-1), применяется к отдельным позициям ЭР. Позиции, в которых обнаружены ошибки уровня ФЛК-2 отклоняются от оплаты
ФОМС	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ФП	Фельдшерский пункт
ФРМР	Федеральный регистр медицинских работников
ХНИЗ	Хроническое неинфекционное заболевание
ЦАОП	Центр амбулаторной онкологической помощи
ЦЗ	Центр здоровья
ЦМЗД	Центр медицины здорового долголетия
ЭКМП	Экспертиза качества медицинской помощи
Элемент (используется также синоним - Простой элемент)	Элемент (tag) xml-файла, содержащий значение (в том числе пустое)
ЭР	Электронный реестр оказанной медицинской помощи, формируется МО, содержит сведения о пациентах и медико-экономические данные о их лечении. Различают следующие виды ЭР: 1) основной ЭР - содержит сведения о МП, соответствующие текущему отчетному периоду, подаваемые впервые; 2) ЭР исправленных позиций - содержит сведения о МП, ранее отклоненные от оплаты СМО на этапе МЭК
ЭП	Электронная подпись в соответствии с [1.5]. Различаются следующие виды ЭП: 1) Отсоединенная ЭП - формируется в отдельном от подписываемого документа файле. Файл подписи имеет то же имя, что и подписанный файл, к которому добавляется расширение .sig*. Например, в результате подписания отсоединенной ЭП файла A.xlsx будет сформирован файл подписи A.xlsx.sig*. Хранить и пересылать нужно оба эти файла, переименовывать их недопустимо. При этом сам подписываемый файл остается доступным для чтения без применения криптографических программ. 2) Присоединенная ЭП - внедряется в тело подписываемого файла, при этом к имени подписанного файла добавляется расширение .sig*. Например, в результате подписания присоединенной ЭП файла A.xlsx будет сформирован подписанный файл A.xlsx.sig*. При этом подписанный файл доступен для чтения только с помощью криптографических программ. В рамках ПЭОД вместо параметра "*" используются символами "m", "t", "s"
PDF/A-1	Portable Document Format / A-1 - стандарт ISO 19005-1:2005, предназначенный для долгосрочного архивного хранения электронных документов [4.10]
SIG-файл	Файл, содержащий одну или несколько отсоединенных ЭП уполномоченных представителей соответствующей организации. Используются следующие расширения SIG-файлов в зависимости от принадлежности к организации: - sigm - для МО; - sigs - для СМО; - sigt - для ТФОМС

1.4 Принятые соглашения

1.4.1 При ссылках в тексте ПЭОД и региональных справочниках НСИ на нормативные документы, перечисленные в п.1.2, используются их номера в списке, заключенные в квадратные

скобки; через запятую возможно также указание приложения, раздела, пункта, таблицы, страницы и т.д. в данном источнике, например: [12, Приложение № 17].

1.4.2 При указании в тексте Положения ссылок на элементы (составные элементы) используются выражения типа: <элемент1>/<элемент2>/<элемент3> (либо <элемент1>.<элемент2>.<элемент3> - в случае, где необходимо различать знак математического деления), ..., где элемент "<элемент3>" является дочерним элементом составного элемента "<элемент2>", который в свою очередь является дочерним элементом составного элемента "<элемент1>", при этом корневой элемент (ZL_LIST) опускается. Если имя элемента уникально в пределах файла, допускается использование его конечного имени (без указания родительских элементов).

1.4.3 В тексте Положения используются следующие выражения:

- <элемент>=<значение> - означает, что содержание элемента <элемент> равно выражению <значение>;

- <элемент>={<значение1>, <значение2>, ... , <значениеN>} - означает, что <элемент> может принимать значения только из указанного перечня.

1.4.4 При ссылке на медико-экономический признак (МЭП) в ряде случаев используется выражение: "МЭП <номер>" (например, МЭП 17 ("Отдельные виды лечебных, диагностических услуг"), где под <номер> используется значение элемента n_tr по Справочнику S007, которое однозначно определяет рассматриваемый медико-экономический признак.

- При ссылке на дополнительный медико-экономический признак (ДМЭП) в ряде случаев используется выражение: "ДМЭП <значение>" (например, ДМЭП "НМПП"), где под <значение> используется значение поля тер2 по Справочнику S015, которое однозначно определяет рассматриваемый дополнительный медико-экономический признак.

1.4.5 При указании полей в справочниках НСИ (федеральных и региональных) используются выражения вида: <Обозначение справочника>.<Обозначение поля>. Например: F014.Kod - поле Kod ("Код ошибки") в Классификаторе F014 ("Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи").

1.5 Защита информации

1.5.1 Электронные документы, формируемые участниками электронного обмена, содержат сведения о пациентах и медико-экономические данные о их лечении. В соответствии с [1.2], [1.3] эта информация относится к персональным данным, в связи с этим передача указанной информации между Участниками электронного обмена должна осуществляться в строгом соответствии с действующим законодательством Российской Федерации о защите информации.

1.5.2 МО и СМО, между которыми заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, а также ТФОМС определяют сотрудников, имеющих право доступа к ЭР и базам данных, содержащим КД, в соответствии с действующим законодательством по защите персональных данных.

1.5.3 Участники электронного обмена под роспись информируют своих сотрудников о том, что передача информации, содержащей КД, третьим лицам запрещена.

1.5.4 Участники электронного обмена обеспечивают хранение электронных документов в течение срока, установленного для хранения соответствующих документов на бумажных носителях в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Срок хранения ЭР, а также заключений МЭК, МЭЭ, ЭКМП составляет не менее 5 лет.

1.5.5 Участники электронного обмена осуществляют обмен информацией, содержащей персональные данные, а также получают доступ к информационным системам ТФОМС, содержащим персональные данные, по открытым каналам связи с обязательным использованием актуальных сертифицированных средств защиты информации, актуальных сертифицированных средств криптографической защиты информации и электронной подписи в соответствии с действующим законодательством в области защиты информации.

1.5.6 Участники электронного обмена в случае назначения или смены ответственных лиц, осуществляющих передачу конфиденциальной информации по корпоративной сети ТФОМС, обязаны письменно сообщить в ТФОМС Фамилию, Имя, Отчество, занимаемую должность ответственных лиц.

1.5.7 Организации, участвующие в информационном взаимодействии с ТФОМС и получающие доступ к информационным системам ТФОМС самостоятельно, комплектуют и обеспечивают работоспособность рабочего места, предназначенного для взаимодействия, необходимыми аппаратными и системными средствами, актуальными сертифицированными средствами защиты информации и актуальными сертифицированными средствами криптографической защиты информации и электронной подписи за счет средств подключающейся организации.

1.5.8 Передача КД по открытым каналам связи без использования сертифицированных средств защиты является нарушением требований действующего законодательства Российской Федерации. Информация, переданная таким способом, не принимается к рассмотрению.

1.5.9 Организации, участвующие в информационном взаимодействии с ТФОМС и получающие доступ к информационным системам ТФОМС, содержащим персональные данные, подписывают с ТФОМС соглашение об информационном взаимодействии (Приложение В.6.2).

1.5.10 Подключение автоматизированных рабочих мест участника информационного взаимодействия к информационным ресурсам ТФОМС через ViPNet Coordinator, используемый на стороне участника, допускается лишь при соблюдении следующих условий:

- используется ViPNet Coordinator актуальной сертифицированной версии;
- ViPNet Coordinator зарегистрирован в сети ViPNet, имеющей межсетевое взаимодействие с сетью ТФОМС № 619.

Раздел 2. Принципы информационного взаимодействия

2.1 Общие сведения

2.1.1 Информационное взаимодействие в сфере ОМС между его участниками - МО, СМО и ТФОМС - базируется на положениях, изложенных в [4.24] и [4.25].

2.1.2 В ПЭОД описаны следующие виды информационного взаимодействия, возникающего при:

- 1) актуализации НСИ;
- 2) ведении персонифицированного учета оказанной МП;
- 3) работе в подсистеме информационного ресурса ТФОМС - АИС "Госпитализация";
- 4) ведении РС ЕРЗ с использованием АИС "Прикрепление";
- 5) иных случаях передачи данных, предусмотренных настоящим ПЭОД.

2.2 Информационное взаимодействие при актуализации НСИ

2.2.1 Все участники информационного взаимодействия используют актуальные редакции НСИ в порядке, установленном настоящим ПЭОД.

2.2.2 ТФОМС выполняет следующие функции:

1) ведет мониторинг изменений компонентов НСИ федерального уровня и публикует их актуальные редакции на своем официальном сайте в разделе "Справочники и реестры / Перечень федеральных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС";

2) вносит необходимые изменения в региональные компоненты НСИ и публикует их актуальные редакции на своем официальном сайте в разделе "Справочники и реестры / Перечень региональных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС".

Публикация указанной информации на сайте ТФОМС является способом уведомления участников информационного взаимодействия об изменениях НСИ.

2.3 Информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета оказанной МП.

Информационное взаимодействие данного вида осуществляется между МО, СМО и ТФОМС и заключается в формировании, передаче и контроле персонифицированных сведений о МП, оказанной ЗЛ, и выполняется при соблюдении следующих принципов:

2.3.1 Информационный обмен осуществляется по сети ViPNet с помощью web-сервиса "Кабинет МО" (Приложение В.11) и сервиса СПОД (Приложение Г.2) в зависимости от выполняемого действия (см. табл. 3.1).

2.3.2 Отправка ответной информации для подразделения МО, сформировавшего пакет ЭР, выполняется на ViPNet-адрес данного подразделения, указанный в Справочнике S001 (при отсутствии сведений о подразделении МО в Справочнике S001, данная информация направляется на адрес соответствующего МО-Юридического лица). ViPNet-адрес, с которого МО отправляет пакет ЭР на web-сервис "Кабинет МО" не имеет значения.

2.3.3 Подтверждением факта отправки информации участником информационного взаимодействия через корпоративную сеть ТФОМС является наличие штампа времени в разделе "Время отправки" сообщения Деловой почты ViPNet, направленного от абонентского пункта ViPNet участника информационного взаимодействия.

2.3.4 Подтверждением факта получения информации участником информационного взаимодействия через корпоративную сеть ТФОМС является наличие штампа времени в разделе "Время получения" сообщения Деловой почты VipNet, полученного абонентским пунктом VipNet участника информационного взаимодействия.

2.3.5 При отсутствии у МО доступа к сети VipNet пакеты ЭР предоставляются на электронных носителях в ТФОМС либо в соответствующие филиалы и представительства ТФОМС с целью дальнейшей отправки на web-сервис "Кабинет МО".

2.3.6 Информационный обмен осуществляется в пакетном режиме. Пакеты представляют собой ZIP-архивы, содержание и порядок именования которых регламентированы в Разделе 3.

2.3.7 Электронные документы, указанные в таблице 3.2 Раздела 3, подлежат заверению ЭП участников информационного взаимодействия. Проверку достоверности ЭП выполняет организация-получатель; если ЭП отсутствует, не соответствует требованиям либо достоверность ее не установлена, считается, что передача данных не состоялась; в этом случае организация-получатель направляет соответствующее уведомление организации-отправителю, а организация-отправитель подписывает и направляет пакет повторно.

2.3.8 Регламент информационного взаимодействия (с детализацией сведений о передаваемых пакетах в части их номенклатуры, состава, наименования (включая примеры), заверения ЭП, маршрутизации) описан в Разделе 3.

2.4 Информационное взаимодействие при работе в подсистемах информационного ресурса ТФОМС.

Информационный ресурс ТФОМС включает в качестве подсистем ряд АИС и web-сервисов, предназначенных для коллективной работы участников информационного взаимодействия с целью решения следующих задач:

Таблица 2.1

АИС	Задачи	Примечание
"Прикрепление"	Информационное взаимодействие при ведении РС ЕРЗ в соответствии с [4.1]	- Описание регламента информационного с использованием АИС приведено в Приложениях В.2, В.3. - Инструкции по доступу и работе в АИС размещены на официальном сайте ТФОМС в разделе "ИС ТФОМС / АИС "Прикрепление"
"Госпитализация"	Информационное сопровождение ЗЛ при оказании им специализированной медицинской помощи в плановой форме в соответствии с [4.1]	- Описание регламента информационного взаимодействия с использованием АИС приведено в Приложении В.8. - Инструкции по получению доступа и работе в АИС размещены на официальном сайте ТФОМС в разделе "ИС ТФОМС / АИС "Госпитализация". - Методика использования web-сервисов АИС приведена в Приложении Г.4
"Кабинет МО" (web-сервис)	Направление пакетов ЭР на контроль и оплату	Описание web-сервиса приведено в Приложении В.11. Руководство пользователя размещено на официальном сайте ТФОМС в разделе "ИС ТФОМС / Web-сервис "Кабинет МО"

Раздел 3. Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета оказанной МП

3.1 Информационное взаимодействие участников

Таблица 3.1

№ п/п	Действие	Срок
1	МО формирует и передает на СПОД пакет запроса на ОСП (п.1 табл.3.2, Приложение Г.1); пакет с результатом ОСП автоматически направляется на ViPNet-адрес отправителя запроса	Срок направления ответа в МО - до 3 р.д. с момента получения запроса от МО
2	МО с учетом результатов ОСП формирует пакет ЭР (п.2 табл.3.2), загружает на web-сервис "Кабинет МО" и подписывает ЭП средствами web-сервиса. Альтернативные способы подписания пакета ЭР описаны в "Инструкции по подписанию пакетов ЭР в среде web-сервиса", размещенной в разделе "ИС ТФОМС / Web-сервис "Кабинет МО" официального сайта ТФОМС	Согласно [4.1]: 1) для основных ЭР - не позднее 5-го р.д. месяца, следующего за отчетным; 2) для ЭР исправленных позиций - в течение 7 р.д. со дня получения от ТФОМС заключения МЭК первично предоставленного ЭР, а при наличии решения Комиссии по тарифам на оплату МП об увеличении МО объемов предоставления МП и (или) ее финансового обеспечения - не позднее 5-го р.д. месяца, следующего за месяцем, в котором были предусмотрены объемы предоставления МП и (или) ее финансового обеспечения; 3) для ЭР исправленных позиций по результатам ПМЭК - в течение 7 р.д. со дня получения от ТФОМС заключения ПМЭК
3	Web-сервис "Кабинет МО" (во взаимодействии со СПОД) автоматически направляет в МО по ViPNet пакет с результатами ФЛК (п.3 табл.3.2, Приложения Г.3, Д.6) и указанием RID, присвоенного пакету ЭР; результаты ФЛК также доступны для просмотра и загрузки с экранной формы web-сервиса "Кабинет МО". Также web-сервис автоматически пересылает пакет ЭР (с добавлением RID к имени пакета) в СМО/МТР	В течение 1 р.д. с момента загрузки пакета ЭР на web-сервис "Кабинет МО"
4	МО при наличии ошибок МО вносит соответствующие исправления, формирует новую версию пакета ЭР и повторно направляет на web-сервис "Кабинет МО". Количество таких итераций не ограничено (в пределах регламентированного срока). Если повторно направленный пакет ЭР совпадает по совокупности идентифицирующих параметров с ранее направленным пакетом, то новая версия пакета автоматически замещает предыдущую и считается актуальной. Совокупность параметров, идентифицирующих пакет ЭР следующая: - реестровый номер МО-юридического лица (CODE_MO); - реестровый номер СМО (PLAT) (для инообластных ЗЛ - ТФОМС); - отчетный период (YEAR, MONTH); - период оказания МП (YY, MM - см. п.8.3 подраздела 3.4.4); - номер счета (NSCHET); - вид ЭР (определяется первым символом имени пакета (параметр X: {H, T, D, C}); - МЭП (MEP1);	В сроки, указанные в п.2 настоящей таблицы

№ п/п	Действие	Срок
	- признак ЭР исправленных позиций (параметр I в имени пакета ЭР)	
5	ТФОМС выполняет МЭК, формирует и подписывает ЭП пакет с его результатами (п.4 табл.3.2) и передает в МО через СПОД, а также размещает его в среде web-сервиса "Кабинет МО"	После завершения приемки основных ЭР в течение [4.9]: 1) 5 р.д. по ЗЛ, застрахованным в НО; 2) 10 р.д. по инообластным ЗЛ
6	ТФОМС формирует: 1) пакет с результатами МЭК (п.5 табл.3.2); 2) пакет с результатами ПМЭК (п.13 табл.3.2), подписывает ЭП и направляет в СМО по сети ViPNet	В течение 5 р.д. после завершения срока приемки ЭР от МО
7	СМО формирует пакет с результатами МЭЭ, ЭКМП для ТФОМС (п.6 табл.3.2), подписывает ЭП и направляет в ТФОМС по сети ViPNet	В течение 5 р.д. месяца, следующего за отчетным
8	СМО формирует, подписывает ЭП и направляет в ТФОМС пакет со сведениями об объемах финансирования подушевого и ФЗП/ФАП (п.11 табл.3.2) по сети ViPNet	В течение 1 р.д. со дня получения пакета с результатами МЭК от ТФОМС
9	СМО формирует пакет(ы) с результатами МЭЭ, ЭКПМ для МО (п.7 табл.3.2), подписывает ЭП, и направляет их в МО по сети ViPNet	
9.1	МО подписывает пакет(ы) со сведениями по МЭЭ, ЭКПМ для МО, полученные от СМО, и направляет в СМО по сети ViPNet	
10	ТФОМС выполняет ПМЭК (п.9 табл.3.2), формирует и подписывает пакет с его результатами и направляет в МО/СМО через СПОД, а также размещает в среде web-сервиса "Кабинет МО"	Выполняется одновременно с МЭК основных ЭР

3.2 Сведения о пакетах, используемых при информационном взаимодействии

Таблица 3.2

№ п/п	Пакет	Состав	Шаблон имени пакета/файла ¹
1	Пакет запрос/ответ на ОСП в пакетном режиме в формате XML	ZIP-архив, содержащий:	
1.1		Протокол ОСП в пакетном режиме в формате XML (п.1.2 Приложения Г.1)	В соответствии с п.1.2 Приложения Г.1
2	Пакет ЭР	Пакет, подписанный ЭП МО, содержит:	XPiNiPpNr_YUMMN.zip, где Pi="М", Pp="S"/"T". Здесь и далее обозначение Pp="S"/"T" означает, что для ЭР по ЗЛ, застрахованным на территории НО, принимается Pp="S", а для инообластных пациентов - Pp="T"
2.1		Файл Д.1-Д.4 со сведениями об оказанной МП	XPiNiPpNr_YUMMN.xml, где Pi="М", Pp="S"/"T"
2.2		Файл Д.5 со сведениями о персональных данных	XPiNiPpNr_YUMMN.xml, где Pi="М", Pp="S"/"T"
2.3		Счет на оплату оказанной МП (в формате pdf)	XPiNiPpNr_YUMMN.pdf, где Pi="М", Pp="S"/"T"
2.4		Реестр счетов на оплату оказанной МП [5.3, Приложение №12] (в формате pdf) (соответствие реквизитов реестра счетов элементам ЭР приведено в таблице 2 Приложения Б.2)	XPiNiPpNr_YUMMN.pdf, где Pi="М", Pp="S"/"T"
2'		Файл отсоединенной ЭП МО (находится вне пакета ЭР,	XPiNiPpNr_YUMMN.zip.sig1, где Pi="М", Pp="S"/"T"

№ п/п	Пакет	Состав	Шаблон имени пакета/файла ¹
		формируется средствами web-сервиса "Кабинет МО" и загружается в его среду вместе с пакетом ЭР)	
2"		Файл отсоединенной ЭП МО (находится вне пакета ЭР, формируется средствами web-сервиса "Кабинет МО" и загружается в его среду вместе с пакетом ЭР)	XPiNiPpNp_YYMMN.zip.sig2, где Pi="M", Pp="S"/"T"
3	Пакет с результатами ФЛК (от СПОД для МО)	ZIP-архив, содержащий:	XPiNiPpNp_YYMMN_RID.zip, где Pi="T", Pp="M"
3.1		Протокол ФЛК (Приложение Д.6)	XPiNiPpNp_YYMMN.xml, где Pi="T", Pp="M"
3.2		Перечень пакетов ЭР, направленных на оплату (Приложение Д.6.1)	PERECHEN_ER.xlsx
3.3		Дополнительный файл(ы) по усмотрению ТФОМС (необязательно)	Не регламентировано
4	Пакет с результатами МЭК (от ТФОМС для МО)	Транспортный пакет, содержащий:	XPiNiPpNp_YYMMN_RID.oms, Где Pi="S"/"T", Pp="M"
4.1		Пакет, подписанный ЭП ТФОМС и МО, содержащий:	XPiNiPpNp_YYMMN.zip, где Pi="S"/"T", Pp="M"
4.1.1		Протокол ФЛК (Приложение Д.6) (не формируется для ЭР по инообластным ЗЛ)	XPiNiPpNp_YYMMN.xml, где Pi="S", Pp="M"
4.1.2		Протокол МЭК (Приложение Д.7)	XPiNiPpNp_YYMMN.xml, где Pi="S"/"T", Pp="M"
4.1.3		Заключение МЭК (в форматеxlsx); содержание, форма, а также соответствие полей Заключения МЭК элементам ЭР приведены в [4.26, приложение № 1] и Приложении Б.3 соответственно)	XPiNiPpNp_YYMMN.xlsx, где Pi="S"/"T", Pp="M"
4.1.4		Дополнительный файл(ы) по усмотрению ТФОМС (необязательно)	Не регламентировано
4.2		SIG-файл, содержащий ЭП со стороны ТФОМС (в соответствии с таблицей 3.3)	XPiNiPpNp_YYMMN.zip.sig2, где Pi="S"/"T", Pp="M"
5	Пакет с результатами МЭК (от ТФОМС для СМО)	Транспортный пакет, содержащий:	PiNiPpNp_YYMMK.oms, где K="1", Pi="T", Pp="S"
5.1		Пакет, подписанный ЭП ТФОМС, содержащий:	PiNiPpNp_YYMMK.zip, где Pi="T", Pp="S"
5.1.1		Пакеты, содержащие информацию о принятых и отклоненных от оплаты позициях за отчетный месяц с указанием признака оплаты и причин отклонения по результатам МЭК, а также элементов, которые заполняются ТФОМС. Включают в себя:	XPiNiPpNp_YYMMN_RID.zip, где Pi="S", Pp="M"
5.1.1.1		Протокол МЭК - основной файл ЭР, преобразованный к сокращенному формату	XPiNiPpNp_YYMMN.xml, где Pi="S", Pp="M"

№ п/п	Пакет	Состав	Шаблон имени пакета/файла ¹
		(Приложение Д.7), содержащий все позиции ЭР, сформированные МО	
5.1.1.2		Заключение МЭК (в формате xlsx); содержание, форма, а также соответствие полей Заключения МЭК элементам ЭР приведены в [4.26, приложение № 1] и Приложении Б.3 соответственно)	XPiNiPpNp_YYMMN.xlsx, где Pi="S", Pp="M"
5.1.2		SIG-файл, содержащий ЭП ТФОМС (в соответствии с таблицей 3.3)	PiNiPpNp_YYMMK.zip.sig, где Pi="S", Pp="M"
6	Пакет с результатами МЭЭ, ЭКМП (от СМО для ТФОМС)	Транспортный пакет, содержащий:	PiNiPpNp_YYMMK.oms, где: K={ "2" - МЭЭ; "3" – ЭКМП }; Pi="S", Pp="T"
6.1		Пакет, подписанный ЭП СМО и ТФОМС, содержащий:	PiNiPpNp_YYMMK.zip, где Pi="S", Pp="T"
6.1.1		Пакеты ЭР, содержащие информацию о принятых и отклоненных от оплаты позициях за отчетный месяц с указанием признака оплаты и причин отклонения по результатам одного из видов контроля (МЭЭ, ЭКМП). Включают в себя:	XPiNiPpNp_YYMMN_RID.zip, где Pi="S", Pp="T"
6.1.1.1		Основной файл ЭР Д.1-Д.4, в исходном формате, содержащий только те позиции, в которые включены сведения по МЭЭ, ЭКМП	XPiNiPpNp_YYMMN.xml, где Pi="S", Pp="T"
6.1.1.2		Файл Д.5, содержащий сведения о персональных данных	XPiNiPpNp_YYMMN.xml, где Pi="S", Pp="T"
6.2		SIG-файл, содержащий ЭП со стороны СМО (в соответствии с таблицей 3.3)	PiNiPpNp_YYMMK.zip.sigs, где Pi="S", Pp="T"
7	Пакеты с результатами МЭЭ/ЭКМП (от СМО для МО) (отдельно по каждому виду контроля)	Транспортный пакет, содержащий:	PiNiPpNp_YYMMK.oms, где: K= { "2" (МЭЭ), "3" (ЭКМП) }; - при первоначальной отправке от СМО в МО: Pi="S", Pp="M"; - при возвращении от МО в СМО с подписью МО: Pi="M", Pp="S"
7.1		Пакет, подписанный ЭП СМО и МО, содержащий:	PiNiPpNp_YYMMK.zip, где Pi="S", Pp="M"
7.1.1		Пакеты, включающие в себя:	XPiNiPpNp_YYMMN_RID.zip, где Pi="S", Pp="M"
7.1.1.1		Основной файл ЭР Д.1-Д.4 со сведениями об оказанной МП, содержащий только те позиции, в которые включены сведения по: - МЭЭ; - ЭКМП	XPiNiPpNp_YYMMN.xml, где Pi="S", Pp="M"
7.1.1.2		Файл Д.5, содержащий сведения о персональных данных	XPiNiPpNp_YYMMN.xml, где Pi="S", Pp="M"
7.1.1.3		Заключение (формат PDF/A-1): - МЭЭ (согласно [4.26, приложение № 2]; - ЭКМП (согласно [4.26,	PiNiPpNp_YYMMK.pdf, где Pi="S", Pp="M"

№ п/п	Пакет	Состав	Шаблон имени пакета/файла ¹
		приложение № 3]	
7.2		SIG-файл, содержащий ЭП со стороны СМО (в соответствии с таблицей 3.3)	PiNiPpNp_YYMMK.zip.sigs, где Pi="S", Pp="M"
7.3		SIG-файл, содержащий ЭП со стороны МО (в соответствии с таблицей 3.3)	PiNiPpNp_YYMMK.zip.sigm, где Pi="M", Pp="S"
9	Пакет, содержащий результаты ПМЭК (от ТФОМС для МО)	Транспортный пакет, содержащий:	XPiNiPpNp_YYMMN_RID.oms, - при первоначальной отправке от ТФОМС в МО: Pi="S"/"T", Pp="M"; - при возвращении от МО в ТФОМС с подписью МО: Pi="M", Pp="S"/"T";
9.1		Пакет, подписанный ЭП ТФОМС и МО, содержащий:	XPiNiPpNp_YYMMN_RID.zip, где Pi="S", Pp="M"
9.1.1		Протокол ПМЭК (Приложение Д.7)	XPiNiPpNp_YYMMN.xml, где Pi="S", Pp="M"
9.1.2		Заключение ПМЭК (в формате xlsx); содержание, форма, а также соответствие полей Заключения МЭК элементам ЭР приведены в [4.26, приложение № 1] и Приложении Б.3 соответственно)	XPiNiPpNp_YYMMN.xlsx, где Pi="S", Pp="M"
9.2		SIG-файл, содержащий ЭП со стороны ТФОМС (в соответствии с таблицей 3.3)	XPiNiPpNp_YYMMN.zip.sig, где Pi="S", Pp="M"
10	Пакет со сведениями об объемах финансирования: подушевого и ФЗП/ФАП (от СМО для ТФОМС)	Транспортный пакет, содержащий:	XPiNiPpNp_YYMM.oms, где Pi="S", Pp="T"
10.1		Пакет, содержащий:	XPiNiPpNp_YYMM.zip, где X="P", Pi="S", Pp="T"
10.1.1		Файл со сведениями об объемах подушевого финансирования (п.6.3 Раздела 6, Приложение Д.8)	XPiNiPpNp_YYMM.xml, где X="P", Pi="S", Pp="T"
10.1.2		Файл со сведениями об объемах финансирования ФЗП/ФАП (п.6.3 Раздела 6, Приложение Д.9)	XPiNiPpNp_YYMM.xml, где X="F", Pi="S", Pp="T"
10.2		SIG-файл, содержащий ЭП со стороны СМО (в соответствии с таблицей 3.3)	PiNiPpNp_YYMM.zip.sigs, где Pi="S", Pp="T"
11	Пакет, содержащий результаты ПМЭК (от ТФОМС для СМО)	Транспортный пакет, содержащий:	PiNiPpNp_YYMMK.oms, где K="4", Pi="T", Pp="S"
11.1		Пакет, подписанный ЭП ТФОМС, содержащий:	PiNiPpNp_YYMMK.zip, где Pi="T", Pp="S"
11.1.1		Пакеты, содержащие информацию о принятых и отклоненных от оплаты позициях за отчетный месяц с указанием признака оплаты и причин отклонения по результатам ПМЭК, а также элементов, которые заполняются ТФОМС. Включают в себя:	XPiNiPpNp_YYMMN_RID.zip, где Pi="S", Pp="M"
11.1.1.1		Протокол ПМЭК - основной файл ЭР, преобразованный к	XPiNiPpNp_YYMMN.xml, где Pi="S", Pp="M"

№ п/п	Пакет	Состав	Шаблон имени пакета/файла ¹
		сокращенному формату (Приложение Д.7), содержащий все позиции ЭР, сформированные МО	
11.1.1.2		Заключение ПМЭК (в формате xlsx); содержание, форма, а также соответствие полей Заключения МЭК элементам ЭР приведены в [4.26, приложение № 1] и Приложении Б.3 соответственно)	XPiNiPpNr_YYMMN.xlsx, где Pi="S", Rp="M"
11.1.2		SIG-файл, содержащий ЭП ТФОМС (в соответствии с таблицей 3.3)	PiNiPpNr_YYMMK.zip.sig, где Pi="S", Rp="M"

¹ Параметры шаблона имени пакетов/файлов (за исключением Pi, Rp и K, указанных здесь явно) задаются согласно п.3.4.

3.3 Сведения о пакетах, заверяемых ЭП:

Таблица 3.3

	Пакет, заверяемый ЭП	Кто подписывает ¹	Комментарий
1	Пакет ЭР от МО для ТФОМС	- Руководитель МО; - Главный бухгалтер МО	При отсутствии в штатном расписании МО главного бухгалтера либо возложении его функций на руководителя МО, последний подписывает пакет ЭР дважды
2	Пакеты с результатами МЭК/ПМЭК от ТФОМС для МО/СМО	Директор ТФОМС	
3	Пакет с результатами контроля ЭР (МЭЭ, ЭКМП) от СМО для ТФОМС	- Руководитель СМО; - Исполнитель СМО (специалист-эксперт)	В случае привлечения специалиста-эксперта иной организации (при ЭКМП) при отсутствии у него сертификата ЭП данный пакет не подлежит передаче средствами электронного юридически значимого документооборота и передается в бумажном виде
4	Пакет с результатами контроля ЭР (МЭЭ, ЭКМП) от СМО для МО	- Руководитель СМО; - Исполнитель СМО (специалист-эксперт); - Руководитель МО	
5	Пакет от СМО для ТФОМС со сведениями об объемах подушевого финансирования и финансирования ФЗП/ФАП	- Руководитель СМО; - Исполнитель СМО	

¹ Все пакеты подписываются отсоединенной ЭП.

3.4 Описание параметров шаблонов имен файлов/пакетов, используемых при информационном взаимодействии.

Перечень пакетов/файлов и шаблоны для формирования их имен приведены в таблице 3.2. При заполнении шаблонов имен используются следующие правила.

3.4.1 В именах файлов используются исключительно латинские буквы, цифры и знаки подчеркивания.

3.4.2 Имена пакетов/файлов формируются в соответствии с шаблонами, приведенными в столбце "Шаблон имени пакета/файла" табл.3.2. В общем случае шаблон имени выглядит следующим образом: XPiNiPpNr_YYMMNKJJ_RID.

Следует учитывать, что в ряде случаев параметры X, N, K, JJ, RID могут отсутствовать (см. табл.3.2).

3.4.3 В качестве расширений имени пакета/файла используется:

- 1) oms - для транспортных пакетов, содержащих одноименные пакеты zip-архивы);
- 2) zip - для остальных пакетов;
- 3) xml, pdf, docx, xlsx - для информационных файлов в составе пакета;
- 4) sig1, sig2, sigm - для файлов, содержащих ЭП МО, sigs, sigt - для файлов, содержащих ЭП СМО и ТФОМС соответственно.

3.4.4 Параметры, фигурирующие в приведенном шаблоне имени пакета/файла (п.3.6.2), имеют следующий смысл и значения:

- 1) X – параметр, обозначающий передаваемые данные; определяется:

1.1) Для пакета ЭР и файлов ЭР в его составе - по следующей таблице в зависимости от вида основного файла ЭР (файла, содержащего сведения об оказанной МП вида Д.1-Д.4):

Таблица 3.4

№ п/п	Основной файл пакета ЭР	Параметр X для:		
		файла со сведениям и о МП (Д.1-Д.4)	файла перс. данных (Д.5)	пакета ЭР
1	Файл Д.1 со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной, медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования	H	L	H
2	Файл Д.2 со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи	T	LT	T
3	Файл Д.3 со сведениями об оказанной медицинской помощи в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения	DP	LP	DP
4	Файл Д.3 со сведениями об оказанной медицинской помощи в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения	DV	LV	DV
5	Файл Д.3 со сведениями об оказанной медицинской помощи в рамках профилактических осмотров взрослого населения	DO	LO	DO
6	Файл Д.3 со сведениями об оказанной медицинской помощи в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	DS	LS	DS
7	Файл Д.3 со сведениями об оказанной медицинской помощи в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью	DU	LU	DU
8	Файл Д.3 со сведениями об оказанной медицинской помощи в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних	DF	LF	DF
9	Файл Д.3 со сведениями об оказанной медицинской помощи в рамках первого этапа углубленной диспансеризации	DA	LA	DA
10	Файл Д.3 со сведениями об оказанной медицинской помощи в рамках второго этапа углубленной диспансеризации	DB	LB	DB

№ п/п	Основной файл пакета ЭР	Параметр X для:		
		файла со сведениям и о МП (Д.1-Д.4)	файла перс. данных (Д.5)	пакета ЭР
11	Файл Д.4 со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования	C	LC	C
12	Файл Д.3 со сведениями об оказанной медицинской помощи в рамках первого этапа диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья	DD	LD	DD
13	Файл Д.3 со сведениями об оказанной медицинской помощи в рамках второго этапа диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья	DE	LE	DE

1.2) Для пакета со сведениями об объемах финансирования: подушевого и ФЗП/ФАП (от СМО для ТФОМС) (п.11, 11.1 табл.3.2), а также файла со сведениями об объемах подушевого финансирования в указанном пакете (п.11.1.1 табл.3.2) X = "P".

1.3) Для файла со сведениями об объемах финансирования ФЗП/ФАП (п. 11.1.2 табл.3.2) X = "F".

1.4) Для файлов, перечисленных в первом столбце таблицы 3.5, параметр X принимает значения в зависимости от вида основного файла ЭР (использованы обозначения, приведенные в столбце 3 табл.3.4):

Таблица 3.5

№ п/п	Файл	Вид основного файла ЭР										
		H	T	C	DP	DV	DO	DS	DU	DF	DA	DB
1	Счет на оплату оказанной МП (п.2.3 табл.3.2)	SH	ST	SC	SP	SV	SO	SS	SU	SF	SA	SB
2	Реестр счетов на оплату оказанной МП (п.2.4 табл.3.2)	RH	RT	RC	RP	RV	RO	RS	RU	RF	RA	RB
3	Пакет с результатами ФЛК (п.3 табл.3.2)	VH	VT	VC	VP	VV	VO	VS	VU	VF	VA	VB
4	Пакет с результатами МЭК (п.4 табл.3.2)	MH	MT	MC	MP	MV	MO	MS	MU	MF	MA	MB
5	Пакет с результатами ПМЭК (п.9 табл.3.2)	NH	NT	NC	NP	NV	NO	NS	NU	NF	NA	NB

1.5) Для файлов ЭП параметр X совпадает со значением данного параметра для подписанного пакета (при наличии).

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

3) **Ni** – Номер источника: двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

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

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

6) **YY** – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

7) **MM** – порядковый номер месяца отчетного периода.

8) **N** – строка, формируемая по шаблону _LLLLLLLLPPYYMMIKKK, где:

8.1) **LLLLLLLL** - 8-значный код подразделения МО, сформировавшего пакет, по Справочнику S001 (столбец "Код подразделения МО");

8.2) **PP** - код МЭП по Справочнику S007 (элемент p_tr); примечание: для кодов МЭП, состоящих из одного знака добавляется ведущий 0 слева (например: 1 - 01; 2 - 02 и т.д.);

8.3) **YY** и **MM** - соответственно год (00-99) и месяц (01-12) оказания МП (для основных ЭР соответствуют текущему отчетному периоду; для ЭР исправленных позиций - могут соответствовать более раннему отчетному периоду);

8.4) **I** - признак ЭР исправленных позиций, принимающий значения: 0 - сведения об оказанной МП передаются впервые (основной ЭР); 1 - ЭР передается повторно после исправления (ЭР исправленных позиций);

8.5) **KKK** - порядковый номер пакета; присваивается МО в порядке возрастания, начиная с "001" (ведущие нули указываются); применяется для различения пакетов ЭР, имеющих одинаковую часть имени XPiNiPpNr_YYMM_LLLLLLLLPPYYMMI; все файлы в пакете ЭР должны иметь одинаковый номер KKK, совпадающий с номером в имени пакета;

9) **K** – параметр, обозначающий вид экспертизы, сведения о которой включены в пакет; принимает следующие значения: 1 - МЭК, 2 - МЭЭ, 3 - ЭКПМ, 4 - ПМЭК;

10) **RID** – уникальный номер, присваиваемый СПОД при каждом входе пакета ЭР со стороны МО; имеет формат N(11);

11) **JJ** - порядковый номер отправки пакета на согласование в рамках отчетного месяца; относится к пакету, содержащему Акт приема-передачи сведений об оплате МП и результатах экспертизы; присваивается ТФОМС в порядке возрастания, начиная с "01" (табл. 3.1, строки 11, 12, включая подстроки);

12) **APP1**, **APP2** (п.10.1, 10.1.1, 10.1.3, 10.2, 10.3 табл.3.2), **SVOD** (п.10.1.2 табл.3.2) - строковые константы.

3.4.5 Правила формирования параметров Pi, Ni, Pp, Nr.

Необходимо учитывать, что организацией-источником и организацией-получателем являются организации, которые соответственно передают либо получают пакет в текущей операции электронного обмена. Данное требование распространяется на именование как самого пакета, так и файлов в его составе, если не оговорено иное (см. столбец "Шаблон имени пакета/файла" табл. 3.2).

3.4.6 Примеры имен пакетов/файлов.

3.4.6.1 Примеры имен пакетов/файлов применительно к основному пакету ЭР, сформированному подразделением Мухомовская районная больница ГБУЗ НО "Ардатовская ЦРБ" для СМО Нижегородский филиал АО "Страховая компания "СОГАЗ-Мед", содержащему сведения об оказанной МП в круглосуточном стационаре, за отчетный период - февраль 2022 года, первый файл:

1) Пакет ЭР, загруженный МО на web-сервис "Кабинет МО" (п.2 табл.3.2):

HM520001S52006_2202_520001020122020001.zip – пакет ЭР;
 HM520001S52006_2202_520001020122020001.xml - файл Д.1;
 LM520001S52006_2202_520001020122020001.xml - файл Д.5;
 SHM520001S52006_2202_520001020122020001.pdf - счет;
 RHM520001S52006_2202_520001020122020001.pdf - реестр счетов;
 HM520001S52006_2202_520001020122020001.zip.sig1 - ЭП МО;
 HM520001S52006_2202_520001020122020001.zip.sig2 - ЭП МО.

Параметр RID каждого пакета отображается в среде web-сервиса "Кабинет МО".

2) Пакет с результатами ФЛК (п.3 табл.3.2) от web-сервис "Кабинет МО":

VHT52M520001_2202_520001020122020001_456.zip - пакет (RID = 456);
 VHT52M520001_2202_520001020122020001.xml - протокол контроля.

3) Пакет с результатами МЭК (п.4 табл.3.3 от ТФОМС для МО, подписанный ТФОМС, направляемый в МО:

MHT52M520001_2202_520001020122020001_456.oms - транспортный пакет;
 MHT52M520001_2202_520001020122020001.zip - пакет с результатами МЭК, содержащий информационные файлы с результатами МЭК;
 VHT52M520001_2202_520001020122020001.xml - файл Д.6 - протокол контроля;

MHT52M520001_2202_520001020122020001.xml - протокол МЭК (Д.7);
 MHT52M520001_2202_520001020122020001.xlsx - заключение МЭК;
 MHT52M520001_2202_520001020122020001.zip.sig - ЭП ТФОМС.

3.4.6.2 Примеры имен пакетов/файлов применительно к основному пакету ЭР, сформированному подразделением Поликлиника №2 ГБУЗ НО "Городская поликлиника №7 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода" для ТФОМС, содержащему сведения по обращениям инообластных ЗЛ, за отчетный период - февраль 2022 года, второй файл, поданному на оплату:

1) Пакет ЭР, загруженный МО на web-сервис "Кабинет МО" (п.2 табл.3.2):

NM520128T52_2202_520128022622020002.zip - пакет ЭР;
 NM520128T52_2202_520128022622020002.xml - файл Д.1;
 LM520128T52_2202_520128022622020002.xml - файл Д.5;
 SHM520128T52_2202_520128022622020002.pdf - счет;
 RNM520128T52_2202_520128022622020002.pdf - реестр счетов;
 NM520128T52_2202_520128022622020002.zip.sig1 - ЭП МО;
 NM520128T52_2202_520128022622020002.zip.sig2 - ЭП МО.

Параметр RID каждого пакета отображается в среде web-сервиса "Кабинет МО".

2) Пакет с результатами ФЛК (п.3 табл.3.2) от web-сервис "Кабинет МО":

VHT52M520128_2202_520128022622020002_3587.zip - пакет (RID=3587);
 VHT52M520128_2202_520128022622020002.xml - протокол контроля.

3) Пакет с результатами МЭК (п.4 табл.3.2, сформированный и подписанный ТФОМС, отправляемый в МО:

MHT52M520128_2202_520128022622020002_3587.oms – транспортный пакет;

MHT52M520128_2202_520128022622020002.zip – пакет с результатами МЭК, содержащий информационные файлы с результатами МЭК;

VHT52M520128_2202_520128022622020002.xml - протокол ФЛК (Д.6);
 MHT52M520128_2202_520128022622020002.xml - протокол МЭК (Д.7);
 MHT52M520128_2202_520128022622020002.xlsx - заключение МЭК;
 MHT52M520128_2202_520128022622020002.zip.sig - ЭП руководителя и исполнителя ТФОМС.

Раздел 4. Роль ТФОМС в информационном взаимодействии

4.1 ТФОМС обеспечивает информационную, методическую, организационную и техническую поддержку единого информационного пространства сферы ОМС Нижегородской области по следующим направлениям:

4.1.1 Информационная поддержка участников информационного взаимодействия:

1) публикация на официальном сайте ТФОМС актуальных редакций нормативных документов в сфере ОМС:

- компонентов федерального пакета НСИ (в разделе "Справочники и реестры / Перечень федеральных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС");
- законов, приказов, постановлений и других нормативных документов государственных органов федерального и регионального уровня (в разделе "Документы");

2) разработка и публикация на официальном сайте ТФОМС актуальных редакций:

- компонентов регионального пакета НСИ (в разделе "Справочники и реестры / Перечень региональных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС");
- Тарифного соглашения (в разделе "Документы/Тарифная комиссия");
- ПЭОД (в разделе "Документы/Положение об электронном обмене");
- руководств по работе в информационными ресурсами ТФОМС (в разделе "АИС ОМС");
- других документов регионального уровня, регламентирующих информационное взаимодействие.

4.1.2 Организационно-методическая поддержка участников информационного взаимодействия по вопросам применения требований нормативных документов посредством:

1) удаленных консультаций:

- по электронной почте - peod@tfoms52.ru;
- по ViPNet - 52<ТФОМС_НО>_PEOD;

2) рабочих совещаний;

3) писем и сообщений, содержащих уведомления либо разъяснения по отдельным вопросам информационного взаимодействия;

4) запросов на предоставление необходимых данных участниками информационного взаимодействия в целях контроля за исполнением ими требований нормативных документов, а также для формирования отчетности, определяемой ФОМС.

4.1.3 Техническая поддержка информационных ресурсов:

- 1) официального сайта ТФОМС;
- 2) СПОД (Приложение Г.2);
- 3) подсистем информационного ресурса ТФОМС (АИС "Госпитализация", web-сервис "Кабинет МО");
- 4) РС ЕРЗ (АИС "Прикрепление").

4.2 ТФОМС является участником информационного взаимодействия и руководствуется при этом принципами информационного взаимодействия (Раздел 2).

4.3 ТФОМС выполняет действия, предусмотренные Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета оказанной МП (Раздел 3), включая МЭК и ПМЭК, а также обеспечивает хранение ЭР, поступивших от МО.

4.4 ТФОМС выполняет действия, предусмотренные Регламентом взаимодействия участников при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановой форме (Приложение В.8).

4.5 ТФОМС выполняет действия, предусмотренные Регламентом информационного взаимодействия между Федеральным казенным учреждением "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Нижегородской области" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Нижегородской области и страховыми медицинскими организациями Нижегородской области (Приложение В.7).

4.6 В рамках ведения РС ЕРЗ ТФОМС ежемесячно направляет в СМО:

4.6.1 в срок до 15.00 последнего р.д. месяца, предшествующего отчетному:

- файл, содержащий сведения о ЗЛ в РС ЕРЗ, в соответствии с п.2 Приложения В.2.13, без включения информации о прикреплении ЗЛ к МО и медицинскому работнику (последние 6 атрибутов, указанных в табл. 2 Приложения В.2.13 не заполняются);

- акт сверки численности ЗЛ со СМО на 1 число расчетного месяца в соответствии с Приложением В.2.14;

4.6.2 в первый р.д. отчетного месяца (после формирования протоколов согласования численности ЗЛ, прикрепившихся к МО-Фондодержателю и объемов финансовых средств подушевого финансирования за отчетный месяц) - файл, содержащий сведения о ЗЛ в РС ЕРЗ, в соответствии с п.2 Приложения В.2.13, с включением информации о прикреплении ЗЛ к МО и медицинскому работнику (заполняются последние 6 атрибутов, указанных в табл. 2 Приложения В.2.13).

4.7. ТФОМС выполняет действия, предусмотренные Порядком прикрепления ЗЛ к МО-Фондодержателю, оказывающей МП в условиях АПП по профилю "Стоматология" (Приложение В.10) и Порядком согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология", и окончательного финансирования МО-Фондодержателя (Приложение В.10.2).

Раздел 5. Роль МО в информационном взаимодействии

5.1 МО ведет персонифицированный учет оказанной МП в сфере ОМС. При этом:

5.1.1 Ведение персонифицированного учета оказанной МП и формирование ЭР выполняется средствами МИС. В МО государственной формы собственности (ГБУЗ НО, ГАУЗ НО) для этих целей используется исключительно:

- Единая цифровая платформа (ЕЦП), разработчик – ООО «РТ МИС», код по справочнику S003 – 24 (кроме СМП);
- Централизованная информационная система скорой медицинской помощи для автоматизации приема и обработки вызовов, обмена информацией и управления выездными бригадами скорой и неотложной медицинской помощи с использованием системы ГЛОНАСС, взаимодействующей с «Системой 112», на территории Нижегородской области, разработчик – ООО «Руна», код по справочнику S003 – 29 (для СМП).

Для МО иных форм собственности допускается использование МИС иных разработчиков, из числа включенных в справочник S003.

5.1.2 Формирование ЭР с использованием МИС выполняется МО в соответствии с [12], настоящим ПЭОД, федеральными и региональными справочниками НСИ (размещены на официальном сайте ТФОМС).

5.1.3 МО самостоятельно проверяет (рекомендуемая частота - не реже 2 раз в течение р.д.) наличие:

- обновлений указанных нормативных документов;
- входящих сообщений и писем от ТФОМС, поступающих по Деловой почте ViPNet и в среде СЭДО.

5.2 МО в ежемесячном режиме выполняет действия, предусмотренные Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета оказанной МП (Раздел 3), включая ОСП, предоставление ЭР на оплату, получение от ТФОМС результатов МЭК и ПМЭК, а от СМО - результатов МЭЭ, ЭКМП, ПМЭК. При этом:

5.2.1 Пакет ЭР формируется средствами МИС на основании данных персонифицированного учета оказанной МП.

5.2.2 Сведения, содержащиеся в файлах Счет и Реестр счетов, должны соответствовать данным в xml-файлах (Д.1-Д.4 и Д.5), входящих в состав пакета ЭР. При наличии расхождений данных в указанных файлах, достоверными считаются данные в xml-файлах.

5.2.3 Пакет ЭР подлежит обязательному подписанию ЭП МО согласно установленным требованиям (Раздел 3), при этом бумажные документы (Счет и Реестр счетов) не предоставляются. В исключительных случаях (при отсутствии технической возможности подписания ЭП) указанные бумажные документы должны быть предоставлены в ТФОМС.

5.2.4 ЭР формируются МО за каждый отчетный период (месяц), отдельно по:

- основным ЭР и ЭР исправленных позиций;
- видам основных файлов ЭР (Д.1-Д.4);
- СМО, а также по инообластным ЗЛ;
- МЭП (соответствие МЭП видам файлов ЭР приведено в Приложении Б.1);
- типам диспансеризации, характеризующимися разными значениями элемента SCHET/DISP.

5.2.5 В ЭР включаются случаи лечения, законченные в текущем отчетном периоде, а также услуги, посещения, выполненные в рамках данных случаев, в том числе в предыдущих отчетных периодах. При изменении требований [12] и/или ПЭОД в течение случая лечения, такой случай формируется согласно требованиям, действующим на момент окончания лечения.

5.2.6 ЭР исправленных позиций подается согласно редакции ПЭОД, действовавшей в отчетном периоде первичного предоставления ЭР. ЭР исправленных позиций необходимо относить к отчетному периоду, следующему за отчетным периодом ЭР, по которому было получено заключение МЭК.

Примечание. При подаче ЭР за отчетные периоды до 2020 года указанная норма распространяется на содержание XML-файлов ЭР (соблюдение структуры файла, состава элементов, их значения); при этом, состав и оформление пакета ЭР (наличие требуемых файлов, соблюдения требований их именования, наличие ЭП, адрес направления пакета) должны соответствовать действующей редакции ПЭОД.

5.2.7 МО при необходимости может инициировать проведение ПМЭК. В этом случае МО направляет в ТФОМС письмо-заявку от МО на проведение ПМЭК, которая должна содержать следующие сведения:

- 1) реестровый номер МО (CODE_MO);
- 2) сведения о ЭР:
 - номер счета (NSCHET);
 - дата счета (DSCHET);
 - сумма счета (SUMMAV);
 - номер заключения МЭК (RID);
- 3) сведения о записях ЭР:
 - номер записи (N_ZAP);
 - номер законченного случая (IDCASE);
- 4) причина проведения ПМЭК.

На основании заключения ПМЭК (формируется ТФОМС и направляется в МО в течение 30 дней после получения заявки от МО) МО вправе сформировать и направить в ТФОМС ЭР исправленных позиций в течение 7 р.д.

5.2.8 Рекомендуемые правила контроля ЭР на уровне МИС:

- 1) ограничение на ввод информации, не соответствующей требованиям ПЭОД и НСИ;
- 2) предварительный контроль сформированного ЭР перед его отправкой; при наличии ошибок, они должны быть исправлены;
- 3) соблюдение формата представления денежных величин в соответствующих элементах ЭР - N(15.2), например: 120.98 (сто двадцать рублей девяносто восемь копеек);
- 4) формирование названий файлов, а также формирование пакетов и их архивирование (см. Раздел 3) должно обеспечиваться в автоматическом режиме.
- 5) В среде МИС должна быть реализована функция формирования запросов на ОСП и обработки соответствующих ответов (Приложение Г.1.1).
- 6) МИС должна обеспечивать удобное взаимодействие с программными средствами постановки и проверки ЭП (Приложение В.6.1) с целью реализации функции заверения пакетов ЭР электронной подписью, а также проверки достоверности ЭП пакетов с результатами МЭК, получаемых от ТФОМС.

5.3 Свод действий МО, выполняемых с помощью информационных ресурсов ТФОМС, приведен в таблице 5.1:

Таблица 5.1

№ п/п	Регламент, действие	Периодичность	Ссылка на источник, содержащий описание
1	Выполнение действий в рамках Регламента информационного	Ежемесячно	Раздел 3, Приложение

№ п/п	Регламент, действие	Периодично сть	Ссылка на источник, содержащий описание
	взаимодействия при ведении персонифицированного учета оказанной МП с использованием сервисов СПОД и "Кабинет МО"		В.11, Приложение Г.2, руководства и инструкции в разделе "ИС ТФОМС / Web-сервис "Кабинет МО"" официального сайта ТФОМС
2	Учет прикрепленного населения, застрахованного на территории НО и инообластных прикрепленных ЗЛ с использованием АИС "Прикрепление" и АИС "Прикрепление" (раздел "Стоматология")	Ежедневно	Руководства и инструкции в разделе "ИС ТФОМС / АИС "Прикрепление"" официального сайта ТФОМС, Приложение В.10
3	Осуществление информационного взаимодействия участников ОМС при прохождении ЗЛ медицинских профилактических мероприятий	Ежемесячно	[4.1]
4	Осуществление информационного взаимодействия участников ОМС при диспансерном наблюдении ЗЛ	Ежемесячно	[4.1]
5	В рамках Регламента взаимодействия участников при информационном сопровождении ЗЛ при оказании им специализированной МП в плановой форме - ведение учета направлений на госпитализацию в среде АИС "Госпитализация" (касается МО, оказывающих АПП) и учета госпитализированных пациентов (касается МО, оказывающих стационарную МП)	Ежедневно	[4.11], Приложение В.8
6	Размещение информации (при наличии) о проведении телемедицинских консультаций с национальными медицинскими информационными центрами в среде АИС "Госпитализация" (раздел "Телемедицина")	Ежемесячно	
7	Выполнение действий в рамках Порядка согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю (АПП и СМП), и окончательного расчета финансирования МО-Фондодержателя	Ежемесячно	Приложение В.2
8	Выполнение действий в рамках Порядка согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология", и окончательного финансирования МО-Фондодержателя	Ежемесячно	Приложение В.10.1
9	Внесение изменений в Справочник подразделений МО Нижегородской области - S001 в части ViPNet-адресов подразделений МО. С этой целью МО формирует файл-заявку в виде строки (строк) таблицы Справочника S001 в формате XLSX с указанием актуального ViPNet-адреса (по одному для каждого подразделения) в столбце "ViPNet-адрес подразделения МО" и направляет данный файл на ViPNet-адрес: 52<ТФОМС НО>_PEOD. На основании заявки ТФОМС вносит соответствующие изменения в справочник	При необходимости	
10	Внесение изменений в справочники подразделений и отделений МО (S001 и S002 соответственно) в связи с добавлением, исключением, изменением наименования подразделения или отделения, основного профиля или уровня оказания МП отделения инициируется МО в виде официального письма-заявки в ТФОМС с использованием шаблонов, приведенных в Приложениях Е.2, Е.2.1. При этом МО необходимо предварительно актуализировать всю предусмотренную информацию в ФРМО (в части структурных подразделений и отделений) и ГИС ОМС (в части структурных подразделений). Дополнительно к письму-заявке прилагаются копии: - приказа руководителя МО о внесении соответствующих изменений в структуру МО; - положения о подразделении/отделении; - выписки из штатного расписания. Указанные документы должны удовлетворять требованиям действующего законодательства и порядкам оказания МП. При открытии отделения ранней медицинской реабилитации документы должны соответствовать требованиям Приложений № 3, 4, 5 к Порядку	При необходимости	

№ п/п	Регламент, действие	Периодично сть	Ссылка на источник, содержащий описание
	организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденному [4.20]. Если заявка касается лишь изменении уровня оказания МП отделения, которое уже присутствует в справочнике S002, то в ней приводится ссылка на соответствующий приказ министерства здравоохранения Нижегородской области об утверждении уровней и прилагается положение об отделении с указанием вида(ов) оказываемой МП, на основании которых установлен соответствующий уровень. Решение об удовлетворении заявки принимается ТФОМС с учетом наличия выделенных объемов оказания МП		

Раздел 6. Роль СМО в информационном взаимодействии

6.1 В процессе информационного взаимодействия СМО руководствуется [12], настоящим ПЭОД, федеральными и региональными справочниками НСИ (размещены на официальном сайте ТФОМС). СМО самостоятельно отслеживает обновления указанных нормативных документов, а также выполняет регулярную проверку наличия входящих сообщений от ТФОМС, поступающих по Деловой почте ViPNet и в среде СЭДО.

6.2 Свод действий СМО, выполняемых с помощью информационных ресурсов ТФОМС, приведен в таблице 6.1:

Таблица 6.1

№ п/п	Регламент, действие	Периодичность	Ссылка на источник, содержащий описание
1	Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета оказанной МП	Ежемесячно	Раздел 3
2	Осуществление действий, предписанных СМО в рамках проведения профилактических медицинских мероприятий и диспансерного наблюдения	Ежемесячно	[4.1]
3	Регламент информационного взаимодействия между ГБМСЭ, ТФОМС и СМО - передача в ТФОМС (через СПОД) пакета, содержащего данные экспертиз	Ежемесячно	Приложение В.7
4	Направление в ТФОМС актуализированных сведений о пунктах выдачи полисов ОМС в виде измененных либо дополнительных позиций данных сведений	При наличии изменений	Приложение Е.1
5	Регламент взаимодействия участников при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановой форме	Ежедневно	Приложение В.8
6	Порядок согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю (АПП и СМП), и окончательного расчета финансирования МО-Фондодержателя	Ежемесячно	Приложение В.2
7	Порядок согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология", и окончательного финансирования МО-Фондодержателя	Ежемесячно	Приложение В.10.1

Раздел 7. Особенности формирования некоторых видов ЭР

7.1 Общие особенности формирования некоторых видов ЭР

7.1.1 Все элементы ЭР (файлы Д.1-Д.5) заполняются в соответствии с описанием, приведенным в справочнике SQ018. При этом:

- обязательные элементы (тип "О") формируются и заполняются значениями обязательно, независимо от каких-либо условий;
- условно-обязательные элементы (тип "У") формируются и заполняются значениями только при наличии условий их обязательного заполнения, приведенных в полях "Федеральные правила заполнения элемента", "Региональные особенности заполнения элемента", "Региональные условия заполнения элемента" справочника SQ018, в противном случае - не формируются;
- необязательные элементы (тип "Н") формируются только при наличии данных для их заполнения;
- не допускается наличие тегов, в которых отсутствуют значения элементов.

7.1.2 Случаи формирования ЭР, при которых требуются дополнительные пояснения, классифицируются как особенности, их описание приводится в настоящем разделе, при этом подразумевается, что формирование элементов ЭР, не затронутых при описании особенностей, выполняется согласно общим правилам, приведенным в Справочнике SQ018. Базовым региональным критерием для классификации особенностей формирования ЭР является МЭП (соответствует элементу МЕР1).

7.1.3 В ЭР исправленных позиций:

- в элементе ZAP/PR_NOV указывается значение 1 (запись передается повторно после исправления ошибок);
- в составной элемент ZAP добавляется составной элемент COMENTZ;
- в элементе ZAP/COMENTZ/O_FILENAME указывается имя файла исходного ЭР, первично предъявленного к оплате;
- в элементе ZAP/COMENTZ/O_N_ZAP указывается номер позиции файла исходного ЭР (ZAP.N_ZAP);
- в элементе ZAP/COMENTZ/O_SMO указывается реестровый номер СМО, отклонившей позицию от оплаты в исходном ЭР, первично предъявленном к оплате, в случае отклонения позиции ТФОМС, указывается значение "52";
- в элементе ZAP/COMENTZ/O_OSN указывается код причины отклонения исходной записи по Классификатору F014.

7.1.4 При выборе вида основного файла ЭР (Д.1-Д.4), содержащего сведения об оказанной МП, используются следующие критерии:

- 1) файл Д.1 используется при МЕР1={1-8, 14-26, 37, 41, 42, 43, 46, 47} при отсутствии подозрения на ЗНО и установленного диагноза ЗНО ($DS1 < C00.0$ или $D10 \leq DS1 < D45$ или $DS1 \geq D48$);
- 2) файл Д.2 используется при МЕР1=11 (независимо от наличия/отсутствия подозрения либо установленного диагноза ЗНО);
- 3) файл Д.3 используется при МЕР1={27- 33, 38-40, 44, 45} (независимо от наличия/отсутствия подозрения либо установленного диагноза ЗНО);
- 4) файл Д.4 используется при МЕР1={1-8, 14-26, 37, 41, 42, 43, 46, 47} при наличии подозрения на ЗНО ($DS_ONK=1$) или установленного диагноза ЗНО ($C00.0 \leq DS1 < D10$ или $D45 \leq DS1 < D48$).

7.1.5 При формировании ЭР также следует руководствоваться информацией, приведенной в Приложениях Ж.1 - Ж.7.

7.2 Особенности формирования файлов Д.1, Д.4.

7.2.1 Особенности формирования ЭР МП, оказанной в условиях АПП.

7.2.1.1 При формировании ЭР по посещениям с профилактической целью и/или с иными целями и по обращениям по поводу заболевания (МЕР1={2, 26}):

7.2.1.1.1 В позициях ЭР по неотложной МП:

1) В общем случае:

- указывается соответствующее значение МЕР2={"НМПВ", "НМПФ", "НМПТ", "НППР", "НППН", "НППНР"} (по Справочнику S015);
- в элементе COMENTSL/PRVD указывается код должности соответствующего врача либо фельдшера (по Справочнику SV021), оказавшего неотложную МП (в случае оказания МП фельдшером указывается одно из значений: 195, 350, 352);
- в элементе SL/TARIF указывается тариф согласно [12, Приложение № 12];

2) В случае пребывания пациента в приемном покое от 4 до 24 часов в целях оказания неотложной МП с учетом необходимости выполнения дополнительных исследований и динамического наблюдения за пациентом:

- МЕР2={"НППН", "НППНР"};
- SL/TARIF - указывается тариф врача приемного отделения согласно [12, Приложение № 12];
- SL/COMENTSL/PRVD=79;
- DAID - указываются соответствующие значения по справочнику SQ018 согласно [12, Приложение № 3].

3) В случае оказания неотложной МП в приемном покое стационара (при отсутствии необходимости динамического наблюдения за пациентом), врачом:

- МЕР2="НППР";
- SL/TARIF - указывается тариф врача приемного отделения согласно [12, Приложение № 12];
- SL/COMENTSL/PRVD=79;
- если в связи с неотложной МП в той же МО были оказаны дополнительные медицинские услуги, из числа указанных в [12, Приложения № 13-13.5] (S022.gr_code={13-33, 36, 37, 52, 60, 66}), последние формируются как отдельные законченные случаи, в которых: МЕР1=17, МЕР2="УНППР", значение NPR_DATE должно совпадать с DATE_1 случая оказания неотложной МП.

4) В случае оказания неотложной МП лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, в травмпунктах:

- МЕР2="НМПТ";
- SL/COMENTSL/PRVD=114.

7.2.1.1.2 Применение кода врачебной должности 109 (врач-терапевт) возможно только в следующих случаях:

- при оказании МП в МО (подразделениях МО), осуществляющих наблюдение за женщинами в период беременности;
- при оказании неотложной МП.

7.2.1.1.3 Применение кода врачебной должности 58 (врач-педиатр) возможно только при оказании неотложной МП (при этом в элементе МЕР2 проставляется соответствующий код по Справочнику S015).

7.2.1.1.4 Позиции ЭР от МО-Фондодержателя по подушевому финансированию при оказании АПП.

К указанным позициям ЭР относятся следующие:

- содержащие информацию об оказанной АПП прикрепленным ЗЛ врачами и фельдшерами, указанными в справочнике SV021 с признаком PODUSH=1 (из числа указанных в [12, Приложение № 2, п. 1.3]);

- имеющие МЕР2="ДШО";

- другие случаи оказания МП, оплачиваемые по подушевому нормативу финансирования согласно [12].

В элементе TARIF указывается соответствующий тариф согласно [12].

В элементе PRIKREP указывается значение "3" (см. описание данного элемента в справочнике SQ018). Предварительное значение данного элемента указывает МО (необязательно), окончательное значение – ТФОМС.

7.2.1.1.5 В ЭР по обращениям (МЕР1=26) посещения формируются в виде тегов SL/USL, при этом: диагноз основной, указанный в случае SL/DS1, и диагнозы, соответствующие посещениям, указанные в элементах USL/DS, должны относиться к одному и тому же Классу заболеваний по МКБ-10, за исключением обращений, в рамках которых были выполнены диагностические исследования и выявлено онкологическое заболевание. В этом случае, при первом посещении применяется код МКБ-10 из любого Класа заболеваний, в том числе, код Z03.1, а в заключительном посещении указывается код C00-C97 ("Злокачественные новообразования") Класа II ("Новообразования"); в промежуточных посещениях применяется код МКБ-10, относящийся к тому же Класу, что и код, примененный при первом посещении или код МКБ-10 Класа II.

7.2.1.1.6 Формирование ЭР по любой МП, оказанной в ЦАОП, выполняется в составе файла Д.1 (при отсутствии подозрения либо установленного диагноза ЗНО) либо Д.4 (при наличии подозрения либо установленного диагноза ЗНО). При этом указывается:

CAOP = 1.

В иных случаях элемент CAOP не формируется.

7.2.1.1.7 Формирование ЭР по посещению к врачу-онкологу в ЦАОП выполняется на основании сведений [12, Приложение № 2], при этом указывается:

МЕР1=2;

CAOP = 1;

SL/COMENTSL/PRVD=50 (по Справочнику SV021);

SL/TARIF - в соответствии с [12, Приложение № 10].

7.2.1.1.8 При формировании случая по обращению к врачу-онкологу в ЦАОП указывается:

- МЕР1=26;

- CAOP=1;

- SL/COMENTSL/PRVD=50 (по Справочнику SV021);

- SL/TARIF - согласно [12, Приложение № 11].

Медицинские услуги, оказываемые в ЦАОП либо в иной МО по направлению ЦАОП, формируются как отдельные случаи лечения видов МЕР1=17 (см. п.7.2.1.4.2).

7.2.1.1.9 При посещении врача-акушера-гинеколога (для приема беременных) и использовании соответствующего тарифа согласно [12, Приложение № 10] следует указывать МЕР2="БАГБ".

При проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка беременной женщины в кабинете антенатальной охраны плода соответствующие медицинские услуги формируются как отдельные случаи МП (МЕР1=17, см. п.7.2.1.4.1).

7.2.1.1.10 При оказании МП в женской консультации (кроме случаев МЕР2="ВАГБ" - см. Справочник S015) указывается:

- МЕР2="ЖКУБ" - если пациентка состоит на учете по беременности в данной МО;
- МЕР2="ЖК" - в противном случае.

7.2.1.1.11 При посещении или обращении (МЕР1={2, 26}) в связи с ранее оказанной неотложной помощью (не позднее 24 часов с момента ее оказания) указывается соответствующее значение МЕР2={"ПОН", "ФАН", "ФАВН"} (по Справочнику S015).

7.2.1.1.12 При формировании случая консультативного приема (МЕР1=4) врачом-кардиологом или врачом-детским кардиологом с оказанием медицинской услуги A23.10.002 (программирование постоянного имплантируемого антиаритмического устройства):

- SL/TARIF = 0;
- SL/PRVD = 34 (в случае приема врачом-кардиологом) или SL/PRVD = 25 (в случае приема врачом-детским кардиологом) (по Справочнику SV021);

формируется элемент USL, в котором:

- в элементе USL/TARIF указывается тариф услуги A23.10.002 для взрослого либо несовершеннолетнего ЗЛ (согласно [12, Приложение № 9] с учетом формулы для вычисления тарифа, приведенной в [12, Приложения № 2, 3]);
- в элементах USL/CODE_USL, USL/VID_VME указываются коды оказанной медицинской услуги (S022.gr_code=68).

7.2.1.1.13 При формировании случая консультативного приема (МЕР1=4) детского населения врачом-ревматологом с оказанием медицинских услуг A11.01.002 либо A11.02.002 (подкожное либо внутримышечное введение генно-инженерных биологических лекарственных препаратов):

- в элементе SL/TARIF указывается тариф консультативного приема детского населения врачом-ревматологом (согласно [12, Приложение № 9], с учетом формулы для вычисления тарифа, приведенной в [12, Приложения № 2, 3]);

- SL/PRVD = 93 (по Справочнику SV021);

формируется элемент USL, в котором:

- в элементе USL/TARIF указывается тариф услуги A11.01.002 либо A11.02.002 (согласно [12, Приложение № 9]) с учетом формулы для вычисления тарифа, приведенной в [12, Приложения № 2, 3]);

- в элементах USL/CODE_USL, USL/VID_VME указываются коды оказанной медицинской услуги (S022.gr_code=68).

7.2.1.1.14 При формировании случая консультативного приема (МЕР1=4) в глаукоматозном центре при выполнении полного комплекса исследований для диагностики глаукомы - B03.029.002:

- в элементе SL/TARIF указывается тариф приема (осмотра, консультации) врача-офтальмолога первичного (B01.029.001) согласно [12, Приложение № 9], с учетом формулы для вычисления тарифа, приведенной в [12, Приложения № 2, 3]);

- SL/PRVD = 54 (по Справочнику SV021);

- формируются элементы USL, в которые заносятся сведения о выполненных услугах S022.code_usl={680006-680013} (должны быть сформированы все услуги в данном диапазоне) с указанием их тарифов в элементе USL/TARIF согласно [12, Приложение № 9].

7.2.1.1.15 При формировании случая посещения (МЕР1=2) врача-онколога с целью подкожного, внутримышечного либо внутривенного введения лекарственных препаратов:

- в элементе SL/TARIF указывается тариф на посещение врача-онколога (согласно [12, Приложение № 10]);

- SL/PRVD = 50 (по Справочнику SV021);
формируется элемент USL, в котором:
- в элементе USL/TARIF указывается тариф услуги A11.01.002, A11.02.002 либо A11.12.003 (согласно [12, Приложение № 10]) с учетом формулы для вычисления тарифа, приведенной в [12, Приложения № 2, 3]);
- в элементах USL/CODE_USL, USL/VID_VME указываются коды оказанной медицинской услуги (S022.gr_code=69).

7.2.1.1.16 Формирование случаев оказания МП в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) (MEP1=18).

Таблица 7.1

№ п/п	Случай	MEP2	SL/TARIF	USL/TARIF	CODE_USL, VID_VME (S022.gr_code=44)	Комментарий
1	Медицинские услуги, оказываемые взрослому населению в ЦЗ					[12, Приложение № 8, п. 1]
1.1	Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания (первичное посещение)	ЦЗВ1	[12, Приложение № 8, п. 1.1]	0	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 1.1	Наличие всех услуг, входящих в комплекс [12, Приложение № 8, п. 1.1], обязательно
1.2	ДН пациента с факторами риска развития ХНИЗ в ЦЗ для взрослых. Услуга выполняется через 3 месяца с момента постановки на ДН (1-й диспансерный прием - повторное посещение с применением ТМТ)	ЦЗВ2	[12, Приложение № 8, п. 1.2]	0	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 1.2	Наличие всех услуг, входящих в комплекс [12, Приложение № 8, п. 1.2], обязательно
1.3	ДН пациента с факторами риска развития ХНИЗ в ЦЗ для взрослых. Услуга выполняется через 6 месяцев с момента постановки на ДН (2-й диспансерный прием - повторное посещение с осмотром / консультацией врачом-диетологом)	ЦЗВ3	[12, Приложение № 8, п. 1.3]	0	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 1.3	Наличие всех услуг, входящих в комплекс [12, Приложение № 8, п. 1.3], обязательно (кроме услуги B01.070.009, оказываемой по показаниям)

№ п/п	Случай	МЕР2	SL/TARIF	USL/TARIF	CODE_USL, VID_VME (S022.gr_code=44)	Комментарий
1.4	ДН пациента с факторами риска развития ХНИЗ в ЦЗ для взрослых. Услуга выполняется через 6 месяцев с момента постановки на ДН (2-й диспансерный прием - повторное посещение без осмотра / консультации врачом-диетологом)	ЦЗВ4	[12, Приложение № 8, п. 1.4]	0	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 1.4	Наличие всех услуг, входящих в комплекс [12, Приложение № 8, п. 1.4], обязательно (кроме услуги B01.070.009, оказываемой по показаниям)
1.5	ДН пациента с факторами риска развития ХНИЗ в ЦЗ для взрослых. Услуга выполняется через 12 месяцев с момента постановки на ДН (3-й диспансерный прием - повторное посещение)	ЦЗВ5	[12, Приложение № 8, п. 1.5]	0	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 1.5	Наличие всех услуг, входящих в комплекс [12, Приложение № 8, п. 1.5], обязательно
2	Медицинские услуги, оказываемые взрослому населению в ЦМЗД					[12, Приложение № 8.1]
2.1	Медицинские услуги, оказываемые взрослому населению, направленные на выявление изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний	ЦДВ0	0	[12, Приложение № 8.1, п. 1]	CODE_USL={440018, 440019}; VID_VME={B01.070.002, B01.070.003}	[12, Приложение № 8.1, п. 1]. Признак МЕР2="ЦДВ0" указывается, если данные услуги оказываются отдельно от других комплексов услуг, в противном случае - см. п.п. 2.2 - 2.8
2.2	Программа определения преждевременной активации иммуновоспалительного механизма старения (II этап)	ЦДВ1	0	[12, Приложение № 8.1, п. 2]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 2	Должна(ы) присутствовать услуга(и) CODE_USL={440018, 440019}, иные услуги из числа [12, Приложение № 8.1, п. 2] могут присутствовать выборочно
2.3	Программа определения инсулинорезистентности, гликирования и преждевременной активации метаболического механизма старения (II этап)	ЦДВ2	0	[12, Приложение № 8.1, п. 3]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 3	Должна(ы) присутствовать услуга(и) CODE_USL={440018, 440019}, иные услуги из числа [12, Приложение № 8.1, п. 3] могут присутствовать выборочно

№ п/п	Случай	MEP2	SL/TARIF	USL/TARIF	CODE_USL, VID_VME (S022.gr_code=44)	Комментарий
2.4	Программа определения преждевременной активации механизма оксидативного стресса и (или) митохондриальной дисфункции и сосудистого механизма старения (II этап)	ЦДВ3	0	[12, Приложение № 8.1, п. 4]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 4	Должна(ы) присутствовать услуга(и) CODE_USL= {440018, 440019}, иные услуги из числа [12, Приложение № 8.1, п. 4] могут присутствовать выборочно
2.5	Программа раннего выявления предриска развития нарушений опорно-двигательной системы (II этап)	ЦДВ4	0	[12, Приложение № 8.1, п. 6]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 6	Должна(ы) присутствовать услуга(и) CODE_USL= {440018, 440019}, иные услуги из числа [12, Приложение № 8.1, п. 6] могут присутствовать выборочно
2.6	Программа раннего выявления предриска развития нарушений обмена веществ, ожирения (II этап)	ЦДВ5	0	[12, Приложение № 8.1, п. 7]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 7	Должна(ы) присутствовать услуга(и) CODE_USL= {440018, 440019}, иные услуги из числа [12, Приложение № 8.1, п. 7] могут присутствовать выборочно
2.7	Программа раннего выявления признаков снижения когнитивных функций и нарушений психоэмоционального состояния (II этап)	ЦДВ6	0	[12, Приложение № 8.1, п. 8]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 8	Должна(ы) присутствовать услуга(и) CODE_USL= {440018, 440019}, иные услуги из числа [12, Приложение № 8.1, п. 8] могут присутствовать выборочно
2.8	Программа для оценки преждевременной активации механизма старения, связанного с дисбактериозом кишечника, проводится 16-S секвенирование микробиома кишечника (при наличии инфраструктуры для проведения исследования)	ЦДВ7	0	[12, Приложение № 8.1, п. 5]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 5	Должна(ы) присутствовать услуга(и) CODE_USL= {440018, 440019}, и услуга, указанная в [12, Приложение № 8.1, п. 5]
3	Медицинские услуги, оказываемые детскому населению					

№ п/п	Случай	MEP2	SL/TARIF	USL/TARIF	CODE_USL, VID_VME (S022.gr_code=44)	Комментарий
3.1	Комплексное обследование	ЦЗД1	Тариф комплекса [12, Приложение № 8, п. 2, услуга B03.047.002]	- Для услуг комплекса (A12.09.001, A09.05.026, A09.05.023, A05.30.014, A02.30.007, A12.09.005, A10.30.003) - 0; - для иных услуг (при наличии) - [12, Приложение № 8, п. 2]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 2 (кроме S022.code_usl=440 054)	В первом элементе USL указывается услуга, соответствующая комплексу (B03.047.002), в остальных - дополнительные услуги (при наличии) (кроме B01.070.003). Услуга A09.05.026 в составе комплекса выполняется при наличии показаний
3.2	Динамическое наблюдение	ЦЗД2	[12, Приложение № 8, п. 2, услуга B01.070.003]	[12, Приложение № 8, п. 2]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 2 (кроме S022.code_usl=440 053)	В первом элементе USL указывается услуга, соответствующая Приему (осмотру, консультации) врача по медицинской профилактике повторному (B01.070.003), в остальных - дополнительные услуги (при наличии) (кроме B03.047.002)

В случае оказания МП мобильными бригадами указывается K_MB=1.2, при этом значения SL/TARIF и USL/TARIF приводятся с учетом данного коэффициента.

7.2.1.1.17 Случаи ДН взрослых ЗЛ по заболеваниям, не указанным в [4.15], [4.16], а также несовершеннолетних ЗЛ, кроме детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, в общем случае оформляются как посещения или обращения с целью ДН:

- MEP1={2, 26};
- P_CEL=1.3.

Формирование случаев ДН взрослых ЗЛ по заболеваниям, указанным в [4.15], [4.16], и детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, выполняется согласно п. 7.2.8.

7.2.1.1.18 Случай обращения (MEP1=26), в рамках которого выполняется ТМК.

Различаются следующие виды случаев:

1) Случай ТМК вида "медицинский работник-пациент" (не маломобильный) оформляется как посещение в составе обращения в виде тега USL, в котором:

- USL/COMENTU/TMK=1 (с 01.07.2026);

- SL/TARIF - указывается тариф обращения к соответствующему медицинскому работнику согласно [12, Приложение № 11];

- USL/TARIF - не формируется.

2) Если в рамках обращения инициирована ТМК вида: "медицинский работник-пациент" (маломобильный) или "медицинский работник-медицинский работник", то в элементе KONS_NUM случая обращения указывается уникальный (в текущем году) номер ТМК, а сама ТМК оформляется как отдельный случай согласно п. 7.2.4.

7.2.1.2 Особенности формирования случая оказания услуг диализа в условиях АПП (MEP1=14) [12, Приложение № 3.1, п. 1]:

- SL/KD - указывается общее количество услуг экстракорпорального диализа или дней обмена перитонеального диализа, проведенных в рамках данного случая (равно количеству элементов SL/USL в случае);

- SL/USL/PODR - указывается код отделения МО по Справочнику S002;

- SL/TARIF = 0;

- USL/CODE_USL, USL/VID_VME - указываются соответствующие коды услуг из групп S022.gr_usl={46, 47};

- USL/TARIF - указывается тариф услуги согласно [12, Приложение № 22];

- USL/COMENTU/BZTSZ_DIAL - указывается базовый тариф гемодиализа / перитонеального гемодиализа согласно [12, Приложение № 22].

Особенности формирования случаев проведения услуг диализа в период лечения пациента в условиях круглосуточного или дневного стационара (MEP1={1, 3, 6, 7, 11}) описаны в п. 7.2.2; в период лечения пациента в условиях круглосуточного стационара (MEP1={1, 11}) предъявление к оплате услуг диализа в условиях АПП (MEP1=14) не допускается.

7.2.1.3 Особенности формирования ЭР по СТП (MEP1=8).

7.2.1.3.1 Позиции ЭР, оплачиваемые по подушевому нормативу финансирования формируются с учетом следующих условий:

- в элементе PRVS указывается код врачебной специальности медицинского работника (из числа указанных в [12, Приложение № 4, п. 1.2]) по справочнику SV021 с признаком PODUSH=1; в случае оказания несовершеннолетнему 3Л ортодонтических услуг врачом-ортодонтом (детским) (PRVS=43, PODUSH≠1), следует указывать DET=1;

- в элементе PRIKREP указывается значение "3" (см. описание данного элемента в Справочнике SQ018); при этом предварительное значение элемента PRIKREP указывает МО (необязательно), окончательное - ТФОМС;

- формирование элементов SL/TARIF и SL/USL/TARIF при подушевом финансировании не отличается от случаев оплаты по тарифу, в них соответственно указывается стоимость законченного случая лечения по данной СТГ (за исключением случаев поуслужной оплаты вне рамок СТГ) и тариф оказанной услуги (при наличии) (см. описание данных элементов в Справочнике SQ018).

7.2.1.3.2 В позициях ЭР, оплачиваемых по СТГ, в элементе STG указываются сведения о соответствующей СТГ, а в элементах USL:

1) первой указывается комплексная стоматологическая услуга (Справочник S022, gr_code=50); при этом задается: USL/TARIF=0, SUMV_USL=0;

2) второй указывается услуга, являющаяся классификационным критерием СТГ [12, Приложение № 5 к Приложению № 4], если одним из классификационных критериев является код услуги; при этом задается: USL/TARIF=0, SUMV_USL=0;

3) далее указываются дополнительные услуги (в случае оказания) из числа:

- ортодонтические услуги, предъявляемые одновременно с СТГ sg12.002 или sg12.003 (S022.gr_code=48);

- физиотерапевтические услуги, предъявляемые одновременно с соответствующей СТГ (S022.gr_code=49);
- люминесцентная стоматоскопия (A03.07.001) (S022.gr_code=49);
- анестезиологические услуги (для детей) (S022.gr_code=73).

7.2.1.3.3 В позициях ЭР, оплачиваемых отдельно от СТГ (в случаях, предусмотренных [12, Приложение № 4]):

- элементы STG и SL/TARIF не формируются;
- в элементах USL приводятся услуги, оплачиваемые отдельно от СТГ (из числа указанных в подпункте 3) пункта 7.2.1.3.2) (S022.gr_code={48, 49});
- в элементе USL/TARIF указывается тариф соответствующей услуги согласно [12, Приложение № 18];
- услуги, являющиеся однотипными (имеют одинаковые значения параметров: VID_VME, CODE_USL, MEP2), выполненные в один день, формируются как один законченный случай, содержащий один случай и одну услугу, при этом в элементе KOL_USL указывается количество выполненных однотипных услуг.

7.2.1.4 Особенности формирования ЭР по отдельным видам лечебных, диагностических услуг (MEP1=17) [12, Приложение № 13-13.5]:

- каждая такая медицинская услуга оформляется как один законченный случай оказания МП (кроме однотипных услуг, а также услуг комплекса: S022.code_usl={660257-660262});
- однотипные услуги (имеют одинаковые значения VID_VME, CODE_USL, MEP2), выполненные в один день, формируются как один законченный случай, содержащий один случай и одну услугу, при этом в элементе KOL_USL указывается количество выполненных однотипных услуг;
- при выполнении комплекса услуг S022.code_usl={660257-660262} каждая из них формируется как отдельный тег USL в рамках одного случая оказания МП;
- услуги с одинаковым номенклатурным кодом медицинской услуги (VID_VME), одинаковым кодом услуги (CODE_USL) и различными значениями дополнительных медико-экономических признаков (MEP2) не являются однотипными и должны формироваться в ЭР как разные законченные случаи;
- обязательным условием является наличие направления на консультацию либо на оказание данной медицинской услуги от МО, оказывающей АПП, включенной в Справочник F032, отображаемого в элементах NPR_MO, NPR_DATE. Если направление оформлено МО, не включенной в Справочник F032, либо оформлено собственной МО, оказавшей данную медицинскую услугу, следует указывать код собственной МО. Если направление оформлено военкоматом, указывается NPR_MO=000001. Если по результатам медицинских услуг, оказанных по исходным направлениям от другой МО, потребовалось оказание дополнительных лечебных, диагностических услуг, то они оформляются отдельными законченными случаями, а направления на них могут быть сформированы либо исходной МО, либо собственной МО, оказавшей данные услуги;
- в элементе USL/TARIF указывается тариф соответствующей услуги согласно [12, Приложение № 13-13.5];
- в элементах USL/CODE_USL и USL/VID_VME указываются соответствующие значения S022.code_usl и S022.vid_vme (для групп услуг S022.gr_code={13-33, 36, 37, 60, 66, 72, 74, 75, 82});
- $SUMV = SUM_M = SUMV_USL = USL.TARIF * KOL_USL$.

7.2.1.4.1 При проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка беременной женщины в кабинете антенатальной охраны плода предусмотрены медицинские услуги [12, Приложение № 3, п.2], которые формируются к оплате как отдельные случаи оказания МП с указанием:

- MEP1=17;

- USL/CODE_USL, USL/VID_VME - указываются S022.code_usl и S022.vid_vme для услуг группы S022.gr_code=72, а также услуги S022.code_usl=600035 и S022.vid_vme=A04.12.024;

- USL/TARIF - согласно [12, Приложение № 10] (с учетом формулы для вычисления тарифа, приведенной в [12, Приложения № 2, 3]) (для услуг S022.gr_code=72) и [12, Приложение № 13.3] (для услуги S022.code_usl=600035).

Указанные услуги подлежат оплате при наличии направления от МО по результатам посещения врача акушера-гинеколога (для приема беременных).

7.2.1.4.2 Медицинские услуги, оказываемые в ЦАОП либо в иной МО по направлению ЦАОП (согласно [12, Приложение № 2]), формируются как отдельные случаи оказания МП при МЕР1=17.

При этом указывается:

- направление от ЦАОП (NPR_MO, NPR_DATE);
 - CAOP={1, 2}, где значение "1" указывается при оказании медицинской услуги в ЦАОП, "2" - в иной МО по направлению ЦАОП.

7.2.1.4.3 Услуги S022.code_usl={660257-660262} выполняются и оплачиваются только в комплексе (обязательно выполнение всех услуг комплекса) и оформляются как один законченный случай. При этом:

- в SL/TARIF указывается тариф за комплекс согласно [12, Приложение № 13.5];
 - USL/TARIF=0 (для каждой услуги, входящей в комплекс).

7.2.1.5 МП, связанная с оказанием медицинских услуг пациентам с хроническим вирусным гепатитом С (МЕР1=46), проводится для пациентов с ранее выявленными anti-HCV и включает:

- определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР (качественное исследование);
 - лабораторную диагностику для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС).

Указанные виды услуг оформляются как отдельные законченные случаи, описанные ниже в п.п. 1) и 2).

1) Исследование на наличие РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР (качественное исследование) может выполняться в несколько этапов (согласно [7.9]), каждый из которых характеризуется целью и результатом, что отражается соответствующим значением элемента RES_USL согласно следующей таблице:

Таблица 7.2

№ этапа	Цель исследования	Результат выявления Hepatitis C virus	Значение RES_USL
1	Первичное исследование (проводится для всех ЗЛ с ранее выявленными anti-HCV)	Выявлен	1
		Не выявлен	-1
2	Повторное исследование (проводится через 12 недель для ЗЛ, у которых не выявлен Hepatitis C virus на этапе 1)	Выявлен	2
		Не выявлен	-2
3	Повторное исследование (проводится через 24 недель для ЗЛ, у которых не выявлен Hepatitis C virus на этапе 2)	Выявлен	3
		Не выявлен	-3
4	Контрольное исследование для оценки устойчивого вирусного ответа (проводится через 12 недель после проведения противовирусной терапии)	Выявлен	4
		Не выявлен	-4

- CODE_USL=760010;
 - VID_VME= A26.05.019.001;
 - SL/TARIF=0;
 - USL/TARIF - указывается согласно [12, Приложение № 13, п. 5.1];

2) Лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) выполняется при выявлении Hepatitis C virus и предъявляется к оплате как один из следующих комплексов услуг:

- комплекс 1: CODE_USL={760011, 760008}, соответственно VID_VME={A26.05.019.003, A04.14.001.005} (наличие всех услуг обязательно);
- комплекс 2: CODE_USL={760011, 760013, 760012, 760014}, соответственно VID_VME={A26.05.019.003, A09.05.042, A09.05.041, A12.05.120} (наличие всех услуг обязательно);
- USL/TARIF - указывается согласно [12, Приложение № 13, п. 5.2] (для услуг, выполненных и оплаченных ранее в рамках самостоятельных случаев лечения, указывается 0);
- SL/TARIF=0.

7.2.1.6 При MEP1 = {2, 26, 42} в случае приема врачом-стажером:

- SL/COMENTSL/PRVD = 11 (по Справочнику SV021);
- SL/PRVS - указывается код медицинской специальности врача-стажера (по Справочнику SV021);
- SL/COMENTSL/PRVD_V - указывается код должности медицинского работника, соответствующий медицинской специальности врача-стажера (SL/PRVS), из числа тарифицированных согласно [12, Приложения №№ 10, 11, 17] (для MEP1 = {2, 26, 42} соответственно);
- SL/TARIF - указывается тариф приема медицинского работника соответствующей должности (SL/COMENTSL/PRVD_V) согласно [12, Приложения №№ 10, 11, 17].

7.2.1.7 Особенности формирования случая по дистанционному мониторингу состояния здоровья пациента (MEP1=48).

Условиями отбора пациентов для проведения мониторинга является наличие диагнозов заболеваний, в связи с которыми пациент состоит (взят) на ДН, указанных в элементе DN_INF/DS_DN:

- при мониторинге АД: I10 - I13;
- при мониторинге показателя глюкозы в крови: E10.2-E10.9 (для пациентов с сахарным диабетом 1 типа) либо E11.2-E11.9 (для пациентов с сахарным диабетом 2 типа).

Указываются следующие значения элементов ЭР:

- DS1 - основной диагноз должен входить в число указанных в элементе DN_INF/DS_DN;
- SL/TARIF=0;
- MEP2={"МПТ", "МКТ"} - указывается только в случае мониторинга АД;
- формируется один элемент USL:
 - USL/DATE_IN=SL/DATE_1;
 - USL/DATE_OUT=SL/DATE_2; при этом разница между DATE_OUT и DATE_IN должна составлять 30 дней;
 - USL/CODE_USL, USL/VID_VME - указываются из числа услуг группы S022.gr_code=79;
 - USL/KOL_USL=1;
 - USL/TARIF - указывается согласно [12, Приложение № 13, п. 7];
 - USL/COMENTU/KOL_DN_IЗM - указывается количество дней, в которые производились измерения:
 - при мониторинге АД: ≥ 8 дней (в рамках программы "подбор терапии") либо ≥ 15 дней (в рамках программы "контроль терапии");
 - при мониторинге показателя глюкозы в крови: ≥ 22 дней;
 - USL/COMENTU/KOL_IЗM - указывается общее количество измерений в течение мониторинга:
 - при мониторинге АД: ≥ 16 (в рамках программы "подбор терапии") либо ≥ 30 (в рамках программы "контроль терапии") при условии ≥ 2 измерений в день;

- при мониторинге показателя глюкозы в крови: $\geq 75\%$ измерений, предусмотренных клиническими рекомендациями для соответствующего типа сахарного диабета и применяемой сахароснижающей терапии.

7.2.1.8 Особенности формирования случая по МП, оказываемой в кабинете "Диабетическая стопа" (MEP1=49).

Таблица 7.3

№ п/п	Случай	MEP2	SL/TARIF	USL/TARIF	CODE_USL, VID_VME (S022.gr_code=80)	Комментарий
1	Диагностика и профилактика "Скрининга синдрома диабетической стопы"	ДС1	Указывается общий тариф за услуги, входящие в комплекс, кроме услуги A04.12.001.001 [12, Приложение № 13.6, п. 1]	0, кроме услуги A04.12.001.001, для которой указывается тариф [12, Приложение № 13.6, п. 1]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 1	Наличие всех услуг, входящих в комплекс [12, Приложение № 13.6, п. 1], обязательно
2	Диагностика и лечение диабетической нейроостеоартропатии, наложения индивидуальной разгрузочной повязки	ДС2	Указывается общий тариф за услуги, входящие в комплекс, кроме услуги A04.12.001.001 [12, Приложение № 13.6, п. 2]	0, кроме услуги A04.12.001.001, для которой указывается тариф [12, Приложение № 13.6, п. 2]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 2	Наличие всех услуг, входящих в комплекс [12, Приложение № 13.6, п. 2], обязательно
3	Диагностика и лечение ран нижних конечностей у пациентов с синдромом диабетической стопы	ДС3	Указывается общий тариф за услуги, входящие в комплекс, кроме услуги A04.12.001.001 [12, Приложение № 13.6, п. 3]	0, кроме услуги A04.12.001.001, для которой указывается тариф [12, Приложение № 13.6, п. 3]	Значения из строки, где в поле S022.ppts указан п. 3	Наличие всех услуг, входящих в комплекс [12, Приложение № 13.6, п. 3], обязательно

7.2.2 Особенности формирования ЭР по МП, оказанной в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и ВМП (MEP1={1, 3, 6, 7, 11}).

При формировании случая, оплачиваемого по КСГ/ВМП, в рамках которого выполнялись услуги диализа, сведения о последних оформляются отдельными тегами USL, при этом:

- в элементах VID_VME и CODE_USL указываются соответствующие коды S022.VID_VME и S022.CODE_USL;

- в элементе USL/TARIF указывается тариф согласно [12, Приложение № 22];

- в элементе BZTSZ_DIAL указывается значение поля "Размер базовой стоимости диализа, руб." для строк "Гемодиализ (базовый тариф)" или "Перитонеальный диализ (базовый тариф)" в [12, Приложение № 22];

- в элементе KOEF_Z_APP указывается значение поля "Коэффициент относительной затратоемкости" в [12, Приложение № 22];

- в элементе SUMV_USL указывается значение: $SUMV_USL = USL/TARIF * KOL_USL$;

- в элементе SL/TARIF указывается стоимость лечения по КСГ/ВМП;

- в элементе SUM_M указывается значение: $SUM_M = SL/TARIF + \sum SUMV_USL$ (по всем услугам диализа).

7.2.2.1 Для MEP1={1, 3, 6, 7}:

- для каждого случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ формируется один составной элемент "Сведения о законченном случае" (Z_SL), содержащий:

- при выставлении на оплату ЭР по одной КСГ - один составной элемент "Сведения о случае" (SL);

- при выставлении на оплату ЭР по двум КСГ - два составных элемента "Сведения о случае" (SL), соответствующих лечению по каждой из КСГ;

- если одним из классификационных критериев при определении КСГ является услуга и/или при проведении в рамках случая услуг диализа и/или сочетанных операций, для каждого случая формируются составные элементы USL. Для каждой услуги, выполненной в составе КСГ формируется отдельный составной элемент USL. Другие услуги, выполненные в рамках случая в ЭР не включаются. Значения тарифа и суммы услуги, отличные от 0, указываются только в составных элементах USL, соответствующих услугам диализа, в остальных случаях значения элементов USL/TARIF и SUMV_USL должны быть равны 0, либо элементы не должны быть сформированы;

- для определения кода КСГ следует использовать [12, Приложения № 26, 29] и Группировщик КСГ;

Формирование составных элементов SL в рамках законченного случая:

1) при выставлении на оплату ЭР по одной КСГ формируется и передается один составной элемент SL;

2) при выставлении на оплату ЭР по двум (или более) КСГ формируются и передаются два (или более) составных элемента SL. При этом стоимость лечения по каждой КСГ определяется согласно [12] с учетом коэффициентов КСЛП (IT_SL), затратоемкости (KOEZ_Z), а также коэффициентов, одинаковых для обеих КСГ: KOEF_U и KOEF_UP. Один и тот же КСЛП (определяется параметром SV041.ID_SL) может быть применено однократно к одной из КСГ, входящих в законченный случай лечения.

В таблице 7.4 представлены:

- условия (согласно [12]), при которых ЭР за МП, оказанную в условиях круглосуточного стационара (КС) и дневного стационара (ДС), выставляются на оплату по двум КСГ;

- указание на случай, с которым ассоциируется основная санкция (см. последний столбец таблицы), для которой S_COM/OSN=1, при наличии санкций на каждый из случаев в составе одного законченного случая (данная информация предназначена для использования ТФОМС при формировании пакета с результатами МЭК, ПМЭК, МЭЭ, ЭКМП):

Таблица 7.4 Условия, при которых законченный случай состоит из двух случаев (выставление на оплату ЭР по двум КСГ)¹

Законченный случай	Случаи в рамках законченного случая ²	Допускается в рамках (КС, ДС)
1	Случай 1. Лечение в отделении А по КСГ А до перевода в отделение Б. Случай 2. Лечение в отделении Б по КСГ Б после перевода в отделение Б той же МО (оба случая - в рамках КС либо ДС). Основная санкция ассоциируется со случаем с более дорогостоящей КСГ.	КС, ДС
2	Случай 1. Лечение по поводу первоначального заболевания. Случай 2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение.	КС, ДС
3	Случай 1. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) (КСГ st19.038, ds19.028) для лекарственной терапии ЗНО. Случай 2. Лекарственная терапия ЗНО после установки порт-системы.	КС, ДС
4	Случай 1. Хирургическое лечение в рамках одной госпитализации. Случай 2. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) (КСГ st19.038, ds19.028).	КС, ДС
5	Случай 1. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (этап 1). Случай 2. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (этап 2).	КС

Законченный случай	Случаи в рамках законченного случая ²	Допускается в рамках (КС, ДС)
6	Случай 1. Лечение основного заболевания. Случай 2. Проведение реинфузии аутокрови (КСГ st36.009), баллонной внутриаортальной контрпульсации (КСГ st36.010) или экстракорпоральной мембранной оксигенации (КСГ st36.011) на фоне лечения основного заболевания.	КС
7	Случай 1. Дороговая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более. Случай 2. Родоразрешение.	КС
8	Случай 1. Дороговая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более при наличии диагнозов О14.1, О34.2, О36.3, О36.4, О42.2. Случай 2. Родоразрешение.	КС
9	Случай 1. Лечение тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания МП в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия. Случай 2. Имплантации в организм пациента медицинского изделия.	КС
10	Случай 1. Лечение нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации. Случай 2. Проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции.	КС, ДС
11	Случай 1. Лечение основного заболевания. Случай 2. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (КСГ st36.013-st36.015).	КС

¹ Сведения, приведенные в таблице, не являются исчерпывающим описанием условий выставления на оплату законченных случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, а служат лишь для целей определения случая, с которым ассоциирована основная санкция.

² Случай, с которым должна быть ассоциирована основная санкция для данного законченного случая (при наличии) выделен полужирным шрифтом.

При формировании составного элемента KSG в элементе KOEF_U указывается значение:

- 1) для случаев лечения в условиях круглосуточного стационара: для всех КСГ, кроме указанных в [12, Приложение № 5, таблица № 2] - согласно [12, Приложение № 27];
- 2) для случаев лечения в условиях дневного стационара при поликлинике, дневного стационара на дому и дневного стационара при стационаре применяется KOEF_U=1.

7.2.2.2 Для КСГ (MEP1=1) и ВМП (MEP1=11), приведенных в Справочнике S024, связанных с оказанием МП детям с экстремально низким весом, следует заполнять элемент VNOV_D ("Вес при рождении"), значение которого должно находиться в пределах 200<VNOV_D<2500.

7.2.2.3 Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса (КСГ ds02.008) составляет 1 день.

7.2.2.4 В случае госпитализации пациента в круглосуточный стационар (MEP1=1) в связи с заболеванием, по которому он состоит на ДН, указывается признак MEP2="ГДН".

7.2.2.5 В случае применения КСЛП, связанного с проведением I этапа медицинской реабилитации пациентов (SV041.ID_SL=sl011), необходимо дополнительно формировать два элемента USL, в первом из которых следует указать сведения об услуге реанимации, во втором – реабилитации, заполнив элементы:

- USL/CODE_USL и USL/VID_VME (коды услуг реанимации / реабилитации S022.gr_code=61 / S022.gr_code=62);
- USL/COMENTU/DT_RB – дата-время начала проведения услуги реанимации/реабилитации;

- USL/COMENTU/DT_RE – дата-время окончания проведения услуги реанимации/реабилитации.

7.2.2.6 При использовании КСГ ds02.008, ds02.009, ds02.010, ds02.011, соответствующих экстракорпоральному оплодотворению в условиях дневного стационара (MEP1={3, 7}), необходимо указывать соответствующее значение MEP2 = {"ЭО0", "ЭО1", "ЭО2"} (по Справочнику S015), где число после символов «ЭО» означает количество перенесенных эмбрионов. При этом необходимо учитывать следующие ограничения:

- ds02.008, ds02.011 соответствует MEP2={"ЭО1", "ЭО2"};
- ds02.009 соответствует MEP2="ЭО0";
- ds02.010 соответствует MEP2={"ЭО0", "ЭО1", "ЭО2"}.

7.2.3 Особенности формирования ЭР по СМП (MEP1=24).

Стоимость случая складывается из тарифа за вызов СМП (без учета оказания тромболитической терапии) и тарифа за услугу оказания тромболитической терапии (в случае ее проведения). При этом:

- в элементе MEP2 по Справочнику S015 указывается код профиля бригады из числа: "ББ", "РБ", "ФБ";
- в элементе SL/TARIF указывается соответствующий тариф за вызов СМП согласно [12, Приложение № 30];
- в случае оказания тромболитической терапии формируется один элемент USL, в котором указываются:

- соответствующие значения элементов VID_VME и CODE_USL из группы услуг gr_code=57 по Справочнику S022;

- в элементе USL/TARIF указывается тариф соответствующей услуги согласно [12, Приложение № 30];

- в элементе SUM_M указывается сумма SL/TARIF + USL/TARIF;

- в элементе PRIKREP указывается соответствующее значение признака прикрепления (первоначальное значение указывает МО (необязательно), окончательное – ТФОМС):

"3" - при оказании СМП МО-Фондодержателем СМП ЗЛ, прикрепленному к данному МО-Фондодержателю СМП (оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц);

"4" - при оказании СМП МО-Исполнителем СМП ЗЛ, прикрепленному к другому МО-Фондодержателю СМП (оплата внешних медицинских услуг);

"5" - при оказании СМП лицу, застрахованному на территории НО, но не прикрепленному ни к одной МО-Фондодержателю СМП (оплата за единицу объема МП);

- формируется составной элемент ADR_SMP ("Адрес вызова СМП") в соответствии с описанием, приведенным в справочнике SQ018.

7.2.4 Особенности формирования случая по ТМК в условиях АПП (MEP1=37) [12, Приложение № 3.2].

Случай ТМК формируется при наличии случая обращения (MEP1=26) в ту же МО, в рамках которого выполняется ТМК. Связь между случаями ТМК и обращения устанавливается следующим образом:

- $DATE_Z_1_{\text{обращение}} \leq DATE_Z_1_{\text{ТМК}} \leq DATE_Z_2_{\text{ТМК}} \leq DATE_Z_2_{\text{обращение}}$;

- $KONS_NUM_{\text{обращение}} = KONS_NUM_{\text{ТМК}}$ - уникальный (в пределах текущего года) номер консультации ТМК;

- $DS1_{\text{обращение}} = DS1_{\text{ТМК}}$,

здесь индексы "обращение" и "ТМК" означают принадлежность значений элементов к случаям обращения и ТМК соответственно.

Различаются следующие виды случаев:

1) Случай ТМК при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой формируется МО-заказчиком ТМК, при этом указывается:

- МЕР2={"ТМК1", "ТМК2", "ТМК3"};
- в элементах NPR_MO и NPR_DATE (=DATE_Z_1_{ТМК}) указываются соответственно код МО-консультанта (F032.MCOD) и дата обращения за консультацией;
- SL/TARIF - указывается тариф согласно [12, Приложение № 11];
- в элементах DATE_Z_1=DATE_1, DATE_Z_2=DATE_2 указывается соответственно дата обращения за консультацией и дата получения результата;
- теги USL не формируются.

2) Случай ТМК при дистанционном взаимодействии медицинского работника и маломобильного пациента формируется аналогично п. 1) со следующими отличиями:

- МЕР2="ТМК4";
- ММВ=1.

Если пациент не является маломобильным, то случай вида МЕР1=37 не формируется, а информация по ТМК включается в состав обращения (см. п. 7.2.1.1.18).

7.2.5 ЭР со сведениями об оказанной МП мобильными бригадами в части СТП (МЕР1=8) или консультативного приема (МЕР1=4) могут подаваться только:

- ГБУЗ НО "Нижегородской областная клиническая больница им. Н.А.Семашко" (код 520169);
- ГБУЗ НО "Нижегородская областная детская клиническая больница" (код 520166);
- ГАУЗ НО "Областная стоматологическая поликлиника" (код 520172).

Указанные ЭР могут подаваться одним из двух способов:

- в составе общего ЭР совместно с иными позициями;
- в виде отдельного ЭР, сформированного исключительно из указанных случаев МП.

В последнем случае имена пакетов ЭР с одинаковыми МЕР1 должны отличаться порядковым номером пакета ККК (п.3.4.4 Раздела 3).

В ЭР указывается:

- МЕР2="ПЗ";
- для МЕР1=4:
SL/TARIF - согласно [12, Приложение № 9, разделы 4, 5];
- для МЕР1=8:

SL/TARIF - согласно [12, Приложение № 4] с учетом применения повышающего коэффициента 1.05, применяемого только при оказании МП мобильными медицинскими бригадами;

K_MB=1.05 [12, Приложение № 4].

7.2.6 Особенности формирования ЭР по комплексному посещению при обращении по заболеванию при оказании МП по профилю "Медицинская реабилитация" в условиях АПП (МЕР1=41):

- NPR_MO, NPR_DATE - подлежат заполнению сведениями о направлении на медицинскую реабилитацию;
- USL_OK=3;
- МЕР2={"MP1" ... "MP14"} (код "Модели пациентов" по Справочнику S015) - в случае прохождения медицинской реабилитации в МО, либо МЕР2={"MP1Д" ... "MP14Д"} - в случае прохождения медицинской реабилитации на дому (при наличии факторов, ограничивающих возможности ЗЛ получить такую медицинскую реабилитацию, включая случаи проживания ЗЛ в отдаленном от МО населенном пункте, ограничения в передвижении ЗЛ);
- SL/PROFIL = 158;

- SL/PRVS заполняется кодом медицинской специальности врача (Справочник SV021) из числа указанных в первой или второй строке таблицы 1 (взрослые) или 2 (дети) [12, Приложение № 3.3] для данной "Модели пациентов".

- в KD указывается количество дней, в которые были оказаны медицинские услуги.

- REAB = 1;

- в SL/TARIF указывается значение для данной "Модели пациентов" [12, Приложение № 11.1, раздел 1, столбец "Тариф, руб."]; в случае применения коэффициента к установленному тарифу (при проведении медицинской реабилитации на дому) согласно [12, Приложение 3.3] указывается значение тарифа с учетом указанного коэффициента, округленное до копеек.

- формируются теги USL, в которых:

- первой формируется услуга (одна), соответствующая "Модели пациентов" (B05.*) [12, Приложение № 11.1, разделы 1 (взрослые) или 3 (дети)], из числа услуг группы S022.gr_code=58 с кодами: USL/CODE_USL = {580001 ... 580013} (взрослые) или {580800, 580801} (дети).

При этом:

- USL/PROFIL = 158;

- USL/TARIF = 0;

- в USL/MR_USL_N/PRVS (для файла Д.1) или USL/PRVS (для файла Д.4) указывается то же значение, что и для SL/PRVS.

Данная услуга не учитывается при расчете количества минимально оказанных реабилитационных услуг согласно [12, Приложение № 3.3];

- в последующих тегах USL указываются дополнительные услуги в соответствии с [12, Приложение № 11.1, разделы 2 (взрослые) или 4 (дети)] из числа услуг с S022.comment_u = "Дополнительная услуга..." и S022.categ = 1 (взрослые) или S022.categ = 2 (дети). При этом:

- USL/PROFIL = 158;

- значение USL/TARIF указывается согласно [12, Приложение № 11.1, разделы 2 (взрослые) или 4 (дети), столбец "Тариф, руб."]; в случае применения коэффициента к установленному тарифу (при проведении медицинской реабилитации на дому) согласно [12, Приложение 3.3] указывается значение тарифа с учетом указанного коэффициента, округленное до копеек;

- в USL/MR_USL_N/PRVS (для файла Д.1) или USL/PRVS (для файла Д.4) указывается врачебная специальность медицинского работника, выполнившего услугу (каждая такая услуга проводится не более 1 раза в день за исключением услуг, относящихся к парным частям тела, которые могут проводиться 2 раза в день. Сведения о нормативном количестве процедур/консультаций/манипуляций/услуг в день, продолжительности программы реабилитации в течение дня и частоте проведения реабилитационных мероприятий приведены в [12, Приложение № 3.3]);

- для услуг, которые выполняются с применением ТМК, указывается USL/COMENTU/TMK=1 (с 01.07.2026);

- $SUM_M = SL/TARIF + \sum SUMV_USL$.

Иные элементы ЭР заполняются в соответствии с общими правилами (Справочник SQ018).

7.2.7 Во исполнение [4.12] в ЭР вида Д.4 следует вносить информацию, необходимую для стимулирования медицинских работников за выявление ЗНО в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров ЗЛ.

С этой целью в ЭР при MEPI={2, 4, 26}, в которых фиксируются факты впервые установленного диагноза ЗНО и взятия ЗЛ на ДН по поводу ЗНО, следует указывать:

- DS1_PR_ZNO=1 (признак впервые выявленного ЗНО);

- SL/DATE_DS1 - дата установления диагноза ЗНО;

- SL/DN=2 - признак взятия на ДН;

- IDDOKT - СНИЛС врача, установившего ДН по поводу ЗНО.

7.2.8 Особенности формирования ЭР по комплексному посещению в рамках проведения ДН (MEPI=42).

Приведенное здесь описание распространяется исключительно на случаи проведения ДН в отношении взрослых ЗЛ в связи с заболеваниями, диагнозы которых приведены в [4.15], [4.16] и детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме. Иные случаи ДН, в том числе в отношении несовершеннолетних ЗЛ, оформляются согласно п.7.2.1.1.17.

В один случай включаются сведения о проведении ДН по одному или нескольким заболеваниям (при условии их соответствия медицинской специальности врача, осуществляющего ДН).

Элементы ЭР формируются следующим образом:

- датой начала случая ДН (SL/DATE_1) считается дата проведения первой медицинской услуги (приема, консультации, диагностического исследования), включенной в его состав. Исключение могут составлять:

- услуги, оплаченные ранее как самостоятельный случай оказания МП, но результаты которой используются в рамках данного случая ДН;

- диагностические исследования с установленными ограничениями на периодичность из числа методов лучевой диагностики (рентгенодиагностика, в том числе маммография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радионуклидная диагностика). В случае их проведения ранее, чем за 14 дней до приема медицинским работником, проводящим ДН, началом случая следует считать дату следующей медицинской услуги, включенной в случай ДН;

- датой окончания случая ДН (SL/DATE_2) считается дата приема медицинским работником, проводящим ДН, который должен произойти не позднее, чем через 14 дней после проведения диагностических исследований (кроме указанных выше в качестве исключительных), а также приемов (осмотров, консультаций) врачей-специалистов;

- в SL/PRVS и SL/COMENTSL/PRVD указываются коды медицинской специальности и должности медицинского работника, проводящего диспансерный прием (SV021.idspec и SV021.idpost_mz соответственно);

- в DS1 указывается диагноз заболевания, по которому проводится ДН (при проведении ДН по нескольким заболеваниям указывается один из диагнозов, по усмотрению медицинского работника);

- P_CEL = {1.3, 1.8, 4.1, 4.2};

- DN = {1, 2, 4, 6};

- формируются составные элементы DN_INF (в соответствии с описанием в Справочнике SQ018), в которых указываются сведения обо всех заболеваниях, в связи с которыми ЗЛ состоит либо взят на ДН (не обязательно относящихся к данному случаю ДН), при этом указывается DN_INF/DN_CHECK = 1 для тех заболеваний, по которым проводится ДН в рамках данного случая (в противном случае DN_INF/DN_CHECK не формируется);

- в случае проведения ДН на дому (в связи с невозможностью посещения пациентом МО вследствие тяжести состояния или нарушения двигательных функций) указывается MER2 = "ДНД";

- сведения обо всех медицинских услугах, включенных в ДН, в том числе проведенных ранее даты начала случая ДН (DATE_1), необходимо указывать в элементах реестра USL, порядок следования которых должен соответствовать хронологическому порядку проведения медицинских услуг;

- SL/TARIF - указывается тариф диспансерного приема медицинского работника, проводящего ДН: [12, Приложение № 17, разделы 1, 3 столбец "Тариф, руб."] - для взрослых и детей указанной категории соответственно;

- для детей указывается SOC_OBSL=1;

- в элементе USL, соответствующем приему медицинского работника, проводящего ДН (возможно проведение одного или более приемов в рамках случая ДН), указывается:

- USL/TARIF=0 (здесь нулевое значение указывается условно, во избежание дублирования информации, поскольку тариф приема медицинского работника, проводящего ДН, уже указан в элементе SL/TARIF);

- USL/CODE_USL=S022.code_usl, USL/VID_VME=S022.vid_vme из числа услуг S022.gr_code=59 при ppts={1, 3} - для взрослых и детей соответственно;

- остальные элементы USL заполняются сведениями о дополнительных проведенных услугах:

- USL/TARIF - указывается тариф услуги согласно [12, Приложение № 17, разделы 2, 4-6 (взрослые), 4-6 (дети), столбец "Тариф, руб."]; при этом имеет место следующее исключение: если данная медицинская услуга была оплачена ранее как самостоятельный случай оказания медицинской помощи, но результаты ее используются в рамках данного случая ДН, то указывается USL/TARIF=0 (во избежание дублирования оплаты);

- USL/CODE_USL=S022.code_usl, USL/VID_VME=S022.vid_vme из числа услуг S022.gr_code=59 при ppts={2, 4-6} (взрослые) и ppts={4-6} (дети).

Расчет стоимости случая (SUM_M) выполняется по обычной формуле: $SUM_M = SL/TARIF + \sum SUMV_USL$.

7.2.9 Особенности формирования случаев по комплексному посещению школы для больных хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом (MEP1=43):

- комплексные посещения по каждой из школ формируются отдельными законченными случаями;

- SL/TARIF - указывается тариф за комплексное посещение соответствующей школы согласно [12, Приложение № 11] (с учетом коэффициента уровня МО при оказании АПП);

- формируются элементы USL в количестве, соответствующем требованиям [12, Приложение № 3, п.5], каждый из которых отвечает одному проведенному занятию;

- USL/CODE_USL, USL/VID_VME - указываются соответствующие коды услуг из группы S022.gr_code=63;

- USL/TARIF=0.

7.3 Особенности формирования xml-файла Д.3

7.3.1 Структура файла Д.3 описана в Справочнике Д.3.

7.3.2 При MEP1={27, 28, 29} элементы ЭР формируются в соответствии со следующей таблицей:

Таблица 7.5

Элемент ЭР	MEP1		
	27	29	28
MEP2	При использовании тарифов выходного дня согласно [12, Приложение № 14] указывается MEP2="ВХДН", при этом дата окончания лечения (DATE_2) должна совпадать с выходным днем по производственному календарю		
VBR	При использовании тарифов мобильных бригад согласно [12, Приложение № 14] указывается VBR=1		
SL/TARIF	0	0	0
USL	Формируется по каждой услуге, проведенной в рамках случая профилактического медицинского осмотра или диспансеризации (осмотры врачами-специалистами, лабораторные и функциональные исследования)		

Элемент ЭР	МЕР1		
	27	29	28
	Из числа услуг группы S022.gr_code=38 (согласно [4.8] в зависимости от возраста ЗЛ). Необходимо выполнение $\geq$ 85% предусмотренных услуг. Обязательными являются услуги: S022.code_usl={8801 и (8804 или 380005 или 380014 или 380015 или 380016 или 380017) и (8818 или 38005 или 380006 или 380017 или 380018) и (8931 или 380008) и (380001 или 380002) и 380010 и 380004 и 8916}	Из числа услуг группы S022.gr_code=40 (согласно [4.8] в зависимости от возраста ЗЛ). Необходимо выполнение $\geq$ 85% предусмотренных услуг. Обязательными являются услуги: S022.code_usl={8801 и (8814 или 400004 или 400010 или 400011 или 400012 или 400013) и (8818 или 400004 или 400005 или 400014 или 400013)}	Из числа услуг группы S022.gr_code=39 (согласно [12, Приложение № 14.1])
USL/TARIF	Указывается тариф согласно [12, Приложение № 14, п.3]. Для услуг, оплаченных ранее как отдельные случаи оказания МП, результаты которых учитываются в рамках данного случая диспансеризации или профилактического медицинского осмотра, указывается 0		Указывается тариф согласно [12, Приложение № 14.1]

Для участников СВО в рамках второго этапа диспансеризации взрослого населения дополнительно предусмотрены посещения врачей, оформляемые следующим образом:

SOC={"035", "813"};

P_CEL=2.2;

1) посещение врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-травматолога-ортопеда:

МЕР1=2;

PRVD={34, 125, 114};

2) посещение врача-стоматолога:

МЕР1=8;

PRVD=100;

N_STG="sg10.004".

7.3.3 Особенности формирования случаев, относящихся к МЕР1={27, 29}, с целью учета требования [4.8, п.17]: «В случае, если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в пунктах 16 и 17 настоящего порядка, то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования.»:

1) указанное требование распространяется на следующие медицинские услуги:

Таблица 7.6

Наименование услуги [4.8]	VID_VME	CODE_USL	
		МЕР1=27	МЕР1=29
Флюорография легких ИЛИ Рентгенография легких	A06.09.006 ИЛИ A06.09.007	8705 ИЛИ 380007	8705 ИЛИ 400003
Индивидуальное краткое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний	B04.070.002	8917	-
Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	A26.06.041.002	380009	400006

Наименование услуги [4.8]	VID_VME	CODE_USL	
		MEP1=27	MEP1=29
Экспресс-исследование кала на скрытую кровь иммунохроматографическим методом ИЛИ Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом	A09.19.001.001 ИЛИ A09.19.001	380001 ИЛИ 380002	-
Маммография (обеих молочных желез в двух проекциях) ИЛИ То же с применением ИИ	A06.20.004	8931 ИЛИ 380008	-
Получение соскоба с шейки матки И Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки	A11.20.025 И A08.20.017	380010 И 380004	-
Исследование уровня простатспецифического антигена (ПСА) общего в крови	A09.05.130	8916	-
Эзофагогастродуоденоскопия	A03.16.001	8820	-

2) случаи проведения профилактических медицинских мероприятий, в которых пропущены услуги, определенные графиком [4.8, Приложение № 1], оформляются в зависимости от причины пропуска следующим образом:

- если причиной является отказ ЗЛ, то такая услуга указывается с параметрами: USL/P_OTK=1, USL/TARIF=0 и учитывается в объеме выполненных услуг для данного случая (согласно [4.8] должно быть выполнено не менее 85% услуг, предусмотренных для данного возраста ЗЛ);

- при наличии других причин услуга не указывается в ЭР и не учитывается в объеме выполненных услуг;

3) ранее пропущенная услуга (независимо от причины) может быть выполнена при одном из последующих случаев проведения профилактических медицинских мероприятий, при этом:

- указывается признак выполнения услуги со смещением графика: USL/COMENTU/S_GRAF=1;

- USL/TARIF для услуг, не включенных в комплексное посещение указывается согласно [12, Приложение № 14, п.3], в противном случае указывается 0;

- услуга не учитывается в объеме выполненных услуг для данного случая;

4) в дальнейшем услуга, выполненная согласно п. 3), должна продолжать выполняться с соответствующим смещением графика, рекомендованной частотой [4.8, Приложение № 1] и оформляться согласно п. 3);

5) С целью удовлетворения условий 1) - 4) в МИС МО при формировании случаев профилактических медицинских мероприятий, кроме услуг, рекомендуемых [4.8] для данного возраста ЗЛ, должен быть доступен ввод услуг, ранее пропущенных, а также выполняемых со смещением графиков (при наличии).

7.3.4 Особенности формирования ЭР для MEP1={32, 33, 38}:

1) В случае проведения первого этапа диспансеризации или профилактического медицинского осмотра информация формируется и подается на оплату в составе ЭР вида Д.3 сразу после завершения первого этапа, независимо от наличия назначения на второй этап.

При проведении первого этапа:

- SL/TARIF=0;

- в элементах USL указываются сведения об оказанных услугах из числа: S022.gr_code=41 (MEP1=32), S022.gr_code=42 (MEP1=38), S022.gr_code=43 (MEP1=33, перечень услуг согласно [4.21]);

- USL/TARIF - указывается согласно [12, Приложение № 15, 16] (соответственно для MEP1={32, 38} и MEP1=33) (для услуг, оплаченных ранее как отдельные случаи оказания МП,

результаты которых учитываются в рамках данного случая диспансеризации или профилактического медицинского осмотра, указывается 0);

- DATE_1 и DATE_2 равны датам проведения первой и последней медицинской услуги соответственно.

2) В случае проведения второго этапа диспансеризации:

а) информация формируется сразу после завершения второго этапа, отдельно от ЭР по первому этапу;

б) в ЭР Д.3 указывается:

- SCHET/SUMMAV=0;

- SUMV=0;

- SL/TARIF=0;

- SUM_M=0;

в) информация о профилактических медицинских мероприятиях, проведенных в рамках второго этапа, заносится в элемент USL, при этом:

- USL/TARIF=0.

г) ЭР не подлежит оплате, поскольку имеет нулевую сумму счета и подается в целях статистического учета проведения второго этапа диспансеризации детей; ТФОМС проводит ФЛК и МЭК таких ЭР и, при отсутствии ошибок, указывает OPLATA=1 (полная оплата), в противном случае OPLATA=2 (полный отказ).

д) информация о профилактических медицинских мероприятиях также включается МО в ЭР вида Д.1 или Д.4 в качестве посещений (MEP1=2) с одной из следующих целей посещения (по Классификатору V025):

- P_CEL=2.2 (диспансеризация) - в случае, если данные мероприятия выполнены в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации или диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью;

- P_CEL=2.1 (медицинский осмотр) - в случае, если данные мероприятия выполнены в рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних.

Изложенные сведения, а также соответствующие значения элементов MEP1 ("Медико-экономический признак") и DISP ("Тип диспансеризации") отображены в следующей таблице:

Таблица 7.7 Особенности формирования ЭР со сведениями о профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации детей

Тип диспансеризации (по Классификатору V016)	Сведения о формировании некоторых элементов в ЭР вида Д.3			Включение информации о медицинских мероприятиях в ЭР вида Д.1 или Д.4
	MEP1	DISP	SUMMAV, SUMV, TARIF, SUM_M, USL, SUMV_USL	
1 этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних	33	ПН1	SCHET/SUMMAV≠0; Z_SL/SUMV≠0; SL/TARIF=0; SL/SUM_M≠0; USL/TARIF≠0	Нет
2 этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних	33	ПН2	SCHET/SUMMAV=0; Z_SL/SUMV=0; SL/TARIF=0; SL/SUM_M=0; Z_SL/OPLATA={1;2} - заполняет ТФОМС; USL/TARIF=0	Да MEP1=2; P_CEL=2.1

Тип диспансеризации (по Классификатору V016)	Сведения о формировании некоторых элементов в ЭР вида Д.3			Включение информации о медицинских мероприятиях в ЭР вида Д.1 или Д.4
	MEP1	DISP	SUMMAV, SUMV, TARIF, SUM_M, USL, SUMV_USL	
1 этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	32	ДС1	SCHET/SUMMAV≠0; Z_SL/SUMV≠0; SL/TARIF=0; SL/SUM_M≠0; USL/TARIF≠0	Нет
2 этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	32	ДС3	SCHET/SUMMAV=0; Z_SL/SUMV=0; SL/TARIF=0; SL/SUM_M=0; Z_SL/OPLATA={1;2} - заполняет ТФОМС; USL/TARIF=0	Да MEP1=2; P_CEL=2.2
1 этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью	38	ДС2	SCHET/SUMMAV≠0; Z_SL/SUMV≠0; SL/TARIF=0; SL/SUM_M≠0; USL/TARIF≠0	Нет
2 этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью	38	ДС4	SCHET/SUMMAV=0; Z_SL/SUMV=0; SL/TARIF=0; SL/SUM_M=0; Z_SL/OPLATA={1;2} - заполняет ТФОМС; USL/TARIF=0	Да MEP1=2; P_CEL=2.2

7.3.5 При MEP1={39, 40} указывается:

- SL/TARIF=0;

- USL/CODE_USL - из групп услуг S022.gr_code=54 (при MEP1=39) или S022.gr_code=55 (при MEP1=40);

- USL/TARIF - для услуг CODE_USL={540001-540009, 8821, 550001-550003} - согласно [12, Приложение № 14.2]; при этом имеет место следующее исключение: если данная услуга была проведена и оплачена ранее как самостоятельный случай оказания МП, но результаты ее используются в рамках данного случая, то указывается USL/TARIF=0 (во избежание дублирования оплаты).

7.3.6 При MEP1={44, 45} указывается:

- SL/DATE_1 - дата проведения первой медицинской услуги; исключение могут составлять услуги S022.code_usl={700012, 700014}, если они проведены ранее, чем за 14 дней до начала диспансеризации; при этом началом случая следует считать дату следующей медицинской услуги, включенной в случай диспансеризации;

- SL/TARIF=0;

- USL/CODE_USL - групп S022.gr_code=70 (при MEP1=44) или S022.gr_code=71 (при MEP1=45);

- USL/TARIF - согласно [12, Приложение № 14.3, п.1] (при MEP1=44) или [12, Приложение № 14.3, п.2] (при MEP1=45). При MEP1=44 для услуг S022.code_usl={700009, 700010, 700016-700021} (см. комментарии к данным услугам в Справочнике S022), а также для иных услуг из числа S022.gr_code=70, выполненных и оплаченных ранее как самостоятельные случаи оказания МП, указывается USL/TARIF=0.

В рамках случая диспансеризации к оплате может быть представлена лишь одна услуга пары: S022.code_usl={710004, 710027}.

При положительном результате выполнения услуги S022.code_usl=700023 (анализ на ВПЧ), указывается USL/COMENTU/RES_USL=1 (в противном случае - 1 (с 01.04.2026)); при этом обязательно наличие услуги S022.code_usl=700024 (в противном случае не выполняется).

7.3.7 Особенности формирования случая по проведению услуги A08.20.017 (цитологическое исследование микропрепарата шейки матки) на стороне иной МО в соответствии с [7.8].

В рамках случаев MEP1=27 услуга A08.20.017 может выполняться не МО, проводящей диспансеризацию (далее – МО-инициатор), а иной МО (далее – МО-исполнитель). Такие случаи формируются следующим образом:

1) на стороне МО-инициатора:

- МО-инициатор должна быть включена в перечень МО, направляющих материал для цитологического исследования, согласно [7.8];
- используется файл ЭР формата Д.3;
- MEP1=27;
- USL/CODE_USL=380004;
- USL/TARIF - для пациентов, застрахованных по ОМС на территории НО, указывается согласно [12, Приложение № 14]; для инообластных ЗЛ указывается 0;
- USL/LPU - указывается код МО-исполнителя (F032.MCOD) согласно территориальному закреплению из числа МО, выполняющих цитологическое исследование, согласно [7.8];
- в числе иных должна присутствовать услуга USL/CODE_USL=380010 (A11.20.025 - получение соскоба с шейки матки);
- иные элементы ЭР заполняются согласно правилам, установленным для случаев MEP1=27;

2) на стороне МО-исполнителя:

- используется файл ЭР формата Д.1, Д.4;
- один случай содержит одну услугу A08.20.017;
- MEP1=47;
- NPR_MO, NPR_DATE - указывается код (F032.MCOD) МО-инициатора и дата передачи материала МО-исполнителю;
- SL/TARIF=0;
- USL/CODE_USL=770001;
- USL/VID_VME=A08.20.017;
- USL/TARIF - указывается согласно [12, Приложение № 14];
- даты начала/окончания законченного случая, случая и выполнения услуги A08.20.017 связаны соотношениями:

DATE_Z_1 = DATE_1 = DATE_IN, DATE_Z_2 = DATE_2 = DATE_OUT, при этом указанные даты находятся в пределах случая диспансеризации на стороне МО-инициатора;

3) на обеих сторонах:

- DATE_IN, DATE_OUT - должны равняться датам начала и окончания проведения услуги A08.20.017 на стороне МО-исполнителя;
- идентификационные данные ЗЛ (VPOLIS, SPOLIS, NPOLIS, ENP) должны совпадать в ЭР обеих сторон.
- отчетные периоды ЭР должны совпадать для обеих сторон.

С целью информирования МО-инициатора о сумме, удерживаемой в пользу МО-исполнителя согласно [12], при оплате случаев диспансеризации СМО направляет МО-инициатору информационный лист (Приложение № В.4), содержащий сведения о медицинских услугах, выполненных МО-исполнителем с указанием удерживаемой суммы.

7.3.8 Определение возраста ЗЛ.

Набор услуг (осмотров, исследований), предусмотренных нормативными документами для первого этапа диспансеризации либо профилактического медицинского осмотра, зависит от

возраста ЗЛ. При формировании ЭР следует учитывать следующие правила определения возраста ЗЛ:

- для несовершеннолетних (DISP={"ПН1", "ДС1", "ДС2"}): количество полных лет и месяцев, исполнившихся на дату начала диспансеризации (профосмотра) - в соответствии с Приложением Ж.7;
- для взрослых (DISP={"ДВ4", "ОПВ"}): количество полных лет, исполняющихся в календарном году, в котором проводится диспансеризация (профосмотр).

7.3.9 Во исполнение [4.12] в ЭР вида Д.3 следует вносить информацию, необходимую для стимулирования медицинских работников за выявление ЗНО в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров ЗЛ.

С этой целью при наличии направления на осмотр (консультацию) врача-онколога в случае DS_ONK=1 (подозрение на ЗНО):

- в поле IDDOKT_OTV указывается СНИЛС медицинского работника, ответственного за организацию и проведение диспансеризации и профилактического медицинского осмотра;
- должен быть сформирован элемент SL/NAZ (направления) с информацией о направлении на осмотр (консультацию) врача-онколога, в котором:
 - в поле NAZ/COMENT_NAZ/IDDOKT_ZNO указывается СНИЛС медицинского работника, направившего ЗЛ на осмотр (консультацию) врача-онколога;
 - в поле NAZ/NAZ_R указывается код вида назначения "1" (направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления) или "2" (направлен на консультацию в иную медицинскую организацию);
 - в поле NAZ/NAPR_DATE указывается дата направления на осмотр (консультацию) врача-онколога;
 - в поле NAZ/COMENT_NAZ/PLAN_DATE указывается плановая дата осмотра (консультации) врача-онколога.

Приложение А.1
к Положению

**Сведения о справочниках НСИ, используемых при персонифицированном
учете оказанной медицинской помощи**

Вид НСИ	Размещение на сайте ТФОМС (раздел)	Описание структуры справочников
Федеральная НСИ	Справочники и реестры / Перечень федеральных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС	Файл А.1
Региональная НСИ	Справочники и реестры / Перечень региональных справочников, классификаторов и реестров в сфере ОМС	Файл А.1-52

Порядок округлений при вычислении стоимости оказанной МП

Описанный здесь порядок расчета стоимости имеет целью обеспечение единообразия результатов, получаемых при использовании различных компьютерных программ и заключается в соблюдении следующих правил:

1) Все промежуточные математические операции при вычислении стоимостей и тарифов (при АПП) по формулам, приведенным в [12, Приложения № 3, 4, 5, 6], производятся с максимальной компьютерной точностью (без округления).

При этом при расчете стоимости законченного случая лечения по КСГ в КС и ДС согласно [12, Приложения № 5, 6] по формулам:

$$CC_{КСГ} = BC \times KD \times KZ_{КСГ} \times KC_{КСГ} \times КУС_{МО} + BC \times KD^* \times КСЛП$$

$$CC_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ((1 - D_{ЗП}) + D_{ЗП} \times KC_{КСГ} \times КУС_{МО} \times KD) + BC \times KD^* \times КСЛП$$

* *КД не применяется для КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями" (равно единице).*

вместо BC подставляется значение базовой ставки без учета коэффициента дифференциации (для КС либо ДС), приведенное в [12].

2) Полученное итоговое значение стоимости округляется до копеек (двух знаков после запятой) по обычным правилам математического округления.

3) При определении стоимости прерванного случая лечения следует вначале вычислить округленное до копеек значение стоимости законченного случая, затем вычислить от него долю, соответствующую прерванному случаю, затем округлить до копеек полученное значение.

4) Полученные (округленные) значения стоимостей на уровне каждой записи ЭР складываются в итоговую сумму по всему ЭР и переносятся в счет реестра.

5) При расчете размера средств, направляемых на выплаты МО_г-Фондодержателя, в случае достижения целевых значений показателей результативности в соответствии с [12, Приложение № 2, формула расчета величины OC_{pdi}^j] окончательное значение округляется до копеек в сторону уменьшения.

Условные обозначения и соглашения, принятые при описании структуры и типов данных в XML-файлах

В ряде приложений к настоящему ПЭОД приведены описания структуры и типов данных в региональных компонентах НСИ, представленных xml-файлами. При этом используются следующие обозначения и соглашения.

В файлах используется кодовая страница Windows-1251.

В столбце "№" указывается номер элемента, соответствующий его месту в иерархической структуре xml-файла.

В столбце "Идентификатор элемента" указывается идентификационное имя элемента в пределах xml-файла.

В столбце "Обязательность" характеризуется обязательность заполнения содержимого элемента с использованием следующих реквизитов:

О – обязательный реквизит: содержимое элемента не может быть пустым;

Н – необязательный реквизит: содержимое элемента может как присутствовать, так и отсутствовать; при отсутствии содержимого, элемент также отсутствует;

У – условно-обязательный реквизит: содержимое элемента должно обязательно присутствовать при оговоренных условиях; при отсутствии содержимого, элемент также отсутствует;

М – реквизит множественности данных: означает, что элемент может многократно повторяться в xml-файле; при использовании реквизита М, данный символ добавляется к указанным выше.

В столбце "Тип данных" указывается символ типа данных, а вслед за ним (в необходимых случаях) в круглых скобках – максимальный размер данных.

Используются следующие символы типов данных:

Т – текст;

Н – число (в формате N(m.n), где m, n - максимальное количество десятичных знаков целой и дробной частей соответственно); в качестве десятичного разделителя используется символ "." (точка);

D – дата (в формате ГГГГ-ММ-ДД, если иное не оговорено);

S – составной элемент, включающий подэлементы.

В столбце "Наименование" указывается наименование элемента, характеризующее его содержание.

Приложение Б.1
к Положению

Соответствие МЭП видам файлов ЭР

Код МЭП (по Справочнику S007)	Структура файла ЭР	Первый (первые) символ(ы) имени файла ЭР, характеризующие его вид/подвид
1	Д.1	Н
	Д.4	С
2	Д.1	Н
	Д.4	С
3	Д.1	Н
	Д.4	С
4	Д.1	Н
	Д.4	С
6	Д.1	Н
	Д.4	С
7	Д.1	Н
	Д.4	С
8	Д.1	Н
	Д.4	С
11	Д.2	Т
14	Д.1	Н
	Д.4	С
17	Д.1	Н
	Д.4	С
18	Д.1	Н
	Д.4	С
24	Д.1	Н
	Д.4	С
26	Д.1	Н
	Д.4	С
27	Д.3	DP
28	Д.3	DV
29	Д.3	DO
32	Д.3	DS
33	Д.3	DF
37	Д.1	Н
	Д.4	С
38	Д.3	DU
39	Д.3	DA
40	Д.3	DB
41	Д.1	Н
41	Д.4	С
42	Д.1	Н
42	Д.4	С
43	Д.1	Н
	Д.4	С
44	Д.3	DD
45	Д.3	DE

Приложение Б.2
к Положению

Соответствие реквизитов «Счета на оплату оказанной МП» и «Реестра счетов» элементам ЭР

Таблица 1 Соответствие реквизитов «Счета на оплату оказанной МП» элементам ЭР

Реквизит счета	Идентификатор элемента (справочник SQ018)
Наименование МО	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/MO_NAME
Юридический адрес получателя платежа (МО)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/RECIPIENT_ADR
ОГРН получателя платежа (МО)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/RECIPIENT_OGRN
ИНН получателя платежа (МО)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/RECIPIENT_INN
КПП получателя платежа (МО)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/RECIPIENT_KPP
Наименование получателя платежа (МО)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/RECIPIENT_NAME
Номер счета получателя платежа (МО)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/RECIPIENT_NSCHET
Код бюджетной классификации	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/KBK
Наименование банка получателя платежа (МО)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/BANK_NAME
БИК банка получателя платежа (МО)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/BANK_BIK
Кор.счет банка получателя платежа (МО)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/BANK_KSCHET
Назначение платежа	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/NAZ_PL
Счет №	ZL_LIST/SCHET/NSCHET
Дата счета	ZL_LIST/SCHET/DSCHET
Наименование плательщика	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/PAYER_NAME
ИНН плательщика (СМО/ТФОМС)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/PAYER_INN
КПП плательщика (СМО/ТФОМС)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/PAYER_KPP
Товары (работы, услуги)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/PRODUCT
Цена (без НДС)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/PRICE
Сумма (без НДС)	ZL_LIST/SCHET/SUMMAV
Стоимость товаров (работ, услуг)	ZL_LIST/SCHET/SUMMAV
Сумма прописью	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/SUMMAV_WORDS

Таблица 2 Соответствие реквизитов «Реестра счетов» элементам ЭР

Реквизит реестра	Идентификатор элемента (справочник SQ018)
Наименование МО	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/MO_NAME
Период оказания МП	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/PERIOD
Наименование плательщика	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/REQUISITES/PAYER_NAME
Фамилия, имя, отче-ство (при наличии)	PERS_LIST/PERS/FAM PERS_LIST/PERS/IM PERS_LIST/PERS/OT (FAM+” “+IM+” “+OT)
Пол	PERS_LIST/PERS/W (1-М; 2-Ж)
Дата рождения	PERS_LIST/PERS/DR (в формате: ДД.ММ.ГГГГ)
Место рождения	PERS_LIST/PERS/MR
Данные документа, удостоверяющего личность	PERS_LIST/PERS/DOC SER PERS_LIST/PERS/ DOCNUM (DOC SER+” “+DOCNUM)
Место жительства	PERS_LIST/PERS/COMENTP/RESIDENCE
Место регистрации	PERS_LIST/PERS/COMENTP/REGISTRATION
СНИЛС (при наличии)	PERS_LIST/PERS/SNILS
№ полиса обязательного медицинского страхования	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS ZL_LIST/ZAP/PACIENT/NPOLIS (SPOLIS+” № “+NPOLIS

Реквизит реестра	Идентификатор элемента (справочник SQ018)
Вид оказанной медицинской помощи (код)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VIDPOM
Диагноз в соответствии с МКБ-10	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS1
Дата начала и дата окончания лечения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_1 ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_2 (DATE_Z_1+"-"+DATE_Z_2)
Объемы оказанной медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ED_COL (Суммарно по всем случаям, входящим в законченный случай)
Профиль оказанной медицинской помощи (код)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PROFIL (Указывается по всем случаям, входящим в законченный случай, через “;”)
Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PRVS (Указывается по всем случаям, входящим в законченный случай, через “;”)
Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/TARIF (при наличии) (Если законченный случай состоит из нескольких случаев оказания МП не указывается)
Стоимость оказанной медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMV
Результат обращения за медицинской помощью (код)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/RSLT

Приложение Б.3
к Положению

Соответствие полей Заключения МЭК элементам ЭР

№ ¹	Поле Заключения МЭК	Элемент ЭР (в файле Д.1-Д.4) и/или комментарий
	Номер Заключения	Z_SL/COMENTZ/RID
	I. Общая часть:	
	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования	Указывается: "ТФОМС Нижегородской области"
	Наименование страховой медицинской организации	Заполняется только для ЭР по ЗЛ, застрахованным в НО: ZAP/PACIENT/SMO_NAM
	Наименование медицинской организации	SCHET/COMENTS/REQUISITES/MO_NAME
	Наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту страхования застрахованного лица (при проведении межтерриториальных взаиморасчетов)	Заполняется только для ЭР по инообластным ЗЛ
	Номер счета	SCHET/NSCHET
	Дата счета	SCHET/DSCHET
	Период, за который предоставлен счет/реестр счетов	Указывается период оказания МП (для основных ЭР совпадает с SCHET/MONTH и SCHET/YEAR)
	II. Сведения об оказанной МП:	
1	№ п/п	
2	Условия оказания МП	- Для МЕР1≠{27-29, 32, 33, 38-40} выводится наименование условия оказания МП по справочнику V006, соответствующее Z_SL/USL_OK; - для МЕР1={27-29, 32, 33, 38-40}: "Амбулаторно". Если МП оплачивается по подушевому нормативу финансирования, к наименованию условия оказания МП добавляется "ПФ".
3	Код профиля отделения (койки) или специальности медицинского работника	- При МЕР1={1, 3, 6, 7, 11}: Z_SL/SL/PROFIL_K; - при МЕР1={27-29, 39, 40}: "76" (терапия) (по справочнику SV021); - при МЕР1={32, 33, 38}: "49" (педиатрия) (по справочнику SV021); - при остальных МЕР1: Z_SL/SL/PRVS
	Предоставлено к оплате:	
4	Количество	Количество Z_SL для данного PROFIL_K или PRVS
5	Сумма, рублей	∑ Z_SL/SUMV по всем Z_SL для данного PROFIL_K или PRVS
	Отказано в оплате:	

№ ¹	Поле Заключения МЭК	Элемент ЭР (в файле Д.1-Д.4) и/или комментарий
6	Количество	Количество отклоненных Z_SL для данного PROFIL_K или PRVS, исключая Z_SL, отнесенные к подушевому финансированию
7	Сумма, рублей	$\sum Z_SL/SANK_IT$ (для Z_SL, отклоненных по причине выявленных дефектов) + $\sum Z_SL/SUMP$ (для Z_SL, отнесенных к подушевому финансированию) по всем Z_SL для данного PROFIL_K или PRVS
	Оплатить:	
8	Количество	Количество Z_SL для данного PROFIL_K или PRVS, у которых SUMP≠0, включая Z_SL, относящиеся к подушевому финансированию
9	Сумма, рублей	$\sum Z_SL/SUMP$ по всем Z_SL для данного PROFIL_K или PRVS, исключая Z_SL, отнесенные к подушевому финансированию
	III. Результаты медико-экономического контроля	
1	№ п/п	
2	№ п/п в ЭР	ZAP/N_ZAP
3	№ полиса ОМС	1) При наличии полиса ОМС единого образца: ZAP/PACIENT/NPOLIS. 2) При наличии полиса ОМС старого образца: указываются значения ZAP/PACIENT/SPOLIS и ZAP/PACIENT/NPOLIS, разделенные символом "№"
4	Код диагноза по МКБ-10	Z_SL/SL/DS1. При наличии в Z_SL более одного SL, указывается DS1 последнего SL
5	Условия оказания МП	- Для МЕР1≠{27-29, 32, 33, 38-40} выводится наименование условия оказания МП по справочнику V006, соответствующее Z_SL/USL_OK; - для МЕР1={27-29, 32, 33, 38-40}: "Амбулаторно". Если МП оплачивается по подушевому нормативу финансирования, к наименованию условия оказания МП добавляется "ПФ".
6	Дата начала оказания МП	Z_SL/SL/DATE_Z_1
7	Дата окончания оказания МП	Z_SL/SL/DATE_Z_2
8	Код профиля МП	- Для МЕР1≠{27-29, 32, 33, 38-40}: Z_SL/SL/PROFIL; - для МЕР1={27-29, 39, 40}: "97" (терапии); - для МЕР1={32, 33, 38}: "68" (педиатрии). При наличии в Z_SL более одного SL, указывается код профиля МП последнего SL

№ ¹	Поле Заключения МЭК	Элемент ЭР (в файле Д.1-Д.4) и/или комментарий
9	Код профиля отделения (койки) или специальности медицинского работника	- При MEP1={1, 3, 6, 7, 11}: Z_SL/SL/PROFIL_K; - при MEP1={27-29, 39, 40}: "76" (терапия) (по справочнику SV021); - при MEP1={32, 33, 38}: "49" (педиатрия) (по справочнику SV021); - при остальных MEP1: Z_SL/SL/PRVS. При наличии в Z_SL более одного SL, указывается код профиля отделения (койки) или специальности медицинского работника последнего SL
10	Код услуги	Z_SL/SL/USL/VID_VME (при наличии). При наличии нескольких услуг указывается код услуги, выполненной первой
11	Количество нарушений (дефектов)	Количество элементов Z_SL/SANK/S_OSN
12	Код нарушения (дефекта)	Для SANK, у которой Z_SL/SANK/S_COM/OSN=1, выбирается значение по справочнику SF014 (Osn), соответствующее коду ZAP/Z_SL/SANK/S_OSN
	Перечень кодов нарушений:	
12.1		ZAP/Z_SL/SANK/S_OSN при Z_SL/SANK/S_COM/OSN≠1 (при наличии)
12.2		
12.3		
12.4		
12.5		
13	Сумма финансовых санкций, по коду нарушения (дефекта), рублей	Z_SL/SANK_IT
14	Сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты, рублей	Указывается сумма, относящаяся к подушевому финансированию
15	Сумма штрафа, рублей	Z_SL/SANK/S_COM/S_SHTRAF

¹ Соответствует номерам столбцов в таблицах [4.26, приложение № 1].

Порядок согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю, и окончательного расчета финансирования МО-Фондодержателя

1 Случай оказания МП в условиях АПП

1.1 Порядок согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю

1) На основании сведений в АИС "Прикрепление" по состоянию на первое число отчетного месяца в течении первых 4 рабочих дней отчетного месяца, формируются "Протоколы согласования численности ЗЛ, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, и объемов финансовых средств подушевого финансирования" (далее – Протоколы) в соответствии с Приложением В.2.1.

2) МО-Фондодержателю необходимо в среде web-сервиса "Кабинет МО" утвердить и подписать ЭП руководителя МО Протоколы, сформированные на основании сведений из АИС "Прикрепление", в срок до 20 числа отчетного месяца. Подписание производится на вкладке "Протоколы" раздела "Мастер подписания" web-сервиса "Кабинет МО"; подробная инструкция расположена в разделе "Инструкции/Протоколы" web-сервиса "Кабинет МО". В исключительных случаях (при отсутствии технической возможности подписания ЭП) указанные документы, подписанные руководителем МО, предоставляются в СМО на бумажном носителе.

3) СМО, со своей стороны, необходимо в среде web-сервиса "Кабинет МО" утвердить и подписать ЭП руководителя СМО Протоколы, подписанные на стороне МО, в срок до 25 числа отчетного месяца. После получения и подписания Протоколов СМО передает в ТФОМС на бумажном носителе подписанный "Реестр протоколов согласования численности ЗЛ, прикрепившихся к МО-Фондодержателю и объемов финансовых средств подушевого финансирования" в соответствии с Приложением В.2.2.

4) При наличии разногласий между МО-Фондодержателем и МО-Исполнителем по вопросу численности прикрепившихся ЗЛ, МО-Фондодержатель формирует и направляет в ТФОМС не позднее 10 р.д. отчетного месяца "Лист разногласий к регистру ЗЛ, прикрепившихся к МО-Фондодержателю" в соответствии с Приложением В.2.6. ТФОМС устраняет разногласия с МО-Фондодержателем не позднее 24-го числа отчетного месяца.

5) ТФОМС направляет согласованный реестр протоколов согласования численности в СМО в срок до 28 числа отчетного месяца. Протокол согласования численности застрахованных лиц, на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем и объемов финансовых средств подушевого финансирования вступает в силу только после согласования с ТФОМС.

6) ТФОМС направляет в СМО списки прикрепленного населения по состоянию на 01 число отчетного месяца в течение первых 4 рабочих дней отчетного месяца. Данные списки используются СМО при расчете объемов финансирования МО-Фондодержателя.

1.2 Порядок окончательного расчета подушевого финансирования МО-Фондодержателя

1) Каждая СМО в срок до 25 числа отчетного месяца направляет на согласование в ТФОМС "Реестр протоколов согласования численности застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю и объемов финансовых средств подушевого финансирования" в соответствии с Приложением В.2.2, содержащий сведения о сумме средств на оплату в части подушевого норматива финансирования по каждой МО-Фондодержателю.

2) Расчеты между СМО и МО-Фондодержателем ведутся в режиме "аванс-отчет" ежемесячно. Авансирование МО-Фондодержателя производится в размере и в сроки, установленные договором на оказание и оплату МП по ОМС.

3) По окончании каждого месяца МО-Фондодержатель и МО-Исполнитель предоставляют в ТФОМС реестры за пролеченных ЗЛ.

4) СМО оплачивают МО-Исполнителям внешние медицинские услуги, оказанные прикрепленным к МО-Фондодержателю ЗЛ по направлениям, выданным МО-Фондодержателем и по иным основаниям, установленным законодательством Российской Федерации. В случае проведения ТФОМС ПМЭК, СМО на основании данных, указанных в заключении ПМЭК (признака прикрепления PRIKREP=4 и кода LPU_PRIK МО-Фондодержателя, к которому прикреплено ЗЛ), удерживает стоимость МП, оказанной МО-Исполнителем, и производит возврат стоимости внешних услуг МО-Фондодержателю.

После предъявления реестров МО-Исполнителями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, СМО в срок не позднее 12-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, направляет полученные от МО-Исполнителей персонифицированные сведения о пролеченных ЗЛ и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах каждому МО-Фондодержателю, прикрепленным лицам которой были оказаны внешние медицинские услуги данным МО-Исполнителем. Реестр медицинской помощи, оказанной МО-Исполнителями застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю, а также "Информационный лист по оплате счетов МО-Исполнителей за оказанную МП ЗЛ, прикрепленным к МО-Фондодержателю", составляются по форме, приведенной в Приложении В.2.3, и направляются МО-Фондодержателю.

МО-Фондодержатель проводит проверку полученных от СМО персонифицированных сведений о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах МО-Исполнителем на соответствие собственному учету выписанных первичных направлений прикрепленных лиц и возможных самообращений в МО-Исполнитель населения, прикрепленного к МО-Фондодержателю.

В случае несогласия с предъявленной СМО информацией до направления "Листа разногласий по оплате счетов МО-Исполнителям за оказание МП ЗЛ, прикрепившимся к МО-Фондодержателю" (далее, в пределах п. 1.2, - Лист разногласий) (Приложение В.2.4), МО-Фондодержатель и МО-Исполнитель предпринимают все возможные меры по разрешению спорных вопросов по реестрам счетов, предъявленным на оплату. По результатам проведенной работы соответствующие отметки вносятся в Лист разногласий, который согласовывается МО-Исполнителем и МО-Фондодержателем и в срок не позднее 17-го р.д. после окончания отчетного периода направляется в СМО. СМО направляет в ТФОМС копии полученных Листов разногласий, содержащих отмеченные позиции, в срок не позднее 2 р.д. с момента получения. ТФОМС производит анализ полученных сведений и выполняет ПМЭК по позициям Листов разногласий, имеющим соответствующую отметку. Информация о результатах ПМЭК направляется ТФОМС в МО и СМО. СМО на основании полученных сведений и заключений ПМЭК удерживает необоснованно предъявленную к оплате МП МО-Исполнителя, а также производит корректировку объема подушевого финансирования МО-Фондодержателя с учетом внешних услуг в следующем отчетном периоде.

При невозможности разрешения спорных вопросов между МО-Фондодержателем и МО-Исполнителем, МО-Фондодержатель в срок не позднее 17-го рабочего дня после окончания отчетного периода направляет в СМО Лист разногласий с приложением подтверждающих разногласия документов. СМО на основании Листа разногласий проводит МЭЭ обоснованности оказания оспариваемых внешних медицинских услуг в течение 30 рабочих дней после получения Листа разногласий. Результаты МЭЭ учитываются при оплате за оказанные внешние медицинские услуги, а также при расчете объема подушевого финансирования МО-Фондодержателя в следующем отчетном периоде после ее проведения.

5) Окончательный расчет с МО-Фондодержателем в части подушевого финансирования определяется по формуле:

$$OK_{\text{сμοі}} = C_{\text{сμοі}} + \sum_{\text{нпсмоі}} - \sum_{\text{вуссмоі}} - \sum_{\text{мэкфд}} - A_{\text{смоі}}$$

где:

$OK_{\text{сμοі}}$ - сумма окончательного расчета с МО-Фондодержателем по подушевому нормативу;

$C_{\text{смоі}}$ - объем финансирования по подушевому нормативу, рассчитанный СМО_і;

$\sum_{\text{нпсм}oi}$ – принятая СМО_i к оплате сумма, за услуги, оказанные МО–Фондодержателем неприкрепленным ЗЛ;

$\sum_{\text{вуссм}oi}$ – принятая СМО_i к оплате сумма за внешние услуги, оказанные МО-Исполнителем ЗЛ, прикрепленным к МО–Фондодержателю;

$\sum_{\text{мэкфд}}$ – суммы, удержанные по результатам МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП, проведенной у МО–Фондодержателя в части подушевого финансирования;

Асмо_i – авансовый платеж СМО_i в части подушевого финансирования.

По результатам расчетов за каждый месяц с МО-Исполнителем и с учётом результатов МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП СМО определяет сумму окончательного расчета с МО-Фондодержателем. Окончательный расчет оформляется в виде Акта (Приложение В.2.5), который подписывается ЭП Руководителя СМО и направляется МО–Фондодержателю по сети ViPNet.

6) В случае, если сумма окончательного расчета получилась отрицательной, то при авансировании следующего месяца аванс уменьшается на эту сумму.

7) МО-Фондодержатель обязан провести анализ Акта окончательного расчета, полученного от СМО в соответствии с Приложением В.2.5 и при наличии возражений направить их с ЭП руководителя МО в СМО по сети ViPNet в течение 10 р.д. со дня получения.

2 Случай оказания МП в условиях СМП

1) ТФОМС ежеквартально осуществляет прикрепление ЗЛ к МО-Фондодержателю по состоянию на первое число первого месяца отчетного квартала на основании:

- адреса проживания (при отсутствии таких сведений - на основании адреса регистрации), указанного в заявлении о выборе/замене СМО;

- в случае невозможности однозначной идентификации принадлежности ЗЛ по адресу для прикрепления к МО-Фондодержателю - на основании иных источников о территориальной принадлежности ЗЛ к МО-Фондодержателю.

2) При этом МО-Фондодержатель, обслуживающий территорию, определяется в соответствии с приказом министерства здравоохранения Нижегородской области, определяющим зоны ответственности станций скорой медицинской помощи на текущий год.

3) На основании сведений о прикреплении ЗЛ к МО-Фондодержателю в соответствии с п. 1) в течении первых 4 рабочих дней первого месяца отчетного квартала формируются "Протоколы согласования численности ЗЛ, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, и объемов финансовых средств подушевого финансирования" (далее – Протоколы) в соответствии с Приложением В.2.1. ТФОМС направляет Протоколы по защищённому каналу связи ViPNet на действующий адрес МО, указанный в справочнике подразделений медицинских организаций S001.

4) МО-Фондодержатель распечатывает направленные по защищённому каналу связи ViPNet Протоколы, согласовывает их и передает согласованные Протоколы в СМО в срок до 20 числа первого месяца отчетного квартала.

В случае, если МО-Фондодержатель и ТФОМС имеют разногласия относительно численности ЗЛ на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем, разногласия урегулируются не позднее 26-го числа первого месяца отчетного квартала.

5) СМО, со своей стороны, согласовывает Протоколы и в срок до 25 числа первого месяца отчетного квартала передает в ТФОМС копии согласованных Протоколов и "Реестр протоколов согласования численности застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю и объемов финансовых средств подушевого финансирования" в соответствии с Приложением В.2.7.

6) ТФОМС направляет согласованный реестр протоколов согласования численности в СМО в срок до 28 числа первого месяца отчетного квартала. Протокол согласования численности застрахованных лиц, на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем и объемов финансовых средств подушевого финансирования вступает в силу только после согласования с ТФОМС.

7) В последующем Сведения формируются ТФОМС ежеквартально с учетом вновь застрахованных лиц и лиц, исключенных из регистра ЗЛ.

2.2 Порядок окончательного расчета финансирования МО-Фондодержателя

1) Расчеты между СМО и МО-Фондодержателем ведутся в режиме "аванс-отчет" ежемесячно. Авансирование МО-Фондодержателя производится в размере и в сроки, установленные договором на оказание и оплату МП по ОМС.

2) По окончании каждого месяца МО-Фондодержатель и МО-Исполнители СМП представляют в СМО реестры и счет за оказанную МП в разрезе случаев оказания СМП на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем и случаев оказания СМП вне территории, закрепленной за МО-Фондодержателем, с применением соответствующих тарифов по ОМС и указанием профилей бригад.

3) СМО производят МЭЭ или ЭКМП, оказанной ЗЛ на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем.

4) По результатам проведения всех этапов контроля качества оказанной МП за отчетный период, СМО формируют для каждого МО-Фондодержателя "Информационный лист по оплате счетов медицинских организаций - Исполнителей скорой медицинской помощи за оказание скорой медицинской помощи застрахованным лицам на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем" (далее, в пределах п. 2.2 - Информационный лист) (Приложение В.2.8) и направляет его МО-Фондодержателю.

СМО ежемесячно представляют МО-Фондодержателю "Сведения по оплате реестров счетов и счетов МО-Исполнителей СМП за СМП, оказанную ЗЛ на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем" (далее, в пределах п. 2.2 - Сведения об оплате), в электронном виде и на бумажном носителе в соответствии с Приложением В.2.9 при их наличии.

В случае согласия МО-Фондодержателя с оплатой реестров и счетов МО-Исполнителей за СМП, оказанную ЗЛ на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем, СМО уменьшает сумму окончательного расчета с МО-Фондодержателем на разницу в стоимости вызовов СМП, по тарифам соответствующих категорий вызовов, действующих для МО-Исполнителей.

В случае несогласия с предъявленной СМО информацией, МО-Фондодержатель направляет в СМО "Лист разногласий по оплате реестров счетов и счетов медицинским организациям - Исполнителям за оказание скорой медицинской помощи застрахованным лицам на территории, закрепленной за Фондодержателем" (далее, в пределах п. 2.2 - Лист разногласий) (Приложение В.2.10). СМО на основании Листа разногласий проводит МЭЭ обоснованности выставления на оплату оспариваемых внешних услуг.

В случае выявления необоснованно выставленных на оплату внешних услуг, на основании акта МЭЭ, СМО вносит данные в Информационный лист и Сведения по оплате в следующем отчетном периоде (необоснованно удержанная ранее стоимость оказанных услуг указывается со знаком минус). Перерасчет объема подушевого финансирования МО-Фондодержателя производится в следующем отчетном периоде после проведения МЭЭ, в результате перерасчета МО-Фондодержателю возвращается ранее необоснованно удержанная разница стоимости тарифа ОМС за вызов СМП (вне фондодержания СМП) и тарифа ОМС за вызов СМП (с учетом фондодержания СМП) по необоснованно выставленным на оплату внешним услугам.

В случае проведения ТФОМС ПМЭК, СМО на основании данных, указанных в заключении ПМЭК (признака прикрепления PRIKREP=4 и кода LPU_PRIK МО-Фондодержателя, к которому прикреплено ЗЛ), удерживает стоимость МП, оказанной МО-Исполнителем, и производит возврат стоимости внешних услуг МО-Фондодержателю.

5) По результатам расчетов за каждый месяц с МО-Исполнителем и, учитывая результаты МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП, СМО определяет сумму окончательного расчета с МО-Фондодержателем. Окончательный расчет оформляется в виде Акта (Приложение В.2.11), который подписывается ЭП Руководителя СМО и направляется МО-Фондодержателю по сети ViPNet.

Окончательный расчет с МО-Фондодержателем определяется по формуле:

$$OK_{\text{смо}} = \Phi\Pi_j + \sum_{\text{вызов}} + \sum_{\text{увфд}} - \sum_{\text{вусмо}} - \sum_{\text{мэкфд}} - A_{\text{смо}}$$

где:

$OK_{\text{смо}}$ - сумма окончательного расчета с МО-Фондодержателем и j-той СМО;

$\Phi\Pi_j$ –объем средств подушевого финансирования скорой медицинской помощи, рассчитанный j-той СМО;

$\sum_{\text{вызов}}$ - сумма, принятая СМО_j к оплате за вызовы СМП, оказанной ЗЛ на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем;

$\sum_{\text{увфд}}$ - сумма, принятая СМО_j к оплате за вызовы СМП вне фондодержания;

$\sum_{\text{вусмо}}$ - сумма, принятая СМО_j к оплате за внешние услуги, оказанные МО-Исполнителями, в соответствии с пунктом 4;

$\sum_{\text{мэкфд}}$ – суммы, удержанные по результатам МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП, проведенной у Фондодержателя;

$A_{\text{смо}}$ - авансовый платеж СМО_j.

6) В случае, если сумма окончательного расчета получилась отрицательной, то объем финансовых средств следующего месяца уменьшается на эту сумму, в том числе путем уменьшения суммы авансового платежа.

7) МО-Фондодержатель обязан провести анализ Акта окончательного расчета, полученного от СМО в соответствии с Приложением В.2.11 и при наличии возражений направить их с ЭП руководителя МО в СМО по сети ViPNet в течение 10 р.д. со дня получения.

8) В случае несогласия МО-Фондодержателя с произведенной СМО оплатой медицинских услуг и выявлением в ходе проведения экспертизы спорных случаев, МО-Фондодержатель вправе направить в ТФОМС претензию в порядке, установленном действующим законодательством.

Протокол
согласования численности застрахованных лиц,
прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему медицинскую
помощь в амбулаторных условиях (за исключением профиля "стоматология"),
и объемов финансовых средств подушевого финансирования
на _____ 20__ года
(месяц)

(наименование медицинской организации МО-Фондодержателя)

(наименование СМО)

Численность застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю			Дифференцированный подушевой норматив финансирования (руб. коп.)	Сумма подушевого финансирования без учета результативности (руб. коп.)
Категория граждан	Абсолют. (чел.)			
	мужчины	женщины		
1	2	3	4	5
0-1 год			X	X
1-4 года			X	X
5-17 лет			X	X
18-64 года			X	X
65 лет и старше			X	X
Итого:				

СМО

МО-Фондодержатель

(должность руководителя, наименование СМО)

(должность руководителя, наименование МО)

(подпись)

(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

М.П.

**Реестр Протоколов согласования численности застрахованных лиц,
прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП, и
объемов финансовых средств подушевого финансирования**

на _____ 20__ года
(месяц)

(наименование СМО)

№ п/п	Фондодержатель	Численность прикрепленного населения, чел.	Сумма подушевого финансирования (руб.коп.)
Итого:			

Руководитель СМО

(наименование СМО)

(подпись)

(Ф.И.О. руководителя)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

Согласовано:
Директор ТФОМС Нижегородской области

(подпись)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

**Информационный лист
по оплате счетов МО-Исполнителей за оказанную медицинскую
помощь застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП***

от _____
(наименование СМО)
за _____месяц 20__г.

№ п.п.	Код медицинской организации	Наименование медицинской организации- исполнителя	Период отчета	Сумма, предъявленная к оплате в СМО за оказанную медицинскую помощь (руб.коп.)	Сумма, отклоненная от оплаты (руб.коп.)	Сумма, возмещенная за предыдущие месяцы (руб.коп.)	Итоговая сумма, принятая к оплате в текущем месяце (руб.коп.)

* - Формируется в электронном виде

Реестр медицинской помощи, оказанной МО-Исполнителями застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП *
(реестр внешних услуг)

 (наименование СМО)

за _____ месяц 20__ г.

№ п/п	Имя исходного файла электронного реестра мед. помощи	Номер записи файла "медицинская помощь"	Фамилия, имя, отчество, дата рождения, № амб. карты	Серия и № полиса, серия и № паспорта	Адрес места регистрации, указанный в реестре на оплату оказанной медицинской помощи	Адрес места регистрации, указанный в заявлении о выборе/замене СМО	Основание прикрепления (заявление / адрес / списки МО-Фондодержателя)	Код и наименование МО, оказавшей медицинскую помощь	Вид медицинской помощи (посещение/ обращение/ лечебно-диагностическая услуга)	Код и наименование врачебной должности/ лечебно-диагностической услуги**	Код диагноза по МКБ-10	Дата начала и окончания лечения	Сумма оплаты (руб., коп.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

* - Формируется в электронном виде;

** - для лечебно-диагностических услуг проставляется номенклатурный код услуги в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

**Лист разногласий по оплате счетов МО-Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованных лиц,
прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП**

(наименование Фондодержателя)

к информационному листу по оплате счетов медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам,
прикрепленным к МО - Фондодержателю, от _____ за _____ месяц 20__ г.
(наименование СМО)

№ п/ п	№ позици и в реестр е внешн их услуг	Имя исходно го файла электрон ного реестра мед. помощи	Номер записи файла “медици нская помощь”	Фамилия, имя, отчество, дата рождения, № амб. карты	Серия и № полиса, серия и № паспорт а	Адрес места регистрац ии, указанный в реестре на оплату оказанной медицинс кой помощи	Адрес места регистрации, указанный в заявлении о выборе/замене СМО	Основание прикрепления (заявление / адрес / списки МО- Фондодержате ля)	Код и наименован ие МО, оказавшей медицинск ую помощь	Вид медицинс кой помощи (посещен ие/обраще ние/ лечебно- диагности ческая услуга)	Код и наименова ние врачебной должност и/лечебно- диагности ческой услуги**	Дата начала и оконча ния лечени я	Сумма оплаты (руб., коп.)	Причина разногла сий / Примеча ние*
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

* - по позициям, урегулированным с МО-Исполнителем, проставляется значение “согласовано исполнителем”. В данном случае на листе разногласий необходима подпись и печать со стороны МО-Исполнителя;

** - для лечебно-диагностических услуг проставляется номенклатурный код услуги в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

МО - Фондодержатель _____ / _____ /
(Ф.И.О.) (подпись)
«_____» _____ 20__ г. М.П.

АКТ № _____
окончательного расчета СМО с МО-Фондодержателем, оказывающим
услуги АПП

за _____ 20__ г.
 (месяц)

СМО _____
 (наименование)

Медицинская организация _____
 (наименование)

Расчетная сумма подушевого финансирования за _____ 20__ г.
 (месяц)
 составила _____ рублей _____ копеек. (_____
 _____).
 (сумма прописью)

Сумма авансового платежа, перечисленная «____» _____ 20__ г.
 составила _____ рублей _____ копеек (_____
 _____).
 (сумма прописью)

(Сумма авансового платежа указывается с учетом суммы удержанных средств по результатам окончательного расчета за предыдущий месяц в размере _____ рублей _____ копеек)

Сумма, перечисленная за медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам, не прикрепившимся к МО - Фондодержателю _____ рублей _____ копеек (_____
 _____),
 (сумма прописью)

Сумма уменьшения оплаты МО - Фондодержателя по актам СМО (медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам)* составляет _____ рублей _____ копеек
 (_____
 _____),
 (сумма прописью)

в том числе:

по результатам медико-экономического контроля _____ рублей _____ копеек;

по результатам медико-экономической экспертизы _____ рублей _____ копеек;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи _____ рублей _____ копеек.

Сумма, перечисленная за внешние медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю _____ рублей _____ копеек (_____
 _____)

(сумма прописью)

В том числе по медицинским организациям:

№ п/п	Наименование медицинской организации	Сумма (руб. коп.)
1	2	3

Доплата по итогам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий медицинской помощи, оказанной МО-Исполнителями

за _____ составила _____ рублей _____ копеек;
(отчетный период)

Результат окончательного расчета за _____ 20 ____ г.
(месяц)

_____ рублей _____ копеек
(результат может быть положительным или отрицательным)

В случае положительного результата:

Подлежит перечислению МО - Фондодержателю _____ рублей ____ копеек
(_____)
(сумма прописью)

В случае отрицательного результата:

Подлежит уменьшению аванс МО - Фондодержателя в
_____ 20 ____ года
(следующий месяц)
_____ рублей _____ копеек (_____
(сумма прописью)).

*- указывается сумма уменьшения денежных средств по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП, проведенных СМО у МО - Фондодержателя. в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" и Приложением № 34 «Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинскими организациями штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» к Тарифному соглашению.

Руководитель СМО _____ / _____ /
(Ф.И.О.) (подпись)

Главный бухгалтер СМО _____ / _____ /
(Ф.И.О.) (подпись)

М.П. «_____» _____ 20 ____ г.

Лист разногласий к регистру застрахованных граждан, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему услуги АПП

(наименование медицинской организации)

по состоянию на «_____» _____ 20__ года

№п. .п	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Тип предъявлен ного документа*	Серия полиса **	Номер полиса **	СНИЛС **	Адрес регистрации	Категория (раб/нераб)	Причина разногласия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

* - (1- паспорт, 2 – старый полис ОМС, 3- новый полис ОМС, 4 - временное свидетельство), **- при отсутствии данных не заполняется

Руководитель МО-Фондодержателя: _____ (_____)
(подпись) (ФИО)

«___» _____ 20__ года

Протокол
согласования численности застрахованных лиц на территории, закрепленной
за МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП, и объемов финансовых
средств подушевого финансирования

на _____ 20 ____ года
 (месяц, квартал)

 (наименование медицинской организации МО - Фондодержателя)

 (наименование СМО)

Численность застрахованных лиц на территории, закрепленной за МО - Фондодержателем			Дифференцирова нный подушевой норматив финансирования (руб.,коп.)	Сумма подушевого финансирования на квартал (руб.,коп.)	в том числе сумма на месяц (руб.,коп.):		
Категория граждан	Абсолют (чел.)				(месяц)	(месяц)	(месяц)
	мужчины	женщины					
1	2	3	4	5	6	7	8
0 - 1 год							
1 - 4 года							
5-17 лет							
18-64 года							
65 лет и старше							
Итого							

Руководитель СМО

 (подпись)

 (Ф.И.О.)

" ____ " _____ 20 __ г. М.П.

Руководитель
МО - Фондодержателя

 (подпись)

 (Ф.И.О.)

**Информационный лист
по оплате счетов МО-Исполнителей за оказание СМП застрахованным лицам
на территории, закрепленной
за МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП**

от _____
(наименование СМО)

за _____ месяц 20 __ г.

N п/п	Реестровый номер медицинской организации	Наименование медицинской организации, ОГРН	Сумма, предъявленная к оплате в СМО за оказанную медицинскую помощь (руб.коп.)	Сумма, отклоненная от оплаты (руб.коп.)	Сумма, возмещенная за предыдущие месяцы (руб. коп.)	Итоговая сумма, оплаченная в текущем месяце (руб. коп.)

* - Формируется в электронном виде

Приложение В.2.9
к Положению

**Сведения
по оплате реестров счетов и счетов МО-Исполнителей за оказанную
СМП застрахованным лицам на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП***

(наименование медицинской организации (структурного подразделения))

(наименование СМО)

N п/п	Фамилия, имя, отчество больного, дата рождения, пол, N записи в журнале записи вызова скорой медицинской помощи	Серия и N полиса	Наименование СМО, где застрахован гражданин	Адрес места пребыва ния	Адрес места регистра ции	Наименование медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь	Код МКБ-X	Тип бригады (наименование вызова)	Дата вызова	Тариф на 1 вызов (руб. коп.)	Сумма оплаты за лечение (руб. коп.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

* Формируется в электронном виде

Лист разногласий
по оплате реестров счетов и счетов МО-Исполнителей за оказание СМП
застрахованным лицам на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП

(наименование Фондодержателя)

к информационному листу по оплате счетов медицинских организаций
за оказанную скорую медицинскую помощь застрахованным лицам на территории, закрепленной за Фондодержателем

(наименование СМО)
за _____ месяц 20 __ г.

N п/п	N позиции электронного реестра к информационному листу по оплате счетов	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Пол м/ж	Серия и номер полиса ОМС	Адрес места пребывания (город, населенный пункт, улица, номер дома, корпус, квартира)	Адрес места регистрации (город, населенный пункт, улица, номер дома, корпус, квартира)	Причина разногласия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Руководитель Фондодержателя

_____/_____
(Ф.И.О.) (подпись)
" __ " _____ 20 __ г.

М.П.

АКТ № _____
окончательного расчета СМО с МО-Фондодержателем, оказывающим
услуги СМП

за _____ 20__ г.
 (месяц)

СМО _____
 (наименование)

Медицинская организация _____
 (наименование)

Расчетная сумма подушевого финансирования за _____ 20__ г.
 (месяц)

составила _____ рублей _____ копеек (_____
 (сумма прописью)

Сумма, предъявленная по реестрам счетов и счетам за вызовы скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории, закрепленной за Фондодержателем за _____ 20__ г. составила
 (месяц)

_____ рублей _____ копеек (_____
 (сумма прописью)

Сумма, предъявленная по реестрам счетов и счетам за вызовы скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам вне территории, закрепленной за Фондодержателем за _____ 20__ г. составила
 (месяц)

_____ рублей _____ копеек (_____
 (сумма прописью)

Сумма авансового платежа по подушевому нормативу финансирования с учетом средств, направляемых на оплату за вызов скорой медицинской помощи, перечисленная на _____ 20__ г. составила _____ рублей _____ копеек
 (месяц)

(_____
 (сумма прописью)

в том числе:

по подушевому финансированию составила _____ рублей _____ копеек
 по оплате за вызовы скорой медицинской помощи составила _____ рублей _____ копеек

(Сумма авансового платежа указывается с учетом суммы удержанных средств по результатам окончательного расчета за предыдущий месяц, в размере _____ рублей _____ копеек)

Сумма уменьшения оплаты Фондодержателя по актам СМО
 (медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам) ≤* составляет _____ рублей _____ копеек
 (_____
 (сумма прописью)

в том числе:

по результатам медико-экономического контроля _____ рублей _____ копеек;
 по результатам медико-экономической экспертизы _____ рублей _____ копеек;
 по результатам экспертизы качества медицинской помощи _____ рублей _____ копеек.

Сумма, перечисленная Исполнителю за внешние услуги, оказанные застрахованным лицам на территории, закрепленной за Фондодержателем _____ рублей _____ копеек
(_____)
(сумма прописью)

в том числе по медицинским организациям: (руб. коп.)

№ п/п	Наименование медицинской организации	Сумма оплаты по тарифам за вызов вне фондодержания
1	2	3
	Итого	

Доплата по итогам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий медицинской помощи, оказанной МО-Исполнителями
за _____ составила _____ рублей _____ копеек;
(отчетный период)

Результат окончательного расчета за _____ 20 __ г. _____ рублей _____ копеек
(месяц)

(_____
(сумма прописью)

<*> - указывается сумма уменьшения денежных средств по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП, проведенных СМО у Фондодержателя в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" и Приложением № 34 «Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинскими организациями штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» к Тарифному соглашению.

Руководитель СМО _____ / _____ /
(Ф.И.О) (подпись)

Главный бухгалтер СМО _____ / _____ /
(Ф.И.О) (подпись)

"__" _____ 20 __ г.

М.П

Реестр Протоколов
согласования численности застрахованных лиц на территории, закрепленной
за МО-Фондодержателем, оказывающим услуги СМП, и объемов
финансовых средств подушевого финансирования
 на _____ 20__ года
 (квартал)

(наименование СМО)

№ п/п	Фондодержатель	Численность застрахованных на закрепленной территории, чел.	Сумма подушевого финансирования на квартал (руб.коп.)	в том числе сумма на месяц (руб. коп.):		
				(месяц)	(месяц)	(месяц)
Итого:						

Руководитель СМО

 (наименование СМО)

 (подпись)

 (Ф.И.О. руководителя)

«__» _____ 20__ г.
 М.П.

Согласовано:
 Директор ТФОМС Нижегородской области

 (подпись)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

Описание файлов, передаваемых между ТФОМС и СМО, в рамках ведения РС ЕРЗ

1. Описание файла со сведениями о прикреплении ЗЛ к СМП (передается от СМО в ТФОМС)

1.1 Общие требования

Файл со сведениями о прикреплении ЗЛ к СМП должен иметь формат csv.

Имя файла формируется с использованием следующего шаблона:

SMP_код СМО_ГГГГММДД.csv,

где:

- SMP - соответствующие латинские символы;
- код СМО – пятизначный код СМО
- ГГГГММДД – дата, на которую подготовлены данные;
- csv - расширение файла.

Пример.

SMP_52001_20200401.csv – файл для загрузки данных от СМО с кодом 52001, выгруженный 01.04.2020.

Содержимое файла должно передаваться в кодировке Windows-1251.

1.2 Сведения о структуре файла и выгружаемых данных

Строки файла (начиная с первой строки и до конца файла) содержат выгружаемые данные; включение в файл пустых строк не допускается.

Структура строк и сведения об атрибутах и выгружаемой информации описаны в таблице 1.

Значения атрибутов должны следовать в том порядке, в котором они перечислены в указанной таблице.

Значения атрибутов должны отделяться друг от друга знаком ";" (код 5910).

Строки файла должны отделяться друг от друга парой знаков "возврат каретки" и "перевод строки" (коды 1310 и 1010), следующих непосредственно друг за другом.

Файл не должен начинаться со знаков "возврат каретки" и "перевод строки" или заканчиваться этими знаками.

Таблица 1 Структура строки файла со сведениями о прикреплении ЗЛ к СМП

Имя столбца в файле выгрузки	Наименование атрибута	Обязательность	Тип данных	Примечание
PID	Идентификатор ЗЛ	О	T(10)	Равен значению поля id из РС ЕРЗ
SMP	Реестровый номер МО (СМП)	О	T(6)	По справочнику F032 (mcod). Соответствует СМП, к которому прикреплено ЗЛ на отчетную дату

2. Описание файла со сведениями о ЗЛ РС ЕРЗ (передается от ТФОМС в СМО)

2.1 Общие требования

Файл со сведениями о ЗЛ в РС ЕРЗ должен иметь формат csv.

Имя файла формируется с использованием следующего шаблона:

Код СМО_ГГГГММДД_N.csv, где:

- Код СМО – пятизначный код СМО (справочник F002, элемент smocod);
- ГГГГММДД – дата (1 число расчетного месяца);
- N – признак наличия/отсутствия сведений о прикреплении ЗЛ (0 – сведения отсутствуют; 1 – сведения присутствуют);
- csv - расширение файла.

Пример:

52001_20200701_0.csv – файл со сведениями о ЗЛ в РС ЕРЗ с кодом СМО 52001 на 01.07.2020, сведения о прикреплении ЗЛ отсутствуют.

Содержимое файла должно передаваться в кодировке Windows-1251.

2.2 Сведения о структуре файла и выгружаемых данных

Строки файла (начиная с первой строки и до конца файла) содержат выгружаемые данные; включение в файл пустых строк не допускается.

Структура строк, сведения об атрибутах и выгружаемой информации описаны в таблице 2.

Значения атрибутов следуют в том же порядке, в котором они перечислены в таблице 2.

Значения атрибутов отделяются друг от друга знаком ";" (код 5910).

Строки файла отделяются друг от друга парой знаков "возврат каретки" и "перевод строки" (коды 1310 и 1010), следующих непосредственно друг за другом.

Файл не может начинаться или заканчиваться знаками "возврат каретки" и "перевод строки".

В файл без изменений включаются сведения сегмента СМО РС ЕРЗ.

Таблица 2 Структура строки файла со сведениями о ЗЛ РС ЕРЗ

Имя столбца в файле выгрузки	Наименование атрибута	Обязательность	Тип данных	Примечание
ID	Идентификатор ЗЛ	О	T(10)	
FAM	Фамилия	У	T(40)	
IM	Имя	О	T(40)	
OT	Отчество	У	T(40)	
W	Пол	О	T(1)	1-мужской; 2-женский
DR	Дата рождения	О	T(8)	
MR	Место рождения	У	T(100)	
BIRTH_OKSM	Страна рождения	У	T(3)	
SS	СНИЛС	У	T(14)	В формате: 999-999-999 99
DOCTR	Код типа УДЛ	О	T(3)	
DOCN	Номер УДЛ	О	T(20)	
DOCS	Серия УДЛ	У	T(20)	
DOCDT	Дата выдачи УДЛ	О	T(8)	В формате: ГГГГММДД

Имя столбца в файле загрузки	Наименование атрибута	Обязательность	Тип данных	Примечание
DOCORG	Орган, выдавший УДЛ	У	T(255)	
DOCEND	Дата окончания УДЛ	У	T(8)	В формате: ГГГГММДД
RDOCTP	Код типа второго УДЛ	У	T(3)	
RDOCS	Серия второго УДЛ	У	T(20)	
RDOCN	Номер второго УДЛ	У	T(20)	
RDOC DT	Дата выдачи второго УДЛ	У	T(8)	В формате: ГГГГММДД
RDOCORG	Орган, выдавший второго УДЛ	У	T(255)	
RDOCEND	Дата окончания второго УДЛ	У	T(8)	В формате: ГГГГММДД
EMAIL	E-mail	У	T(50)	
PHONE	Телефон	У	T(40)	
CN	Гражданство	О	T(3)	
SUBJ	Код ОКАТО субъекта места жительства	О	T(5)	
RN	Код ОКАТО района места жительства	О	T(11)	
INDX	Индекс места жительства	У	T(6)	
RNNAME	Название района места жительства	У	T(120)	
CITY	Город места жительства	У	T(120)	
NP	Населенный пункт места жительства	У	T(120)	
UL	Улица места жительства	У	T(120)	
DOM	Дом места жительства	У	T(20)	
KOR	Корпус места жительства	У	T(12)	
KV	Квартира места жительства	У	T(12)	
DMJ	Дата регистрации по месту жительства	У	T(8)	В формате: ГГГГММДД
BOMJ	Признак БОМЖ/не БОМЖ	У	T(1)	1 - БОМЖ; 0 - не БОМЖ
KLADRG	КЛАДР места жительства	У	T(19)	
PSUBJ	Код ОКАТО субъекта места пребывания	У	T(5)	

Имя столбца в файле загрузки	Наименование атрибута	Обязательность	Тип данных	Примечание
PRN	Код ОКАТО района места пребывания	У	T(11)	
PINDX	Индекс места пребывания	У	T(6)	
PRNNAME	Название района места пребывания	У	T(120)	
PCITY	Город места пребывания	У	T(120)	
PNP	Населенный пункт места пребывания	У	T(120)	
PUL	Улица места пребывания	У	T(120)	
PDOM	Дом места пребывания	У	T(20)	
PKOR	Корпус места пребывания	У	T(12)	
PKV	Квартира места пребывания	У	T(12)	
PDMJ	Дата регистрации по месту пребывания	У	T(8)	В формате: ГГГГММДД
KLADRP	КЛАДР места пребывания	У	T(19)	
ОКАТО	ОКАТО	У	T(5)	
ENP	ЕНП	О	T(16)	
QOGRN	ОГРН СМО	О	T(15)	
Q	Код СМО	О	T(5)	
PRZ	Код пункта регистрации застрахованного лица	О	T(8)	
OPDOC	Код ДПФС	О	T(1)	
SPOL	Серия ДПФС	У	T(20)	
NPOL	Номер ДПФС	О	T(20)	
DBEG	Дата выдачи ДПФС	О	T(8)	В формате: ГГГГММДД
DEND	Дата предположительного окончания действия ДПФС	У	T(8)	В формате: ГГГГММДД
DSTOP	Дата окончания действия ДПФС	У	T(8)	В формате: ГГГГММДД

Имя столбца в файле выгрузки	Наименование атрибута	Обязательность	Тип данных	Примечание
RSTOP	Код причины окончания действия ДПФС	У	T(1)	1 - смерть ЗЛ; 2 - ежегодная замена СМО застрахованным лицом; 3 - замена СМО по причине изменения места жительства; 4 - выдача временного свидетельства в другой СМО; 5 - выявление дубликата ДПФС; 6 - прочие причины; 7 - аннулирование страховки; 8 - замена ДПФС в той же СМО
LPU	Код МО, к которой прикреплено ЗЛ	У	T(6)	По справочнику F032 (mcod)
LPUAUTO	Способ прикрепления	У	T(1)	1-территориальный принцип, 2-заявление
LPUDT	Дата прикрепления	У	T(8)	В формате: ГГГГММДД
LPUDX	Дата открепления	У	T(8)	В формате: ГГГГММДД
SS_DOCTOR	СНИЛС врача, к которому прикреплено ЗЛ	У	T(11)	Без разделителей и пробелов
SS_FELDSHER	СНИЛС фельдшера, к которому прикреплено ЗЛ	У	T(11)	Без разделителей и пробелов

на 01.ММ.ГГГГ

[illegible]

[illegible]

[illegible]

№	Муниципальные образования	Численность застрахованных лиц	в том числе по группам застрахованных лиц											
			моложе трудоспособного возраста						трудоспособный возраст				старше трудоспособного возраста	
			0-1 год		1-4 года		5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60-64 лет	55-64 лет	65 лет и старше	
			муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
46	Уренский район													
47	Чкаловский район													
48	Шарангский район													
49	Шатковский район													
50	Шахунский район													
51	Саров													
52	Нижний Новгород													
53	Другая территория													
	ИТОГО:													

Должность руководителя
СМО

(наименование СМО)

подпись _____ И.О.Фамилия

Дата " ____ " _____ 20__ г.
М.П.

Должность руководителя
ТФОМС Нижегородской области

подпись _____ И.О.Фамилия

Дата " ____ " _____ 20__ г.
М.П.

Порядок прикрепления ЗЛ к МО-Фондодержателю

Ведение информации, связанной с прикреплением ЗЛ к МО-Фондодержателю и медицинскому работнику, выполняется в среде АИС "Прикрепление".

1 Порядок прикрепления к МО-Фондодержателю ЗЛ, выбравших её для оказания первичной медико-санитарной помощи.

1) МО-Фондодержатель выполняет прикрепление ЗЛ, выбравших её для оказания первичной медико-санитарной помощи на основании заявления ЗЛ, в соответствии с [4.7] (для ЗЛ, застрахованных на территории Нижегородской области) и [4.6] (для инообластных ЗЛ), в течение 1 рабочего дня с момента подачи ЗЛ соответствующего заявления.

2) МО-Фондодержатель вносит в АИС "Прикрепление" сведения о вновь прикрепившихся ЗЛ, в том числе: ФИО, дату рождения, номер полиса ОМС, дату прикрепления, основание прикрепления (скан-копию заявления), адрес регистрации, адрес фактического проживания (при несовпадении его с адресом регистрации), СНИЛС медицинского работника.

2 Прикрепление ЗЛ к МО-Фондодержателю по территориальному принципу.

1) ТФОМС ежемесячно выполняет следующие действия:

- используя РС ЕРЗ, выявляет ЗЛ, не прикрепленных к МО-Фондодержателю;
- ежедневно в среде АИС "Прикрепление" осуществляет прикрепление ЗЛ к МО-Фондодержателю согласно [7.3] на основании адреса проживания (при отсутствии таких сведений - на основании адреса регистрации).

2) МО-Фондодержатель в срок не позднее предпоследнего рабочего дня текущего месяца прикрепляет ЗЛ (из числа прикрепленных к МО согласно п.1) к медицинским работникам.

3) При невозможности осуществить прикрепление ЗЛ, МО-Фондодержатель формирует в среде АИС "Прикрепление" и направляет в ТФОМС на ViPNet-адрес "52(ТФОМС_НО)_Ведущий специалист ОРМЭВиЦС_АП_1" файл, содержащий список ЗЛ, прикрепление которых не выполнено, с указанием причин (Приложение В.3.1). Файл должен иметь Excel-формат; наименование файла задается по шаблону: МО_ММ_N, где: МО - реестровый код МО-Фондодержателя (Реестр F032), ММ - текущий месяц, N - порядковый номер файла в текущем месяце.

4) МЗ НО обеспечивает актуальность сведений о зонах обслуживания населения медицинскими организациями, изложенных в [7.3].

3 Порядок прикрепления ЗЛ, достигших 18 лет, к МО-Фондодержателям, оказывающим медицинскую помощь взрослому населению.

1) МО-Фондодержатели, обслуживающие только детское прикрепленное население, ежемесячно, не позднее предпоследнего рабочего дня текущего месяца должны выполнить следующие действия в среде АИС "Прикрепление":

- отметить ЗЛ, которым в текущем месяце, а также 1-го числа следующего месяца исполняется 18 лет;

- актуализировать адреса фактического проживания ЗЛ в соответствии с первичной медицинской документацией;

- указать для каждого отмеченного ЗЛ МО-Фондодержатель, обслуживающую взрослое население на соответствующей территории, согласно [7.3].

2) ТФОМС на основании результатов работы по п.1 производит открепление ЗЛ от МО-Фондодержателей, обслуживающих детское население и прикрепление их к МО-

Фондодержателям, обслуживающим взрослое население.

3) МО-Фондодержатели, обслуживающие прикрепленное взрослое население, выполняют действия в среде АИС "Прикрепление", описанные в п.2 (подпункты 2, 3).

Список ЗЛ, прикрепление которых к медицинскому работнику не выполнено

[illegible]

Информационный лист
Сведения о медицинских услугах, стоимость которых удерживается при расчетах с МО-инициатором в пользу МО-исполнителя¹

(код² и наименование СМО)

(код³ и наименование МО-инициатора)
 за _____ 20__ г.

№ п/п	ФИО и дата рождения пациента	№ полиса ОМС	Номенклатурный код медицинской услуги ⁴	Наименование медицинской услуги ⁴	Код ³ и наименование МО-исполнителя медицинской услуги	Дата выполнения медицинской услуги ⁵	Стоимость ⁶ (руб. коп.)
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого:							

¹ Формируется СМО, подписывается ЭП руководителя СМО, передается МО-инициатору в электронном виде одновременно с оплатой.

² 5-значный код СМО (F002.SMOCOD).

³ 6-значный код МО (F032.MCOD).

⁴ В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», номенклатурный код медицинской услуги соответствует значению поля электронного реестра VID_VME («Вид медицинского вмешательства»).

⁵ Соответствует значению поля электронного реестра DATE_OUT («Дата окончания оказания услуги»).

⁶ Соответствует значению поля электронного реестра USL/TARIF («Тариф»).

Руководитель СМО

_____ <И.О.Фамилия>

ЭП

РЕГЛАМЕНТ

организации электронного юридически значимого документооборота между участниками информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области

I. Общие положения

1. Регламент организации электронного юридически значимого документооборота между участниками информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области (далее - Регламент) разработан во исполнение Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», Минздрава России от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказа ФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», согласно Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области.

2. Регламент определяет правила и порядок организации юридически значимого электронного документооборота между участниками информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области, основанного на взаимном признании электронных подписей и равнозначности электронных документов, подписанных электронными подписями, документам на бумажных носителях, подписанных собственноручными подписями.

3. Участники информационного взаимодействия при реализации настоящего регламента руководствуются требованиями Федеральных законов от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», приказов Федерального агентства правительственной связи и информации при Президенте Российской Федерации от 13.06.2001 № 152 «Об утверждении Инструкции об организации и обеспечении безопасности хранения, обработки и передачи по каналам связи с использованием средств криптографической защиты информации с ограниченным доступом, не содержащим сведений, составляющих государственную тайну», и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

II. Основные определения

4. Для целей реализации Регламента устанавливаются следующие определения:

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

Удостоверяющий центр – юридическое лицо, осуществляющее функции по созданию и выдаче сертификатов ключей проверки электронных подписей, а также иные функции, предусмотренные Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Участники информационного взаимодействия – организации, осуществляющие обмен информацией в электронной форме в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области.

Электронный документ – электронный файл любого формата, в котором информация представлена в электронно-цифровой форме.

Электронный документооборот – юридически значимый электронный документооборот между участниками информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области.

Уполномоченными организациями в части предоставления услуг Удостоверяющего центра электронной подписи автоматизированных информационных систем единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования являются любые аккредитованные удостоверяющие центры, расположенные на территории Российской Федерации и включенные в список аккредитованных удостоверяющих центров, размещенный на сайте Минкомсвязи России.

Сертификат ключа проверки электронной подписи – электронный документ или документ на бумажном носителе, выданный Удостоверяющим центром либо доверенным лицом Удостоверяющего центра и подтверждающий принадлежность ключа проверки электронной подписи владельцу сертификата ключа проверки электронной подписи.

Квалифицированный сертификат ключа проверки электронной подписи – сертификат ключа проверки электронной подписи, выданный аккредитованным Удостоверяющим центром или доверенным лицом аккредитованного Удостоверяющего центра либо федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным в сфере использования электронной подписи.

Владелец сертификата ключа проверки электронной подписи – лицо, которому в установленном порядке выдан сертификат ключа проверки электронной подписи.

Закрытый ключ – компонент электронной подписи, применяемый при формировании электронной подписи.

Доверенная среда – среда передачи конфиденциальной информации, основывающаяся на базе защищенной сети ViPNet ТФОМС Нижегородской области и межсетевых взаимодействиях с защищенными ViPNet-сетями, участников информационного взаимодействия.

III. Принципы и порядок организации электронного документооборота

5. Изменения в Регламент вносятся в порядке, установленном нормативными актами, принятым в ТФОМС Нижегородской области. Уведомление участников информационного взаимодействия о внесении изменений осуществляется ТФОМС Нижегородской области способом размещения указанных изменений (дополнений) на официальном сайте ТФОМС Нижегородской области в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

6. Любые изменения и дополнения в Регламенте с момента вступления в силу равно распространяются на всех участников информационного взаимодействия.

7. Все электронные сообщения, передаваемые участниками информационного взаимодействия должны быть подписаны электронной подписью.

8. Для подписания электронных сообщений используется усиленная квалифицированная электронная подпись, выданная уполномоченному лицу юридического лица – участника информационного взаимодействия, с указанием физического лица (владельца сертификата), действующего от имени юридического лица на основании учредительных документов или доверенности.

9. Выдачу закрытых ключей электронной подписи и их сертификатов для уполномоченных лиц Сторон осуществляют операторы Удостоверяющего центра в лице ответственных работников, наделенных Удостоверяющим центром полномочиями по осуществлению действий по выдаче сертификатов ключей проверки электронных подписей в соответствии с Регламентом Удостоверяющего центра.

10. Порядок обмена, структура и форматы электронных сообщений, определяются в соответствии с «Положением об электронном обмене данными в системе ОМС Нижегородской области» (далее - ПЭОД) и иными нормативными правовыми актами, определяющими порядок информационного взаимодействия.

11. Перечень документов, обмен которыми осуществляется в электронном виде с применением электронной подписи, установлен действующими нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования. Форматы документов и структуры именования файлов представлены в соответствующем разделе ПЭОД.

12. При осуществлении информационного взаимодействия допускается обмен электронными сообщениями, содержащими общедоступную информацию и информацию конфиденциального характера, в том числе персональные данные.

13. Обмен электронными сообщениями, содержащими сведения конфиденциального характера (в том числе персональные данные), должен осуществляться с использованием актуальных сертифицированных средств криптографической защиты информации и актуальных сертифицированных средств защиты информации в рамках соглашения об информационном взаимодействии (Приложение В.6.2). При необходимости обеспечения взаимодействия сетей ViPNet ТФОМС (№ 619) и иной организации заключается соответствующее соглашение об установлении защищенного межсетевого взаимодействия.

14. Уполномоченные лица участников информационного взаимодействия осуществляют формирование и подготовку электронных сообщений, подписание электронных сообщений электронной подписью, отправку (получение) электронных сообщений, проверку подлинности электронной подписи в электронных сообщениях, хранение и обработку электронных сообщений, учет и регистрацию электронных сообщений.

15. Электронные сообщения подписываются электронной подписью уполномоченных лиц участников информационного взаимодействия, наделенных правом собственноручной подписи аналогичных документов на бумажных носителях или уполномоченных на то соответствующими нормативными актами.

16. Электронные сообщения, в которых проверка электронной подписи дала отрицательный результат к исполнению не принимаются. Участник информационного взаимодействия, которому было направлено электронное сообщение в течение одного часа с момента получения данного электронного сообщения уведомляет об этом участника информационного взаимодействия, отправившего данное сообщение.

17. Уведомление о результатах обработки электронных сообщений участников информационного взаимодействия, а также ТФОМС Нижегородской области в случаях, установленных Регламентом, может осуществляться по защищенным каналам связи сети ViPNet (Деловая почта ViPNet) или с использованием телефонной связи.

18. Участники информационного взаимодействия ведут электронные журналы учета отправленных и полученных электронных сообщений.

19. Участники информационного взаимодействия организуют архивы электронных сообщений, отправленных (полученных) в рамках Регламента. Сроки хранения электронных сообщений устанавливаются в соответствии со сроками хранения аналогичных документов на бумажных носителях. Наряду с хранением электронных сообщений Участники информационного взаимодействия организуют хранение соответствующих журналов учета, сертификатов ключей

подписи, уведомлений о доставке электронных сообщений в течение срока, соответствующего сроку хранения соответствующих электронных соглашений.

20. Обязанности участников информационного взаимодействия при изготовлении, замене, аннулировании (отзыве), приостановлении действия сертификата ключа электронной подписи, сроки действия ключевой информации определяются в соответствии с нормативными документами Удостоверяющего центра, выдавшего квалифицированную электронную подпись.

21. Технические условия, предъявляемые к рабочим местам Участников информационного взаимодействия установлены Приложением В.6.1 к настоящему регламенту.

22. В случае временного отсутствия у участника информационного взаимодействия технической возможности осуществлять передачу электронных сообщений, участник информационного взаимодействия передает электронные сообщения на машинных носителях (оптические диски, карты памяти, съемные накопители), при этом электронные сообщения должны быть подписаны электронной подписью.

IV. Признание электронной подписи

23. Взаимное признание электронных подписей достигается обеспечением Участниками информационного взаимодействия технологической возможности использования средств усиленной квалифицированной электронной подписи, соответствующей требованиям законодательства Российской Федерации и настоящего Регламента.

24. Участники информационного взаимодействия признают, что полученные ими электронные документы, заверенные электронными подписями должностных лиц или их уполномоченных представителей, имеющих право подписания документов, а также имеющих сертификаты ключей проверки электронных подписей, равнозначны полученным документам на бумажных носителях, заверенных собственноручными подписями и оттиском печатей.

25. Участники информационного взаимодействия признают, что используемые ими при электронном документообороте средства электронной подписи достаточны для подтверждения того, что:

- электронный документ исходит от Участника информационного взаимодействия, его передавшего (подтверждение авторства документа);
- электронный документ не претерпел изменений при электронном документообороте (подтверждение целостности и подлинности электронного документа);
- электронный документ доставлен получателю в срок, указанный в формируемом и подписанном получателем извещении о доставке электронного документа;
- электронный документ, подписанный электронной подписью, равнозначен документу на бумажном носителе, подписанному собственноручными подписями.

26. Электронная подпись признается действительной до тех пор, пока решением суда не установлено иное, при одновременном соблюдении следующих условий:

- квалифицированный сертификат создан и выдан аккредитованным удостоверяющим центром, аккредитация которого действительна на день выдачи указанного сертификата;
- квалифицированный сертификат действителен на момент подписания электронного документа (при наличии достоверной информации о моменте подписания электронного документа) или на день проверки действительности указанного сертификата, если момент подписания электронного документа не определен;
- имеется положительный результат проверки принадлежности владельцу квалифицированного сертификата квалифицированной электронной подписи, с помощью которой

подписан электронный документ, и подтверждено отсутствие изменений, внесенных в этот документ после его подписания;

- квалифицированная электронная подпись используется с учетом ограничений, содержащихся в квалифицированном сертификате лица, подписывающего электронный документ (если такие ограничения установлены).

При этом проверка осуществляется с использованием квалифицированного сертификата лица, подписавшего электронный документ.

V. Информационная безопасность

27. Участники информационного взаимодействия при ведении электронного документооборота, хранении электронных архивов обязаны принимать необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения, а также от иных неправомерных действий.

28. Использование, учет, распространение и техническое обслуживание средств криптографической защиты информации, средств защиты от несанкционированного доступа и т.д. осуществляется в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами.

29. Проверку соблюдения участниками информационного взаимодействия требований законодательства Российской Федерации в области защиты информации при организации и осуществлении информационного взаимодействия в рамках Регламента на территории Нижегородской области осуществляет ТФОМС Нижегородской области с возможностью предоставления результатов проверок в органы исполнительной власти и органы, осуществляющие контроль соблюдения требований законодательства Российской Федерации в области защиты информации.

VI. Права и обязанности Участников информационного взаимодействия

30. Обязанности Участника информационного взаимодействия:

- обеспечить функционирование электронного документооборота в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

- обеспечить строгое соблюдение установленного законодательством Российской Федерации порядка ограниченного доступа к отдельным видам информации, получаемой и передаваемой при помощи электронного документооборота;

- обеспечить организацию технической эксплуатации и использования аппаратно-программных средств защиты информации, информирование и консультирование пользователей об обнаруженных ошибках и методах их исправления;

- обеспечить защиту от несанкционированного доступа к установленным у них средствам криптографической защиты информации и ключам электронной подписи;

- вести реестр уполномоченных на подписание электронных документов электронными подписями лиц;

- немедленно приостанавливать обмен электронными документами при получении сообщения о компрометации ключей электронной подписи;

- немедленно информировать друг друга о компрометации ключей электронной подписи;
- обеспечить организацию мероприятий по восстановлению взаимного обмена электронными документами в случае компрометации ключей электронных подписей;
- обеспечить своевременное представление информации о нарушениях в работе защищенной сети;
- незамедлительно информировать об обнаруженной невозможности выполнения обязательств по настоящему Регламенту;
- устранять своими силами и за свой счет допущенные по своей вине недостатки или иные отступления от условий настоящего Регламента;
- обеспечивать конфиденциальность и достоверность информации, передаваемой посредством электронного документооборота;
- не уничтожать и (или) не модифицировать архивы ключей проверок электронной подписи, сертификатов в течение срока их хранения в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации об архивном деле;
- не производить действия, направленные на нарушение безопасности электронного документооборота (деструктивные действия);
- обеспечивать фиксацию факта отправления или получения информации;
- предоставлять по запросу любой документ отправленный или полученный с использованием электронного документооборота на бумажном носителе (подписанным уполномоченным лицом и скрепленным печатью) в течение 10-и дней с момента получения запроса, а в случаях, когда необходимость в предоставлении документа возникла в связи с обращением уполномоченных государственных органов либо застрахованного лица, в срок, указанный в запросе;
- обеспечивать работоспособность и безопасность программно-аппаратных средств, необходимых для функционирования электронного документооборота;
- обеспечивать конфиденциальность, сохранность, целостность и неизменность данных, передаваемых посредством электронного документооборота;
- комплектовать АРМ необходимыми аппаратными, системными, телекоммуникационными средствами, программным обеспечением, установленным Приложением В.6.1 к настоящему Регламенту;
- организовать обучение своих специалистов работе со средствами защиты информации, в том числе средствами электронной подписи, а также технической эксплуатации средств защиты информации;
- назначить приказом лицо (лиц), уполномоченное (-ных) на подписание электронных документов электронной подписью;
- назначить приказом администратора информационной безопасности;
- обеспечить функционирование средств защиты информации, средств информационного взаимодействия и средств электронной подписи при информационном взаимодействии и электронном документообороте, расположенных у Участников информационного взаимодействия, в соответствии с документацией на эти средства.

33. Участники информационного взаимодействия имеют право:

- запрашивать у Участников информационного взаимодействия необходимую информацию в рамках исполнения обязательств по настоящему Регламенту;
- запрашивать у Участников информационного взаимодействия сведения о фактах отправления или получения информации с использованием системы электронного документооборота;
- требовать от Участников информационного взаимодействия соблюдения условий функционирования электронного документооборота;
- вносить предложения по изменению и совершенствованию электронного документооборота;
- совершать иные действия в рамках организации электронного документооборота, не противоречащие законодательству Российской Федерации и настоящему Регламенту;
- модернизировать и обновлять собственные информационные системы в объеме, не ограничивающем возможность использования электронного документооборота.

VII. Обязанности Участников информационного взаимодействия

34. Участники информационного взаимодействия несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение требований настоящего Регламента в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Регламентом.

35. Участники информационного взаимодействия не несут ответственность за:

- сроки предоставления Участнику информационного взаимодействия информации с использованием системы электронного документооборота при авариях, сбоях или перебоях в обслуживании, связанных с нарушениями в работе оборудования, систем подачи электроэнергии и/или линий связи или сетей, которые обеспечиваются, подаются, эксплуатируются и/или обслуживаются третьими лицами;

- ущерб, понесенный Участником информационного взаимодействия в результате нарушения этого же Участника информационного взаимодействия настоящего Регламента.

36. Участники информационного взаимодействия не несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, принятых на себя в соответствии с настоящим Регламентом, если надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие наступления обстоятельств непреодолимой силы.

37. Для целей Регламента «непреодолимая сила» означает обстоятельство, предусмотренное частью 3 статьи 401 Гражданского кодекса Российской Федерации.

38. Участники информационного взаимодействия в случае невозможности исполнения своих обязательств по причине наступления обстоятельств непреодолимой силы должны предпринять все возможные действия для извещения других Участников информационного взаимодействия стороны о наступлении таких обстоятельств.

39. Исполнение обязательств возобновляется немедленно после прекращения действия обстоятельств непреодолимой силы.

VIII. Приостановление передачи информации с использованием системы электронного документооборота

40. Передача информации посредством электронного документооборота может быть приостановлена в случаях:

- нарушения требований передачи информации и безопасности информации, предусмотренных настоящим Регламентом;
- выявления фактов деструктивных действий по отношению к системе информационного взаимодействия и электронного документооборота;
- выявления иных причин, препятствующих осуществлению передачи информации через систему информационного взаимодействия и электронного документооборота.

41. Участник информационного взаимодействия, установивший одно или несколько нарушений, предусмотренных пунктом 40 настоящего Регламента, незамедлительно уведомляет любым доступным способом других Участников информационного взаимодействия о возможном приостановлении передачи информации посредством электронного документооборота, а также направляет другому Участнику информационного взаимодействия, допустившему нарушения уведомление в письменной форме с указанием данной информации.

Участник информационного взаимодействия, допустивший указанное нарушение, информирует других Участников информационного взаимодействия о сроках устранения допущенного нарушения.

Передача информации посредством электронного документооборота приостанавливается на весь период устранения нарушений.

42. В случае приостановления обмена информацией посредством электронного документооборота передача данных осуществляется на бумажных носителях.

IX. Разрешение конфликтных ситуаций

43. В связи с осуществлением информационного взаимодействия возможно возникновение конфликтных ситуаций, связанных с формированием, доставкой, получением, подтверждением получения электронных документов, а также использованием в данных документах электронной подписи. Данные конфликтные ситуации могут возникать в частности, в следующих случаях:

- неподтверждение подлинности электронных сообщений средствами электронной подписи участника информационного взаимодействия, получившего электронное сообщение;
- оспаривание факта формирования электронного сообщения;
- оспаривание факта идентификации владельца сертификата ключа электронной подписи, подписавшего документ;
- заявление участника информационного взаимодействия об искажении электронного сообщения;
- оспаривание факта отправления и/или доставки электронного сообщения;
- оспаривание аутентичности экземпляров электронного сообщения;
- иные случаи возникновения конфликтных ситуаций, связанных с осуществлением информационного взаимодействия.

44. Конфликтная ситуация возникает также в случае, если участник информационного взаимодействия высказывает недоверие к программному обеспечению, функционирующему на рабочем месте другого участника информационного взаимодействия.

45. В случае возникновения конфликтной ситуации участник информационного взаимодействия, предполагающий возникновение конфликтной ситуации, должен незамедлительно, но не позднее чем в течение одного рабочего дня после возникновения конфликтной ситуации, направить уведомление о конфликтной ситуации участнику информационного взаимодействия, являющемуся другой стороной конфликта, а также в ТФОМС Нижегородской области.

46. Уведомление о предполагаемом наличии конфликтной ситуации должно содержать информацию о существовании конфликтной ситуации и обстоятельствах, которые, свидетельствуют о наличии конфликтной ситуации. Кроме того, в нем должны быть указаны фамилия, имя и отчество, должность, контактные телефоны, факс, адрес электронной почты лица или лиц, уполномоченных вести переговоры по урегулированию конфликтной ситуации.

47. Подтверждение подлинности электронной подписи в электронном документе производится в соответствии с Регламентом предоставления услуг Уполномоченной организацией Удостоверяющего центра электронной подписи автоматизированных информационных систем единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования.

48. Конфликтная ситуация признается разрешенной в рабочем порядке в случае, если участник информационного взаимодействия удовлетворен информацией, полученной от других участников информационного взаимодействия, которым было направлено уведомление и при отсутствии возражений ТФОМС Нижегородской области. В противном случае, для разрешения конфликтной ситуации ТФОМС Нижегородской области формирует комиссию.

49. Если участники информационного взаимодействия, являющиеся сторонами в конфликтной ситуации, не договорятся об ином, в состав комиссии включается равное количество представителей конфликтующих сторон.

50. При необходимости к работе комиссии для проведения технической экспертизы могут привлекаться независимые эксперты.

51. Сформированная комиссия при рассмотрении конфликтной ситуации устанавливает на технологическом уровне наличие или отсутствие фактических обстоятельств, являющихся причиной возникновения конфликтной ситуации.

52. Комиссия вправе рассматривать любые иные технические вопросы, необходимые, по мнению комиссии, для выяснения причин и последствий возникновения конфликтной ситуации.

53. По итогам работы составляется акт, в котором содержится изложение выводов комиссии по существу вопросов и причин возникновения конфликтной ситуации. Помимо этого, акт должен также содержать следующие данные:

- состав комиссии;
- дату и место составления акта;
- даты и время начала и окончания работы комиссии;
- перечень мероприятий, проведенных комиссией;
- подписи членов комиссии;
- указание на особое мнение члена (или членов) комиссии, в случае наличия такового.

54. Выводы комиссии могут быть использованы участниками информационного взаимодействия при урегулировании конфликта в досудебном порядке.

55. Участники информационного взаимодействия обязаны принимать все возможные усилия для разрешения споров путем переговоров. Если в результате переговоров участники информационного взаимодействия не придут к согласию, спор рассматривается в судебном порядке.

Технические условия для АРМ электронного документооборота

Регламент организации электронного юридически значимого документооборота между Участниками информационного взаимодействия в сфере ОМС на территории Нижегородской области предусматривает использование актуального сертифицированного программного обеспечения (далее - ПО):

1. КриптоПро CSP;
2. КриптоАрм;
3. ПК «ViPNet Client» (с учетом п. 1.5.10 подраздела 1.5 «Защита информации» Раздела 1 «Общие положения»);
4. Средство антивирусной защиты;
5. Средство защиты от несанкционированного доступа.

Автоматизированное рабочее место (далее - АРМ), используемое для обмена электронными документами, должно эксплуатироваться в соответствии с требованиями, представленными в формулярах и эксплуатационной документации на ПО.

Обеспечение работы, в том числе оснащение АРМ актуальными сертифицированными средствами защиты информации, актуальными сертифицированными средствами криптографической защиты информации и электронной подписи, осуществляется участниками информационного взаимодействия самостоятельно.

Отправка и получение электронных документов, подписанных электронной подписью, осуществляется посредством сертифицированного программного комплекса "ViPNet Client" с использованием компонента "ViPNet Деловая почта". Для автоматизации отправки и приёма документов на АРМ с ПК "ViPNet Client" возможна настройка функции автопроцессинга в программе "ViPNet Деловая почта".

Участники информационного взаимодействия имеют право использовать иное сертифицированное ПО, аналогичное по функциональности "КриптоАрм", для постановки и проверки электронной подписи на электронном документе при условии, что остальные участники смогут беспрепятственно выполнять свои обязательства по обработке полученных файлов в объеме, описанном в настоящем Регламенте.

СОГЛАШЕНИЕ № _____
ОБ ИНФОРМАЦИОННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ
(образец)

г. Нижний Новгород

«___» _____ г.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области в лице ..., действующего на основании ..., с одной стороны, и ... в лице ..., действующего на основании ..., с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее соглашение о нижеследующем.

1. Предмет соглашения

1.1. Настоящее соглашение определяет правила организации защиты информации при информационном взаимодействии между Сторонами.

1.2. Предметом настоящего соглашения является информационное взаимодействие Сторон при передаче информации, содержащей персональные данные, а также получение доступа к информационным системам ТФОМС Нижегородской области, содержащим персональные данные.

**2. Обеспечение конфиденциальности сведений и безопасности
при их обработке**

2.1. Обеспечение защиты информации при информационном взаимодействии Сторонами осуществляется в соответствии с требованиями Федеральных законов от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», от 26.07.2017 № 187-ФЗ «О безопасности критической информационной инфраструктуры Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации от 01.11.2012 № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», приказа ФСБ России от 10.07.2014 № 378 «Об утверждении Состав и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных

с использованием средств криптографической защиты информации, необходимых для выполнения установленных Правительством Российской Федерации требований к защите персональных данных для каждого из уровней защищенности», приказа ФСТЭК России от 18.02.2013 № 21 «Об утверждении Состав и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», приказа ФСТЭК России от 11.04.2025 № 117 «Об утверждении Требований о защите информации, содержащейся в государственных информационных системах, иных информационных системах государственных органов, государственных унитарных предприятий, государственных учреждений», Положения об электронном обмене данными в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области, утвержденным совместным приказом министерства здравоохранения Нижегородской области и ТФОМС Нижегородской области от 26.01.2026

№ 315-53/26П/од/15-О с применением необходимых организационных и технических мер защиты, в том числе с использованием актуальных сертифицированных средств защиты информации и актуальных сертифицированных средств криптографической защиты информации.

2.2. Стороны самостоятельно комплектуют и обеспечивают работоспособность рабочего места, предназначенного для взаимодействия, необходимыми аппаратными, системными средствами, средствами защиты информации и средствами криптографической защиты информации.

2.3. Стороны обязуются обеспечивать конфиденциальность получаемой при информационном взаимодействии информации. За разглашение информации Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.4. Стороны обязуются отслеживать изменения в законодательстве и документах, указанных в пункте 2.1, и действовать в соответствии с актуальными требованиями.

3. Заключительные положения

3.1. Настоящее соглашение вступает в силу с даты подписания и действует бессрочно.

3.2. Все изменения и дополнения к настоящему соглашению оформляются в форме дополнительного соглашения.

Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования
Нижегородской области

...

603006, г. Нижний Новгород,
пл. Свободы, д. 6,
тел. 8 (831) 233-90-00

...

...

...

_____ ...

_____...

Приложение В.7
к Положению

Регламент информационного взаимодействия между Федеральным казенным учреждением "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Нижегородской области" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Нижегородской области и страховыми медицинскими организациями Нижегородской области

1 Участниками информационного обмена являются:

- Федеральное казенное учреждение "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Нижегородской области" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ГБМСЭ);
- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области (ТФОМС);
- Страховые медицинские организации Нижегородской области (СМО).

2 Информационное взаимодействие осуществляется:

- между ГБМСЭ и ТФОМС - с использованием федеральной государственной информационной системы "Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы" (далее - ФГИС ЕАВИИАС) в соответствии с действующим Соглашением об информационном взаимодействии между ГБМСЭ и ТФОМС (далее - Соглашение);
- между ТФОМС и СМО - с использованием СПОД (Раздел 11).

4 Информационное взаимодействие между участниками информационного обмена осуществляется с использованием защищенных каналов передачи данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5 Порядок информационного взаимодействия:

1) ГБМСЭ с помощью ФГИС ЕАВИИАС передает по защищенному каналу связи VIPNet файл запроса в формате XML в соответствии с Соглашением (далее - файл-запроса ГБМСЭ).

2) СПОД выполняет следующие действия:

- автоматически загружает в базу данных файлы-запросы ГБМСЭ;
- на основании информации из файла-запроса ГБМСЭ определяет страховую принадлежность, формирует и отправляет в СМО файл-поручение на проведение экспертизы (далее - файл-поручение) (структура файла приведена в Приложении А.7.1);
- имя файла-поручения формируется в соответствии со следующим шаблоном: MSEPiNiPrNr_YYMMDDN_MID.xml, где:

- MSE – константа, обозначающая запрос от ГБМСЭ;
- Pi – параметр, определяющий организацию-источник: Т – ТФОМС; S – СМО;
- Ni – номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО);
- Pr – параметр, определяющий организацию-получателя: Т – ТФОМС; S – СМО;
- Nr – номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО);

- YY – две последние цифры порядкового номера года получения запроса от ГБМСЭ;
- MM – порядковый номер месяца получения запроса от ГБМСЭ;
- DD – число получения запроса от ГБМСЭ;
- N – порядковый номер запроса, полученного в указанную дату (YYMMDD);
- MID – уникальный номер запроса в базе данных запросов ГБМСЭ;

в качестве расширения файла используется "xml";

3) ИС СМО для подтверждения обработки файла-запроса СМО ИС СМО формирует и передает на СПОД пустой файл с именем, соответствующим имени полученного файла-поручения. В качестве расширения файла указывается "txt".

4) СМО обрабатывает файл-поручение, проводит контрольно-экспертные мероприятия (МЭЭ, ЭКМП) и направляет на СПОД пакет экспорта данных электронных реестров, содержащий данные по МЭЭ, ЭКМП. Формат и структура файлов формируется согласно п. 6 таблицы 3.2 Раздела 3; при этом имя файла пакета формируется в соответствии со следующим шаблоном: MSEPiNiPpNr_YYMMDDN_MID.zip.

Обозначения шаблона описаны в п.2 раздела 5 данного Регламента; в качестве расширения файла используется "zip".

Результаты контрольно-экспертных мероприятий (МЭЭ, ЭКМП), соответствующие файлам-поручений, полученным от ТФОМС от 5 числа месяца, предшествующего отчетному, до 4 числа (включительно) отчетного месяца, передаются на СПОД до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

5) СПОД обрабатывает поступивший от СМО пакет экспорта, формирует и передает в ГБМСЭ файл-ответа ГБМСЭ.

6) Ежемесячно, в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом ТФОМС формирует сведения по форме "Результаты контрольно-экспертных мероприятий, проведенных в отношении медицинских организаций, направивших застрахованных лиц на медико-социальную экспертизу", в соответствии с письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.07.2019 № 8749/30-1/и.

Приложение В.7.1
к Регламенту информационного
взаимодействия между
ГБМСЭ,ТФОМС и СМО

Структура файла-поручения на проведение экспертизы СМО

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей UTF-8.

Первая строка XML файла должна иметь следующий вид:

<?xml version="1.0" encoding ="UTF-8"?>.

Обозначения типов и форматов элементов XML-файла приведены в Приложении А.3.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование элемента	Дополнительная информация
Корневой элемент (Направление информации в СМО)					
	INF_TF	O	T(100)	Уникальный идентификатор документа	
	KOD_OKATO	O	T(5)	Код ОКАТО субъекта РФ	Код субъекта РФ, в котором осуществляют деятельность участники информационного взаимодействия
	KOD_TF	O	T(2)	Код ТФОМС	
	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи о случае направления информации	Заполняется значением "1"
	FAM	O	T(40)	Фамилия пациента	
	IM	O	T(40)	Имя пациента	
	OT	y	T(40)	Отчество пациента	Указывается при наличии в документе, удостоверяющем личность
	DR	O	D	Дата рождения пациента	
	SNILS	y	T(14)	СНИЛС	При наличии
	OGRN_MO	O	T(15)	ОГРН медицинской организации, выдавшей	ОГРН МО-юридического лица.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование элемента	Дополнительная информация
				направление на МСЭ	Заполняется в соответствии с Единым реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС
	NAM_MO	O	T(1000)	Наименование медицинской организации, выдавшей направление на МСЭ	Наименование МО-юридического лица. Заполняется в соответствии с Единым реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС
	ADDR_MO	O	T(1000)	Адрес медицинской организации, выдавшей направление на МСЭ	Юридический адрес МО-юридического лица. Заполняется в соответствии с Единым реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС
	REASON_R	O	T(1000)	Причины возврата направления в медицинскую организацию	Указывается перечень отсутствующих обследований, подтверждающих клинико-функциональный диагноз
	N_PROT	O	T(20)	Номер протокола	
	D_PROT	O	D	Дата принятия решения о направлении на МСЭ	
	D_FORM	O	D	Дата направления информации в ТФОМС	
	PID	O	N(8)	Идентификатор	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование элемента	Дополнительная информация
				застрахованного лица ТФОМС	
	SPOL	У	T(5)	Серия полиса ОМС старого образца (до 2011 года)	Указывается для полиса ОМС старого образца
	NPOL	У	T(16)	Номер полиса	Указывается: 1. Для полиса ОМС старого образца - № полиса; 2. Для временного свидетельства - № временного свидетельства в формате 999999999.
	DBEG	О	D	Дата начала действия полиса	В формате ГГГГ-ММ- ДД
	ENP	О	T(16)	Единый номер полиса	В формате 9999999999999999

РЕГЛАМЕНТ
взаимодействия участников при информационном сопровождении
застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи
в плановой форме

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент разработан с целью повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере ОМС при оказании им специализированной МП в плановой форме.

1.2. Настоящим Регламентом устанавливается порядок взаимодействия участников ОМС при оказании ЗЛ специализированной МП в плановой форме.

1.3. Настоящий Регламент разработан на основании следующих нормативных правовых актов: [1.1], [1.3], [3.1], [4.1], [4.11].

1.4. Участниками информационного взаимодействия в рамках Регламента (далее - Участники) являются:

- МЗ НО;
- ТФОМС;
- СМО, заключившие с ТФОМС договор о финансовом обеспечении ОМС;
- МО Нижегородской области, заключившие договор со СМО на оказание и оплату МП по ОМС, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях (за исключением МО, оказывающих стоматологическую медицинскую помощь, отдельные диагностические услуги) (далее – МО-поликлиника), оказывающие первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную МП, в том числе ВМП, включенную в базовую программу (далее – МО-стационар).

В настоящем Регламенте используются следующие термины, определения и сокращения:

Уполномоченное должностное лицо МО «МО-поликлиника» – специалист МО, оказывающей амбулаторную МП, назначенный приказом руководителя МО, ответственным за внесение сведений о направлениях, выданных ЗЛ для получения специализированной МП в плановом порядке, в единый информационный ресурс;

Уполномоченное должностное лицо МО «МО-стационар» - специалист МО, оказывающей МП в условиях круглосуточного и/или дневного стационара, назначенный приказом руководителя МО ответственным за внесение в единый информационный ресурс сведений об осуществленных и несостоявшихся госпитализациях в МО-стационар;

Страховой представитель - специалист СМО, деятельность которого направлена на осуществление контроля за соблюдением прав ЗЛ, в том числе с онкологическими заболеваниями, на оказание МП в соответствии с порядками оказания МП, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов МП, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий.

1.5. Информационное взаимодействие между Участниками осуществляется с помощью

АИС "Госпитализация".

2. Порядок информационного взаимодействия Участников при информационном сопровождении ЗЛ при оказании им специализированной МП в плановой форме

2.1. МО - поликлиника:

2.1.1. ежедневно не позднее 09.00 часов осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе о ЗЛ за истекшие сутки, получивших направление в выбранную МО на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) МП, включая дату госпитализации (далее - Направление) путем предоставления соответствующих сведений в АИС "Госпитализация".

2.1.2. Доступ к АИС «Госпитализация» предоставляется Уполномоченному должностному лицу МО-поликлиника.

2.1.3. При выдаче направления на плановую госпитализацию лечащий врач обязан информировать ЗЛ или его законного представителя о МО, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной МП с учетом сроков ожидания указанного вида МП, установленных территориальной программой.

2.1.4. На основании информации, полученной от лечащего врача, ЗЛ или его законный представитель осуществляет выбор МО, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной МП.

2.1.5. Оформление направления на оказание специализированной МП осуществляется Уполномоченным должностным лицом МО-поликлиника с учетом сведений, содержащихся в информационном ресурсе о количестве свободных мест для плановой госпитализации в выбранной застрахованным лицом МО на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом даты освобождения места.

2.1.6. Уполномоченным должностным лицом МО-поликлиника в АИС "Госпитализация" вносятся сведения о выданных направлениях на плановую госпитализацию, как в МО Нижегородской области, так и в МО других субъектов Российской Федерации.

2.1.7. Направление должно содержать следующие сведения:

№	Наименование	Комментарий
1	Номер направления, уникальный в пределах субъекта Российской Федерации	
2	Дата направления	
3	Форма оказания МП	1 - плановая; 2 - неотложная
4	Реестровый номер МО, направившей на госпитализацию	По справочнику F032 (MCOB)

№	Наименование	Комментарий
5	Код подразделения МО, направившей на госпитализацию (указывается в соответствии с региональным справочником при наличии подразделений)	По справочнику S001 ("Код подразделения МО")
6	Реестровый номер МО, куда направлен пациент	По справочнику F032 (MCOD)
7	Код подразделения МО, куда направлен пациент	Указывается по справочнику S001 ("Код подразделения МО") при наличии подразделений
8	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	По справочнику F008 (IDDOC)
9	Серия полиса ОМС	Указывается для полисов старого образца при наличии
10	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
11	СМО	Указывается согласно предъявленному полису по справочнику F002 (SMOCOD)
12	Субъект Российской Федерации, в котором застрахован гражданин	Указывается согласно предъявленному полису
13	Фамилия	
14	Имя	
15	Отчество	
16	Пол	
17	Дата рождения	
18	Номер телефона ЗЛ	
18	Код диагноза по МКБ	По справочнику МКБ-10 с указанием подрубрики
19	Профиль койки	По справочнику V020 (IDK_PR)
20	Код отделения	По справочнику S002 ("Код отделения")
21	Профиль отделения	По справочнику S002 ("Код основного профиля отделения")
22	Код медицинского работника, направившего	Указывается СНИЛС без разделителей

№	Наименование	Комментарий
	больного	
23	Плановая дата госпитализации	

2.1.8. В случае отказа ЗЛ от плановой госпитализации после получения им направления на плановую госпитализацию, направляет соответствующие сведения в АИС "Госпитализация".

2.2. МО - стационар:

2.2.1. ежедневно не позднее 09.00 часов осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе за истекшие сутки о:

- выполнении объемов МП, установленных решением Комиссии в разрезе профилей (отделений) МП, оказание которой предусмотрено лицензией МО;
- количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места;
- ЗЛ, госпитализированных за день по направлениям, в том числе на оказание ВМП в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) МП (в том числе в разрезе МО, направивших ЗЛ на госпитализацию);
- ЗЛ, госпитализированных в экстренном порядке;
- ЗЛ, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

2.2.2. Доступ к АИС "Госпитализация" имеет Уполномоченное должностное лицо МО-стационара.

2.2.3. Сведения о госпитализации по направлению (в том числе при переводе из других МО и в рамках одной МО), должны содержать следующую информацию:

№	Наименование	Комментарий
1	Номер направления	
2	Дата направления	
3	Форма оказания МП	1 - плановая; 2 - неотложная
4	Реестровый номер МО	По справочнику F032 (MCOД)
5	Код подразделения МО	Указывается по справочнику S001 ("Код подразделения МО") при наличии подразделений
6	Реестровый номер МО, направившей на госпитализацию	По справочнику F032 (MCOД)

№	Наименование	Комментарий
7	Код подразделения МО, направившей на госпитализацию	Указывается по справочнику S001 ("Код подразделения МО") при наличии подразделений
8	Дата фактической госпитализации	
9	Время фактической госпитализации	
10	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	По справочнику F008 (IDDOC)
11	Серия полиса ОМС	Указывается для полисов старого образца при наличии
12	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
13	Фамилия	
14	Имя	
15	Отчество	
16	Пол	
17	Дата рождения	
18	Профиль койки	По справочнику V020 (IDK_PR)
19	Код отделения	По справочнику S002 ("Код отделения")
20	Профиль отделения	По справочнику S002 ("Код основного профиля отделения")
21	№ карты стационарного больного	
22	Диагноз приемного отделения	По справочнику МКБ-10 с указанием подрубрики

2.2.4. ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе о ЗЛ за истекшие сутки, получивших направление в МО на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) МП, включая дату госпитализации.

2.3. СМО:

2.3.1. ежедневно по состоянию на 09.00 часов по каждой МО (МО-стационар) ведет учет информации за истекшие сутки о:

- количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) МП на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом планируемой даты освобождения места;
- ЗЛ, получивших направление в выбранную МО на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) МП, включая дату госпитализации;
- ЗЛ, госпитализированных в разрезе профилей (отделений) МП по направлениям в плановом порядке (в том числе в разрезе МО, направивших ЗЛ на госпитализацию);
- ЗЛ, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

2.3.2. на основании информации, полученной в соответствии с пунктом 2.3.1., в течение одного рабочего дня осуществляет контроль правильности направлений ЗЛ на госпитализацию в профильные МО.

2.3.3. При выявлении случаев нарушений соблюдения сроков госпитализации, профиля госпитализации и уровня МО СМО информирует руководителя МО и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, о фактах непрофильной госпитализации и при необходимости принимает меры по переводу пациента в другую МО соответствующего профиля и имеющую оснащение в соответствии с порядками оказания МП.

2.3.4. ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую МО - стационар о ЗЛ, получивших за истекшие сутки направление на госпитализацию в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) МП (в том числе в разрезе МО, направивших ЗЛ на госпитализацию), включая дату госпитализации.

2.3.5. СМО ежедневно не позднее 10.00 часов информирует каждую МО-поликлиника:

- об объемах МП и количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) оказания МП по каждой МО - стационар;
- о ЗЛ, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

2.3.6. СМО получает из АИС "Госпитализация" сведения о количестве свободных коек и выполненных объемах МП.

2.3.7. Доступ к АИС "Госпитализация" получают страховые представители СМО.

2.3.8. Страховой представитель СМО при обращении ЗЛ оказывает консультативную помощь по вопросам:

- получения специализированной МП в рамках базовой и территориальной программ ОМС;
- права выбора МО при получении специализированной МП в плановом порядке.

2.3.9. Страховой представитель СМО на основании сведений, внесенных в АИС "Госпитализация" о ЗЛ, направленных на госпитализацию, по факту госпитализации осуществляет мониторинг очередности и доступности специализированной МП, оказываемой в стационарных условиях, своевременности и профильности плановой госпитализации.

2.3.10. Страховой представитель СМО осуществляет взаимодействие с МО для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение.

2.3.11. Страховой представитель СМО на основании сведений, внесенных в АИС "Госпитализация", анализирует информацию о ЗЛ, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, уточняет у ЗЛ причины несостоявшейся госпитализации, при необходимости направляет информацию в МО, выдавшую направление на плановую госпитализацию, для изменения даты госпитализации ЗЛ и информирует об этом ЗЛ.

2.3.12. Страховой представитель СМО систематизирует информацию о случаях несостоявшейся госпитализации по причине отсутствия медицинских показаний и готовит предложения о необходимости проведения тематических экспертиз в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

2.3.13. СМО вносит на информационный ресурс сведения о:

- результатах экспертиз, проведенных по случаям несостоявшейся госпитализации по причине отсутствия медицинских показаний (в МО-поликлиника) и случаям непрофильной госпитализации (в МО-стационар);

- результатах анализа случаев превышения сроков ожидания плановой госпитализации, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области МП.

2.3.14. Страховой представитель при наличии обращений ЗЛ:

- участвует в оперативном разрешении спорных ситуаций, возникающих в момент госпитализации, путем взаимодействия с уполномоченными должностными лицами МО, оказывающих МП в стационарных условиях;

- организует экспертизу оказания МП в момент получения специализированной МП для контроля доступности медицинской помощи, соответствия условий ее оказания установленным показателям, соблюдения прав пациента.

2.4. ТФОМС:

2.4.1. обеспечивает внесение в информационный ресурс информации об установленных Комиссией объемах предоставления МП для МО и СМО не позднее двух рабочих дней с даты принятия Комиссией решений о распределении (перераспределении) указанных объемов и в разрезе отделений и профилей коек.

В случаях принятия Комиссией решений по корректировке объемов МП, установленных для МО или СМО, актуализация сведений в информационном ресурсе осуществляется ТФОМС не позднее двух рабочих дней с даты принятия Комиссией решений.

2.4.2. Организует и обеспечивает функционирование единого информационного ресурса, а также предоставление доступа к нему всем участникам информационного взаимодействия.

2.4.3. Анализирует отчеты об информационном сопровождении ЗЛ при организации оказания им МП и ежемесячно направляет сведения в ФОМС и МЗ НО.

2.5. МЗ НО:

2.5.1. Обеспечивает соблюдение МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Нижегородской области, оказывающими МП в амбулаторных и стационарных условиях, Порядка информационного сопровождения ЗЛ на всех этапах оказания им МП.

2.5.2. На основании полученной информации разрабатывает управленческие решения, направленные на обеспечение доступности и качества оказания МП.

3. Заключительные положения

Участники несут ответственность за достоверность предоставляемой информации, качество обработки данных, соблюдение сроков информационного взаимодействия и соблюдение режима обработки персональных данных.

Порядок прикрепления ЗЛ к МО-Фондодержателю СТП, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"

Ведение информации, связанной с прикреплением ЗЛ к МО-Фондодержателю, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология", выполняется в среде АИС "Прикрепление" (раздел "Стоматология") (далее по тексту Приложений 10 и 10.1 - АИС "Прикрепление").

1 Порядок прикрепления к МО-Фондодержателю СТП ЗЛ, выбравших её для оказания стоматологической медицинской помощи.

1) МО-Фондодержатель СТП выполняет прикрепление ЗЛ, выбравших её для оказания стоматологической МП на основании заявления ЗЛ в течение 1 р.д. с момента подачи ЗЛ соответствующего заявления.

2) МО-Фондодержатель СТП вносит в АИС "Прикрепление" сведения о вновь прикрепившихся ЗЛ, в том числе: ФИО, дату рождения, номер полиса ОМС, дату прикрепления, основание прикрепления (скан-копию заявления), адрес регистрации, адрес фактического проживания (при несовпадении его с адресом регистрации).

2 Прикрепление ЗЛ к МО-Фондодержателю СТП по территориальному принципу.

1) ТФОМС ежедневно выполняет следующие действия:

- используя РС ЕРЗ, выявляет ЗЛ, не прикрепленных к МО-Фондодержателю СТП;
- каждый рабочий день в среде АИС "Прикрепление" осуществляет прикрепление ЗЛ к МО-Фондодержателю СТП согласно [7.5] на основании адреса проживания (при отсутствии таких сведений - на основании адреса регистрации).

2) МЗ НО обеспечивает актуальность сведений о зонах обслуживания населения МО, определенных в [7.5].

Порядок согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология", и окончательного финансирования МО-Фондодержателя СТП

1 Порядок согласования численности ЗЛ, прикрепленных к МО-Фондодержателю СТП

1) На основании сведений в АИС "Прикрепление" по состоянию на первое число отчетного месяца в течении первых 4 рабочих дней отчетного месяца, формируются "Протоколы согласования численности ЗЛ, прикрепившихся к МО-Фондодержателю СТП, оказывающему МП в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология» (далее - МО-Фондодержатель) и объемов финансовых средств подушевого финансирования" (далее – Протоколы) в соответствии с Приложением В.10.2.

2) МО-Фондодержателю СТП необходимо в среде web-сервиса "Кабинет МО" утвердить и подписать ЭП руководителя МО сформированные Протоколы на основании сведений из АИС "Прикрепление" в срок до 20 числа отчетного месяца. Подписание ЭП производится на вкладке "Протоколы" раздела "Мастер подписания" web-сервиса "Кабинет МО"; подробная инструкция расположена в разделе "Инструкции/Протоколы" web-сервиса "Кабинет МО". В исключительных случаях (при отсутствии технической возможности подписания ЭП) указанные документы, подписанные руководителем МО, предоставляются в СМО на бумажном носителе.

3) СМО, со своей стороны, необходимо в среде web-сервиса "Кабинет МО" утвердить и подписать ЭП руководителя СМО подписанные Протоколы со стороны МО в срок до 25 числа отчетного месяца. После получения и подписания Протоколов СМО передает в ТФОМС на бумажном носителе подписанный "Реестр протоколов согласования численности ЗЛ, прикрепившихся к МО-Фондодержателю СТП, и объемов финансовых средств подушевого финансирования" в соответствии с Приложением В.10.3.

4) При наличии разногласий между МО-Фондодержателем СТП и МО-Исполнителем СТП по вопросу численности прикрепившихся ЗЛ, МО-Фондодержатель СТП формирует и направляет в ТФОМС не позднее 10 р.д. отчетного месяца "Лист разногласий к регистру ЗЛ, прикрепившихся к МО-Фондодержателю СТП" в соответствии с Приложением В.10.7. ТФОМС устраняет разногласия с МО-Фондодержателем СТП не позднее 24-го числа отчетного месяца.

5) ТФОМС направляет согласованный реестр протоколов согласования численности в СМО в срок до 28 числа отчетного месяца. Протокол согласования численности ЗЛ, на территории, закрепленной за МО-Фондодержателем СТП и объемов финансовых средств подушевого финансирования вступает в силу только после согласования с ТФОМС.

6) ТФОМС направляет в СМО списки прикрепленного населения по состоянию на 01 число отчетного месяца в течение первых 4 рабочих дней отчетного месяца. Данные списки используются СМО при расчете объемов финансирования МО-Фондодержателя.

2 Порядок окончательного расчета подушевого финансирования МО-Фондодержателя СТП

1) Каждая СМО в срок до 25 числа отчетного месяца направляет на согласование в ТФОМС "Реестр протоколов согласования численности застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю СТП, оказывающему МП в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология» и объемов финансовых средств подушевого финансирования" в соответствии с Приложением В.10.3, содержащий сведения о сумме средств на оплату в части подушевого норматива финансирования по каждой МО-Фондодержателю СТП.

2) Расчеты между СМО и МО-Фондодержателем СТП ведутся в режиме "аванс-отчет"

ежемесячно. Авансирование МО-Фондодержателя СТП производится в размере и в сроки, установленные договором на оказание и оплату МП по ОМС.

3) По окончании каждого месяца МО-Фондодержатель СТП и МО-Исполнитель СТП представляют в ТФОМС реестры за пролеченных ЗЛ.

4) СМО оплачивают МО-Исполнителям СТП внешние медицинские услуги, оказанные прикрепленным к МО-Фондодержателю ЗЛ по направлениям, выданным МО-Фондодержателем СТП и по иным основаниям, установленным законодательством Российской Федерации. В случае проведения ТФОМС ПМЭК, СМО на основании данных, указанных в заключении ПМЭК (признака прикрепления PRIKREP=4 и кода LPU_PRIK МО-Фондодержателя, к которому прикреплено ЗЛ), удерживает стоимость МП, оказанной МО-Исполнителем, и производит возврат стоимости внешних услуг МО-Фондодержателю.

После предъявления реестров МО-Исполнителями СТП, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, СМО в срок не позднее 12-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, направляет полученные от МО-Исполнителей СТП персонифицированные сведения о пролеченных ЗЛ и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах каждому МО-Фондодержателю СТП, прикрепленным лицам которой были оказаны внешние медицинские услуги данным МО-Исполнителем СТП. Реестр МП, оказанной МО-Исполнителями СТП ЗЛ, прикрепившимся к МО-Фондодержателю СТП, а также "Информационный лист по оплате счетов МО-Исполнителей СТП за оказанную МП ЗЛ, прикрепленным к МО-Фондодержателю СТП", составляются по форме, приведенной в Приложении В.10.4, и направляются МО-Фондодержателю СТП.

МО-Фондодержатель СТП проводит проверку полученных от СМО персонифицированных сведений о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах МО-Исполнителем СТП на соответствие собственному учету выписанных первичных направлений прикрепленных лиц и возможных самообращений в МО-Исполнитель СТП населения, прикрепленного к МО-Фондодержателю СТП.

В случае несогласия с предъявленной СМО информацией до направления "Листа разногласий по оплате счетов МО-Исполнителям СТП за оказание МП ЗЛ, прикрепившимся к МО-Фондодержателю СТП" (далее, в пределах п. 2, - Лист разногласий) (Приложение В.10.5, МО-Фондодержатель СТП и МО-Исполнитель СТП предпринимают все возможные меры по разрешению спорных вопросов по реестрам счетов, предъявленным на оплату. По результатам проведенной работы соответствующие отметки вносятся в Лист разногласий, который согласовывается МО-Исполнителем СТП и МО-Фондодержателем СТП и в срок не позднее 23-го числа последнего месяца текущего квартала направляется в СМО. СМО направляет в ТФОМС копии полученных Листов разногласий, содержащих отмеченные позиции, в срок не позднее 2 р.д. с момента получения. ТФОМС производит анализ полученных сведений и выполняет ПМЭК по позициям Листов разногласий, имеющим соответствующую отметку. Информация о результатах ПМЭК направляется ТФОМС в МО и СМО. СМО на основании полученных сведений и заключений ПМЭК удерживает необоснованно предъявленную к оплате МП МО-Исполнителя СТП, а также производит корректировку объема подушевого финансирования МО-Фондодержателя СТП с учетом внешних услуг в следующем отчетном периоде.

При невозможности разрешения спорных вопросов между МО-Фондодержателем СТП и МО-Исполнителем СТП, МО-Фондодержатель СТП в срок не позднее 23-го числа последнего месяца текущего квартала направляет в СМО Лист разногласий с приложением подтверждающих разногласия документов. СМО на основании Листа разногласий проводит МЭЭ обоснованности оказания оспариваемых внешних медицинских услуг в течение 30 рабочих дней после получения Листа разногласий. Результаты МЭЭ учитываются при оплате за оказанные внешние медицинские услуги, а также при расчете объема подушевого финансирования МО-Фондодержателя СТП в следующем отчетном периоде после ее проведения.

5) Окончательный расчет с МО-Фондодержателем СТП в части подушевого финансирования определяется по формуле:

$$OK_{cmoi} = C_{cmoi} + \sum_{npsmoi} - \sum_{vussmoi} - \sum_{mekfd} - A_{cmoi},$$

где:

$OK_{смoі}$ - сумма окончательного расчета с МО-Фондодержателем СТП по подушевому нормативу;

$C_{смoі}$ – объем финансирования по подушевому нормативу, рассчитанный $СМО_i$;

$\sum_{нпсмоі}$ – принятая $СМО_i$ к оплате сумма, за услуги, оказанные МО-Фондодержателем СТП неприкрепленным ЗЛ;

$\sum_{вуссмоі}$ - принятая $СМО_i$ к оплате сумма за внешние услуги, оказанные МО-Исполнителем СТП ЗЛ, прикрепленным к МО-Фондодержателю СТП;

$\sum_{мэкфд}$ – суммы, удержанные по результатам МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП, проведенной у МО-Фондодержателя СТП в части подушевого финансирования;

$Асмоі$ - авансовый платеж $СМО_i$ в части подушевого финансирования.

По результатам расчетов за каждый месяц с МО-Исполнителем СТП и с учётом результатов МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП, оказанной ЗЛ, СМО определяет сумму окончательного расчета с МО-Фондодержателем. Окончательный расчет оформляется в виде Акта (Приложение В.10.6), который подписывается ЭП Руководителя СМО направляется МО-Фондодержателю СТП по сети ViPNet.

6) В случае, если сумма окончательного расчета получилась отрицательной, то при авансировании следующего месяца аванс уменьшается на эту сумму.

7) МО-Фондодержатель СТП обязан провести анализ Акта окончательного расчета, полученного от СМО в соответствии с Приложением В.10.6 и при наличии возражений направить их с ЭП руководителя МО в СМО по сети ViPNet в течение 10 р.д. со дня получения.

Приложение В.10.2
к Положению

Протокол
согласования численности застрахованных лиц,
прикрепившихся к МО-Фондодержателю СТП, оказывающему медицинскую
помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология", и объемов
финансовых средств подушевого финансирования
на _____ 20__ года
(месяц)

(наименование медицинской организации МО-Фондодержателя СТП)

(наименование СМО)

Численность застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю СТП			Дифференцированный подушевой норматив финансирования (руб. коп.)	Сумма подушевого финансирования (руб. коп.)
Категория граждан	Абсолют. (чел.)			
	Мужчины	женщины		
1	2	3	4	5
0-1 год			X	X
1-4 года			X	X
5-17 лет			X	X
18-64 года			X	X
65 лет и старше			X	X
Итого:				

СМО

МО-Фондодержатель СТП

(должность руководителя, наименование СМО)

(должность руководителя, наименование МО)

(подпись)

(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

М.П.

**Реестр протоколов согласования численности застрахованных лиц,
прикрепившихся к МО-Фондодержателю СТП, оказывающей медицинскую
помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология", и объемов
финансовых средств подушевого финансирования**

на _____ 20__ года
(месяц)

(наименование СМО)

№ п/п	МО-Фондодержатель	Численность прикрепленного населения, чел.	Сумма подушевого финансирования (руб.коп.)
Итого:			

Руководитель СМО

(наименование СМО)

(подпись)

(Ф.И.О. руководителя)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

Согласовано:
Директор ТФОМС Нижегородской области

(подпись)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

**Информационный лист
по оплате счетов МО-Исполнителей СТП за оказанную медицинскую
помощь застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю СТП, оказывающему медицинскую
помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"***

от _____
(наименование СМО)
за _____ месяц 20__ г.

№ п.п.	Код медицинской организации	Наименование МО- Исполнителя СТП	Период отчета	Сумма, предъявленная к оплате в СМО за оказанную медицинскую помощь (руб.коп.)	Сумма, отклоненная от оплаты (руб.коп.)	Сумма, возмещенная за предыдущие месяцы (руб.коп.)	Итоговая сумма, принятая к оплате в текущем месяце (руб.коп.)

* - Формируется в электронном виде

Реестр медицинской помощи, оказанной МО-Исполнителями СТП застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю СТП, оказывающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"*

(реестр внешних услуг)

(наименование СМО)

за _____ месяц 20__ г.

№ п/п	Имя исходно го файла электрон ного реестра мед. помощи	Номер записи файла “медицин ская помощь”	Фамили я, имя, отчество , дата рождени я, № амб. карты	Серия и № полиса, серия и № паспорта	Адрес места регистрации, указанный в реестре на оплату оказанной медицинской помощи	Адрес места регистрации, указанный в заявлении о выборе/замене СМО	Основание прикрепления (заявление / адрес / списки МО- Фондодержател я)	Код и наименование МО, оказавшей медицинскую помощь	Вид медицинско й помощи (посещение / обращение	Код и наименован ие врачебной должности	Код диагноза по МКБ- 10	Код зуба ¹	Дата начала и окончани я лечения	Сумма оплаты (руб., коп.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

¹ Соответствует значению элемента реестра ID_ZUB, заполняемому по справочнику S025

* - Формируется в электронном виде.

Лист разногласий по оплате счетов МО-Исполнителям СТП за оказание медицинской помощи застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю СТП, оказывающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"*

(наименование МО-Фондодержателя СТП)

к информационному листу по оплате счетов медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, прикрепленным к МО-Фондодержателю СТП, от _____ за _____ месяц 20__ г.
(наименование СМО)

№ п/п	№ позиции в реестре внешних услуг	Имя исходного файла электронного реестра мед. помощи	Номер записи файла "медицинская помощь"	Фамилия, имя, отчество, дата рождения, № амб. карты	Серия и № полиса, серия и № паспорта	Адрес места регистрации, указанный в реестре на оплату оказанной медицинской помощи	Адрес места регистрации, указанный в заявлении о выборе/замене СМО	Основание прикрепления (заявление / адрес / списки МО-Фондодержателя)	Код и наименование МО, оказавшей медицинскую помощь	Вид медицинской помощи (посещение/обращение)	Код и наименование врачебной должности	Дата начала и окончания лечения	Сумма оплаты (руб., коп.)	Причина разногласий / Примечание*
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

* - по позициям, урегулированным с МО-Исполнителем СТП, проставляется значение "согласовано исполнителем". В данном случае на листе разногласий необходима подпись и печать со стороны МО-Исполнителя СТП.

МО-Фондодержатель СТП _____ / _____
(Ф.И.О.) (подпись)
«_____» _____ 20__ г. М.П.

АКТ № _____
окончательного расчета СМО с МО-Фондодержателем СТП, оказывающим
медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"
 за _____ 20__ г.
 (месяц)

СМО _____
 (наименование)

Медицинская организация _____
 (наименование)

Расчетная сумма подушевого финансирования за _____ 20__ г.
 (месяц)

составила _____ рублей _____ копеек. (_____
 _____).
 (сумма прописью)

Сумма авансового платежа, перечисленная «____» _____ 20__ г.
 составила _____ рублей _____ копеек (_____
 _____).
 (сумма прописью)

(Сумма авансового платежа указывается с учетом суммы удержанных средств
 по результатам окончательного расчета за предыдущий месяц в размере
 _____ рублей _____ копеек)

Сумма, перечисленная за медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам, не
 прикрепившимся к МО-Фондодержателю СТП _____ рублей _____ копеек
 (_____
 _____),
 (сумма прописью)

Сумма уменьшения оплаты МО-Фондодержателя СТП по актам СМО (медико-
 экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества
 медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам)* составляет _____ рублей
 _____ копеек
 (_____
 _____),
 (сумма прописью)

в том числе:

по результатам медико-экономического контроля _____ рублей
 _____ копеек;

по результатам медико-экономической экспертизы _____ рублей
 _____ копеек;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи _____
 рублей _____ копеек.

Сумма, перечисленная за внешние медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю _____ рублей _____ копеек (_____)

(сумма прописью)

в том числе по медицинским организациям:

№ п/п	Наименование медицинской организации	Сумма (руб. коп.)
1	2	3

Доплата по итогам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий медицинской помощи, оказанной МО-Исполнителями СТП

за _____ составила _____ рублей _____ копеек;
(отчетный период)

Результат окончательного расчета за _____ 20__ г.
(месяц)

_____ рублей _____ копеек
(результат может быть положительным или отрицательным)

В случае положительного результата:

Подлежит перечислению МО-Фондодержателю СТП _____ рублей __ копеек
(_____
(сумма прописью)

В случае отрицательного результата:

Подлежит уменьшению аванс МО-Фондодержателя СТП в _____ 20__ года
(следующий месяц)
_____ рублей _____ копеек (_____

(сумма прописью)

*- указывается сумма уменьшения денежных средств по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП, проведенных СМО у МО-Фондодержателя СТП.

Руководитель СМО _____ / _____ /
(Ф.И.О.) (подпись)

Главный бухгалтер СМО _____ / _____ /
(Ф.И.О.) (подпись)

М.П. «_____» _____ 20__ г.

Лист разногласий к регистру застрахованных граждан, прикрепившихся к МО-Фондодержателю СТП, оказывающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология"

(наименование медицинской организации)

по состоянию на «_____» _____ 20__ года

№п. .п	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Тип предъявлен ного документа*	Серия полиса **	Номер полиса **	СНИЛС **	Адрес регистрации	Категория (раб/нераб)	Причина разногласия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

* - (1- паспорт, 2 – старый полис ОМС, 3- новый полис ОМС, 4 - временное свидетельство), ** - при отсутствии данных не заполняется

Руководитель МО-Фондодержателя СТП: _____ (_____
(подпись) (ФИО)

«__» _____ 20__ года

Порядок подключения МО к web-сервису "Кабинет МО"

1. МО организывает АРМ пользователя в соответствии с требованиями к информационной безопасности, изложенными в п. 1.1 - 1.4 настоящего раздела.

1.1. Информационный обмен осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая сеть "Интернет", с использованием средств криптографической защиты информации и электронной подписи в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в сфере защиты информации и персональных данных гражданина.

1.2. Для организации защищённого информационного обмена следует обеспечить криптографическую защиту каналов связи, проходящих через неконтролируемую зону, в том числе по открытым общедоступным сетям.

1.3. На АРМ пользователя должна быть установлена одна операционная система.

1.4. На АРМ пользователя должны быть установлены актуальные сертифицированные средства:

- программный комплекс "ViPNet Client" (с учетом п. 1.5.10 подраздела 1.5 "Защита информации" Раздела 1 "Общие положения");
- антивирусной защиты информации, предназначенные для защиты от вредоносных компьютерных программ, в том числе в системах обработки данных и государственных информационных системах органов государственной власти Российской Федерации;
- для работы с электронной подписью, сертификаты ключей электронной подписи;
- защиты от несанкционированного доступа.

2. МО приказом по организации назначает уполномоченных лиц для работы с web-сервисом "Кабинет МО" (рекомендуемая форма приказа приведена в разделе "ИС ТФОМС / Web-сервис "Кабинет МО" / Образец Приказа о назначении уполномоченных лиц медицинской организации для работы с web-сервисом "Кабинет МО" официального сайта ТФОМС).

3. МО направляет в ТФОМС письмо-заявку (рекомендуемая форма письма приведена на официальном сайте ТФОМС, в разделе, указанном в п. 2) на доступ к web-сервису "Кабинет МО" с приложением копии приказа о назначении уполномоченных лиц. При этом: а) МО с государственной формой собственности (ГБУЗы) формирует указанное письмо в СЭДО; б) МО с частной формой собственности направляет письмо в обычном порядке с одновременным предоставлением скан-копии на ViPNet-адрес 52<ТФОМС_НО>_Начальник отдела ИБ (VPN № 619), в теме сообщения указывается: "Кабинет_МО".

4. ТФОМС рассматривает заявку и направляет на ViPNet-адрес МО-Юридического лица (указан в Справочнике S001) данные, необходимые для авторизации пользователей на web-сервисе "Кабинет МО" либо мотивированный отказ.

Определение страховой принадлежности

1 ОСП в пакетном режиме в формате XML.

1.1 Описание процедуры ОСП.

1) Процедура ОСП выполняет определение страховой принадлежности на дату окончания оказания МП (по данным как РС ЕРЗ, так и ФЕРЗЛ), а также определение прикрепления ЗЛ к МО (по данным РС ЕРЗ) на основании входных данных, содержащихся в файле-запросе.

2) Поиск ЗЛ на первом этапе осуществляется в РС ЕРЗ в соответствии с перечнем ключей достоверности (Приложение Г.1.2).

В случае нахождения ЗЛ в РС ЕРЗ в адрес МО высылается ответ с результатами поиска, значение элемента SVREG (Приложение Г.1.1) при этом принимает значение 12. Если при этом имеются отличия в данных файла-запроса от данных в РС ЕРЗ, то элементы в данных которых имеются отличия указываются в блоке ERZ_DATA и содержат данные из РС ЕРЗ

Позиции, которые не были определены, отправляются на идентификацию в ФЕРЗЛ, проходя перед отправкой ФЛК на соответствие отсылаемой информации требованиям, предъявляемым к запросам в ФЕРЗЛ. Записи, не прошедшие ФЛК, возвращаются с неопределенной страховой принадлежностью, значение элемента SVREG принимает значение 9.

В случае нахождения ЗЛ в ФЕРЗЛ в адрес МО высылается ответ с результатами поиска, значение элемента SVREG при этом принимает значение 17.

3) В виду того, что ТФОМС при определении страховой принадлежности использует несколько вариантов запроса по комбинированным ключам достоверности, желательно предоставление максимально достоверной информации, в том числе по полям, которые обозначены как условно-обязательные (серия/номер документа, удостоверяющего личность, СНИЛС). Это значительно повышает достоверность ОСП.

Поскольку ОСП происходит в автоматическом режиме, МО должна уделить особое внимание качеству и безошибочности заполнения информации о ЗЛ при вводе сведений в МИС. Ошибка в фамилии, имени, отчестве, дате рождения ЗЛ, не точное заполнение данных удостоверения личности или СНИЛС приведет к невозможности определения его страховой принадлежности.

Недопустимо смешение одинаковых по виду русских (кириллических) и латинских букв в фамилии, имени и отчестве ЗЛ. Во избежание такого типа ошибок в МИС МО должен быть реализован автоматический контроль ввода данных.

4) Элементы, значения которых возвращаются в записи файла-ответа (Приложение Г.1.1):

DATE_OUT	- возвращается дата и время отправки ответа	
SVREG:	8	- требуется уточнение данных (найдено несколько человек в РС ЕРЗ)
	9	- недостаточно данных для отправки в ФЕРЗЛ
	12	- страховая принадлежность на дату оказания медицинской помощи (элемент OSP_DATE) найдена в РС ЕРЗ
	17	- страховая принадлежность на дату оказания медицинской помощи (элемент OSP_DATE) найдена в ФЕРЗЛ
	18	- страховая принадлежность на дату оказания медицинской помощи (элемент OSP_DATE) не найдена
	19	- требуется уточнение данных (найдено несколько человек в ФЕРЗЛ)

	20	- необходима дополнительная обработка
В блоке ERZ_DATA, при SVREG={12,17} возвращаются следующие элементы:		
VPOLIS	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
SPOLIS	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
NPOLIS	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
ST_OKATO	Регион страхования	
SMO	Реестровый номер СМО	
SMO_OGRN	ОГРН СМО	
SMO_OK	ОКАТО территории страхования	
LPU_PRIK	Код МО прикрепления ЗЛ по состоянию на дату, указанную в элементе OSP_DATE (только при SVREG=12)	
DATE_PRIK	Дата прикрепления к МО прикрепления ЗЛ по состоянию на дату, указанную в элементе OSP_DATE (только при SVREG=12)	
PID	Идентификатор ЗЛ ТФОМС (только при SVREG=12)	
DS	Дата смерти	

Дополнительно в блоке ERZ_DATA файла-ответа формируются элементы, значения которых, полученные из РС ЕРЗ или ФЕРЗЛ, отличаются от значений одноименных элементов файла-запроса, при этом значения последних не изменяются.

1.2 ОСП в пакетном режиме в формате XML.

1) МО регулярно выполняет запросы на ОСП в пакетном режиме, в том числе - в обязательном порядке перед формированием ЭР.

2) Файл-запроса формируется в соответствии с Приложением Г.1.1, преобразовывается в пакет (zip-архив) и направляется на СПОД (Приложение Г.2).

3) Протокол ОСП формируется в виде файла-ответа (Приложение Г.1.1), преобразовывается в пакет (zip-архив) и направляется на адрес подразделения МО, указанный в Справочнике S001.

4) Структура имени пакета и файла-запроса/ответа имеет вид:

- AXXXXXXXXDDMMYYNN.zip - для пакета;
- AXXXXXXXXDDMMYYNN.xml - для файла запроса/ответа,

где:

- А – идентификатор назначения файла-запроса/ответа:
 - в имени файла-запроса А="J";
 - в имени файла-ответа А="Q".
- XXXXXXXX – код организации, формирующей запрос:
 - для МО: 8ми-символьный код подразделения МО (Справочник S001);
 - для СМО: код СМО по Реестру F002, в конце дополненный двумя символами "_";
- DD – число даты формирования файла, например "06";
- MM – месяц даты формирования файла, например "03";
- YY – год даты формирования файла, например "17";
- NN – порядковый номер файла, сформированного за текущие сутки, например, "01"; если цифровой диапазон исчерпан, возможно применение букв латинского алфавита.

Примеры имени пакета/файла запроса/ответа для ОСП:

- имя пакета, содержащего файл-запрос:
J5200010102031705. XML, J52001__25011710.zip;

– имя файла-запроса:

J5200010102031705. XML, J52001__25011710.xml;

– имя пакета, содержащего файл-ответ:

Q5200010102031705. XML, Q52001__25011710.zip

– имя файла-ответа:

Q5200010102031705. XML, Q52001__25011710.xml.

5) При формировании запроса на ОСП следует учитывать, что оплату МП производит СМО, в которой пациент был застрахован на дату окончания лечения. Соответственно, в элементе – OSP_DATE (дата, на которую производится ОСП) (Приложение Г.1.1) должна быть указана дата окончания лечения; при незаполненной дате OSP_DATE ОСП не производится.

6) Во избежание повторного ввода информации и увеличения нагрузки на операторов МО, МИС должна обеспечивать автоматическое формирование файла-запроса для ОСП, как на всех пролеченных ЗЛ за отчетный период, так и по отдельным позициям ЭР, а также автоматическую загрузку в МИС и анализ данных файла-ответа.

1.3 Процедура ОСП с использованием технологии web-сервисов.

Данная процедура выполняет определение страховой принадлежности только по РС ЕРЗ. Технические особенности ее реализации изложены в Приложении Г.1.3.

1.4 Процедура ОСП, реализованная в виде web-приложения на официальном сайте ТФОМС в разделе "Проверка полиса" (свободный доступ).

Предназначена для определения действительности полиса ОМС на основании ФИО либо данных о полисе ОМС ЗЛ, без предоставления доступа к персональным данным ЗЛ.

1.5 Процедура ОСП, реализованная в виде web-приложения в защищенном контуре сети ViPNet ТФОМС.

Предназначена для определения действительности полиса ОМС на основании ФИО либо данных о полисе ОМС ЗЛ, с предоставлением доступа к персональным данным ЗЛ.

Обращение к web-приложению осуществляется в web-браузере по адресу: <http://172.18.1.8:8081/rserz> в защищенной сети ViPNet.

Для получения доступа с абонентского пункта ViPNet к web-приложению необходимо предоставить в ТФОМС приказ о назначении ответственных лиц за взаимодействие с РЗ ЕРЗ.

Приложение Г.1.1
к Положению

Структура файла запроса/ответа для определения страховой принадлежности ЗЛ в формате XML

Приведенная структура xml-файла имеет кодировку Windows-1251 и используется в качестве файла запроса/ответа при выполнении ОСП в пакетном режиме в формате XML (п.10.1.2 Раздела 10).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация	Запрос / ответ
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)						
OSP_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле	
	PERS	OM	S	Данные	Содержит персональные данные пациента	
Заголовок файла						
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение "1".	Запрос/ответ
	DATA_Z	O	DT	Дата запроса	Заполняется в соответствии с шаблоном: "ГГГГ-ММ-ДДТчч:мм:сс", где ГГГГ – год, ММ – месяц, ДД – день, Т — символ-разделитель даты и времени (латиницей), чч – часы, мм – минуты, сс - секунды (сс может принимать значение "00") (ГОСТ ИСО 8601-2001).	Запрос
	DATA_OUT	O	DT	Дата ответа	Заполняется в соответствии с шаблоном: "ГГГГ-ММ-ДДТчч:мм:сс", где ГГГГ – год, ММ – месяц, ДД – день, Т — символ-разделитель даты и времени (латиницей), чч – часы, мм – минуты, сс - секунды (сс может принимать значение "00") (ГОСТ ИСО 8601-2001).	Ответ
	FILENAME	O	T(40)	Имя файла	Имя файла без расширения.	Ответ
Данные						
PERS	N_ZAP	O	N(8)	Номер записи	Уникальный номер записи в пределах данного файла	Запрос

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация	Запрос / ответ
	ID_PAC	O	T(36)	Номер пациента	Номер, идентифицирующий пациента, в пределах данного файла	Запрос
	FAM	Y	T(40)	Фамилия пациента		Запрос
	IM	Y	T(40)	Имя пациента		Запрос
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента		Запрос
	W	Y	N(1)	Пол пациента	Заполняется в соответствии с классификатором V005 Приложения А.	Запрос
	DR	Y	D	Дата рождения пациента		Запрос
	DOCTYPE	Y	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	F011 "Классификатор типов документов, удостоверяющих личность"	Запрос
	DOC SER	Y	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя		Запрос
	DOCNUM	Y	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя		Запрос
	SNILS	Y	T(14)	СНИЛС пациента или представителя	СНИЛС с разделителями	Запрос
	VPOLIS	Y	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008 Приложения А.	Запрос
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС		Запрос
	NPOLIS	Y	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП	Запрос
	SMO	Y	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А	Запрос
	OSP_DATE	O	D	Дата оказания медицинской помощи	Дата на которую производится ОСП	Запрос
	SVREG	O	N(2)	Код результата поиска в регистре	Принимает следующие значения:	Ответ

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация	Запрос / ответ
					- 8 – требуется уточнение данных (найдено несколько человек в РС ЕРЗ); - 9 – недостаточно данных для отправки в ФЕРЗЛ; - 12 – страховая принадлежность на дату оказания медицинской помощи (элемент OSP_DATE) найдена в РС ЕРЗ, - 17 – страховая принадлежность на дату оказания медицинской помощи (элемент OSP_DATE) найдена в ФЕРЗЛ, - 18 – страховая принадлежность на дату оказания медицинской помощи (элемент OSP_DATE) не найдена; - 19 – требуется уточнение данных (найдено несколько человек в ФЕРЗЛ); - 20 – необходима дополнительная обработка	
	ERZ_DATA	Y	S	Данные ЕРЗ	Содержит данные РС ЕРЗ или ФЕРЗЛ	
Данные ЕРЗ						
ERZ_DATA	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. при SVREG={12,17}	Ответ
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется при SVREG={12,17}	Ответ
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется при SVREG={12,17} Для полисов единого образца указывается ЕНП	Ответ
	ST_OKATO	Y	T(5)	Регион страхования	Заполняется при SVREG={12,17}	Ответ
	SMO	Y	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. при SVREG={12,17}	Ответ
	SMO_OGRN	Y	T(15)	ОГРН СМО	Заполняется при SVREG={12,17}	Ответ

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация	Запрос / ответ
	SMO_OK	Y	T(5)	ОКАТО территории страхования	Заполняется при SVREG={12,17}	Ответ
	LPU_PRIK	Y	T(6)	Код МО, оказывающей АПП, к которой прикреплено ЗЛ	По Справочнику S001 (столбец "Код МО в Реестре F032"). Указывается по состоянию на дату, указанную в элементе OSP_DATE (только при SVREG=12)	Ответ
	DATE_PRIK	Y	D	Дата прикрепления ЗЛ к МО, оказывающей АПП	По состоянию на дату, указанную в элементе OSP_DATE (только при SVREG=12)	Ответ
	LPUST	Y	T(6)	Код МО, оказывающей СТП, к которой прикреплено ЗЛ	По Справочнику S001 (столбец "Код МО в Реестре F032"). Указывается по состоянию на дату, указанную в элементе OSP_DATE (только при SVREG=12)	Ответ
	LPUSTDT	Y	D	Дата прикрепления ЗЛ к МО, оказывающей СТП	По состоянию на дату, указанную в элементе OSP_DATE (только при SVREG=12)	Ответ
	PID	Y	N(11)	Идентификатор ЗЛ ТФОМС	Заполняется при SVREG=12	Ответ
	DS	Y	D	Дата смерти	Может быть заполнено при SVREG=18	Ответ
	FAM	Y	T(40)	Фамилия пациента	Данные элементы заполняются если данные РС ЕРЗ или ФЕРЗЛ отличаются от данных указанных в запросе	Ответ
	IM	Y	T(40)	Имя пациента		
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента		
	W	Y	N(1)	Пол пациента		
	DR	Y	D	Дата рождения пациента		
	DOCTYPE	Y	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя		
	DOCSE	Y	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя		
	DOCNUM	Y	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя		
	DOCDDT	Y	D	Дата документа		

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация	Запрос / ответ
				УДЛ		
	SNILS	У	T(14)	СНИЛС пациента или представителя		
	DATE_POL	У	D	Дата выдачи полиса ОМС		Ответ

Перечень ключей достоверности при идентификации застрахованного лица по заданным реквизитам

Применяются следующие сокращения:

Ф – фамилия

И – имя

О – отчество

ДР – дата рождения

Полис – полис ОМС

ЕНП – единый номер полиса

Док. – документ, удостоверяющий личность

Проверки с более высоким приоритетом выполняются в первую очередь. Например, первой идет проверка с приоритетом № 1, если поиск не дал результатов, проводятся проверки с приоритетом № 7, 8, 9 и т.д.

Приоритет проверки	Набор реквизитов
1	2
1	ФИО+ДР
	если по поиску с набором реквизитов ФИО+ДР найдено несколько человек
2	ФИО+ДР+ЕНП
3	ФИО+ДР+№ временного свидетельства
4	ФИО+ДР+серия полиса+№ полиса старого образца
5	ФИО+ДР+СНИЛС
6	ФИО+ДР+серия док.+№ док.
	поиск с привлечением ЕНП
7	ФИ+ДР+ЕНП
8	ФО+ДР+ЕНП
9	ИО+ДР+ЕНП
10	ФИО+ЕНП
	поиск с привлечением № временного свидетельства
11	ФИ+ДР+№ временного свидетельства
12	ФО+ДР+№ временного свидетельства
13	ИО+ДР+№ временного свидетельства
14	ФИО+№ временного свидетельства
	поиск с привлечением серии и № полиса старого образца
15	ФИ+ДР+серия полиса+№ полиса старого образца
16	ФО+ДР+серия полиса+№ полиса старого образца
17	ИО+ДР+серия полиса+№ полиса старого образца
18	ФИО+серия полиса+№ полиса старого образца
	поиск с привлечением СНИЛС
19	ФИ+ДР+СНИЛС
20	ФО+ДР+СНИЛС
21	ИО+ДР+СНИЛС
22	ФИО+СНИЛС
	поиск с привлечением серии и № док.

Приоритет проверки	Набор реквизитов
1	2
22	ФИ+ДР+серия док.+№ док.
24	ФО+ДР+ серия док.+№ док.
25	ИО+ДР+ серия док.+№ док.
26	ФИО+ серия док.+№ док.

Процедура ОСП с использованием технологии web-сервисов

1. Процедура ОСП с использованием технологии web-сервисов производит определение страховой принадлежности, только по РС ЕРЗ.
2. Процедура ОСП построена на основе протокола XML-RPC.
3. Запросы направляются на адрес: "http://172.18.1.8:8000/XMLRPC/default/call/xmlrpc".
4. Операции (методы) электронного сервиса.

Метод	Назначение
Код: OSP Наименование: Запрос страховой принадлежности по РС ЕРЗ	Используется для процедуры ОСП с использованием технологии web-сервисов

5. Описание входных параметров:

Информационный файл имеет формат XML. Кодовая страница должна быть указана в заголовке XML-файла.

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения/Тип	Комментарий
1	SPOL	Серия ДПФС	+	Строка	Указывается для полиса ОМС старого образца
2	NPOL	Номер ДПФС	+	Строка	Указывается: - № полиса ОМС старого образца; - № временного свидетельства (9 знаков слитно); - Единый номер полиса ОМС (16 знаков)
3	FAM	Фамилия	+	Строка	
4	IM	Имя	+	Строка	
5	OT	Отчество	+	Строка	
6	DR	Дата рождения	+	Дата	
7	OTNULL	Отметка об отсутствии отчества в документе удостоверяющем личность	+	0	Отчество в документе удостоверяющем личность указано
				1	Отчество в документе удостоверяющем личность

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения/Тип	Комментарий
					отсутствует

Если параметр отсутствует, то все равно передается пустое значение параметра.

Хотя бы один из параметров < NPOL, FAM, IM, OT, DR > должен иметь не пустое значение.

6. Описание выходных параметров:

Информационный файл имеет формат XML с кодовой страницей UTF-8.

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения/Тип	Комментарий
1	FAM	Фамилия	+	Строка	
2	IM	Имя	+	Строка	
3	OT	Отчество	+	Строка	
4	DR	Дата рождения	+	Дата	
5	SMO_NAME	Наименование СМО	+	Строка	
6	POLTP	Тип полиса	+	Строка	Может принимать следующие значения: - Полис старого образца; - Полис старого образца в составе УЭК; - Временное свидетельство; - Временное свидетельство в составе УЭК; - Полис нового образца; - Полис нового образца в составе УЭК.
7	POLIS	Серия и номер документа, подтверждающего факт страхования	+	Строка	Серия и номер полиса ОМС старого образца (серия отделяется от номера последовательностью знаков "пробел", "№", "пробел") или номер временного свидетельства или единый номер полиса нового образца.
8	DBEG	Дата постановки на учет	+	Дата	

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения/ Тип	Комментарий
9	DSTOP	Дата снятия с учета	+	Дата	
10	ACTIVE	Признак действующего ДПФС	+	0	ДПФС не действует
				1	ДПФС действует
11	COMMENT	Комментарий	+	Строка	Может принимать следующие значения: - Найдено более одного человека. Уточните запрос или используйте запрос по серии и номеру полиса ОМС; - Не найдено. Проверьте корректность данных; - Успешно.

Возвращается столько строк, сколько найдено страховых принадлежностей у застрахованного лица.

Если параметр "COMMENT" не равен "Успешно", возвращается одна запись, в которой заполнено значение параметра "COMMENT", остальные параметры имеют пустое значение.

7. Описание входной XML:

7.1. Описание схемы:

```
<?xml version="1.0" encoding="windows-1251"?>
<xs:schema attributeFormDefault="unqualified" elementFormDefault="qualified" xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xs:element name="methodCall">
    <xs:complexType>
      <xs:sequence>
        <xs:element name="methodName" type="xs:string" />
        <xs:element name="params">
          <xs:complexType>
            <xs:sequence>
              <xs:element name="param">
                <xs:complexType>
                  <xs:sequence>
                    <xs:element name="value">
                      <xs:complexType>
                        <xs:sequence>
                          <xs:element name="struct">
                            <xs:complexType>
                              <xs:sequence>
                                <xs:element maxOccurs="unbounded" name="member">
                                  <xs:complexType>
                                    <xs:sequence>
                                      <xs:element name="name" type="xs:string" />
                                      <xs:element name="value">
                                        <xs:complexType>
                                          <xs:sequence>
                                            <xs:element name="string" type="xs:string" />
                                          </xs:sequence>
                                        </xs:complexType>
                                      </xs:sequence>
                                    </xs:complexType>
                                  </xs:element>
                                </xs:sequence>
                              </xs:complexType>
                            </xs:element>
                          </xs:sequence>
                        </xs:complexType>
                      </xs:element>
                    </xs:sequence>
                  </xs:complexType>
                </xs:element>
              </xs:sequence>
            </xs:complexType>
          </xs:element>
        </xs:sequence>
      </xs:complexType>
    </xs:element>
  </xs:schema>
```

```
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:schema>
```

7.2. Пример входной XML:

```
<?xml version="1.0" encoding="windows-1251"?>
<methodCall>
  <methodName>osp</methodName>
  <params>
    <param>
      <value>
        <struct>
          <member>
            <name>NPOL</name>
            <value>
              <string>5249130820001732</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>OTNULL</name>
            <value>
              <string>0</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>SPOL</name>
            <value>
              <string></string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>FAM</name>
            <value>
              <string>ИВАНОВ</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>IM</name>
            <value>
              <string>ИВАН</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>OT</name>
            <value>
              <string>ИВАНОВИЧ</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>DR</name>
            <value>
              <string>01.01.1964</string>
            </value>
          </member>
        </struct>
      </value>
    </param>
  </params>
</methodCall>
```

```

        </member>
    </struct>
</value>
</param>
</params>
</methodCall>

```

8. Описание выходной XML:

8.1. Описание схемы:

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?>
<xs:schemaattributeFormDefault="unqualified" elementFormDefault="qualified" xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xs:element name="methodResponse">
    <xs:complexType>
      <xs:sequence>
        <xs:element name="params">
          <xs:complexType>
            <xs:sequence>
              <xs:element name="param">
                <xs:complexType>
                  <xs:sequence>
                    <xs:element name="value">
                      <xs:complexType>
                        <xs:sequence>
                          <xs:element name="array">
                            <xs:complexType>
                              <xs:sequence>
                                <xs:element name="data">
                                  <xs:complexType>
                                    <xs:sequence>
                                      <xs:elementmaxOccurs="unbounded" name="value">
                                        <xs:complexType>
                                          <xs:sequence>
                                            <xs:element name="array">
                                              <xs:complexType>
                                                <xs:sequence>
                                                  <xs:element name="data">
                                                    <xs:complexType>
                                                      <xs:sequence>
                                                        <xs:elementminOccurs="unbounded" name="value">
                                                          <xs:complexType>
                                                            <xs:sequence>
                                                              <xs:elementminOccurs="0" name="int" type="xs:unsignedByte" />
                                                              <xs:elementminOccurs="0" name="string" type="xs:string" />
                                                            </xs:sequence>
                                                          </xs:complexType>
                                                        </xs:element>
                                                    </xs:sequence>
                                                  </xs:complexType>
                                                </xs:element>
                                              </xs:sequence>
                                            </xs:complexType>
                                          </xs:element>
                                        </xs:sequence>
                                      </xs:complexType>
                                    </xs:element>
                                  </xs:sequence>
                                </xs:complexType>
                              </xs:element>
                            </xs:sequence>
                          </xs:complexType>
                        </xs:element>
                      </xs:sequence>
                    </xs:complexType>
                  </xs:element>
                </xs:sequence>
              </xs:complexType>
            </xs:element>
          </xs:sequence>
        </xs:complexType>
      </xs:sequence>
    </xs:complexType>
  </xs:element>
</xs:schema>
```

```

    </xs:element>
  </xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:schema>

```

8.2. Пример выходной XML:

```

<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?>
<methodResponse>
  <params>
    <param>
      <value>
        <array>
          <data>
            <value>
              <array>
                <data>
                  <value>
                    <string>ИВАНОВ</string>
                  </value>
                  <value>
                    <string>ИВАН</string>
                  </value>
                  <value>
                    <string>ИВАНОВИЧ</string>
                  </value>
                  <value>
                    <string>01.01.1964</string>
                  </value>
                  <value>
                    <string>ПОЧО</string>
                  </value>
                  <value>
                    <string>Полис нового образца</string>
                  </value>
                  <value>
                    <string>5249130820001732</string>
                  </value>
                  <value>
                    <string>24.12.2013</string>
                  </value>
                  <value>
                    <string></string>
                  </value>
                  <value>
                    <int>1</int>
                  </value>
                  <value>
                    <string>Успешно</string>
                  </value>
                </data>
              </array>
            </value>
          </array>
        </value>
      </param>
    </params>
  </methodResponse>

```

```
<value>
  <string>ПОЧО</string>
</value>
<value>
  <string>Временное свидетельство</string>
</value>
<value>
  <string>096123654</string>
</value>
<value>
  <string>08.05.2013</string>
</value>
<value>
  <string>20.11.2013</string>
</value>
<value>
  <int>0</int>
</value>
<value>
  <string>Успешно</string>
</value>
</data>
</array>
</value>
</data>
</array>
</value>
</param>
</params>
</methodResponse>
```

Сведения о сервисе пакетной обработки данных (СПОД)

1 Сервис СПОД размещен на серверной площадке ТФОМС и имеет ViPNet-адрес: 52(ТФОМС_НО)_СПОД-ОПЛАТА

2 Функции, выполняемые сервисом СПОД:

а) в рамках регламента информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета оказанной МП (Раздел 3):

- информационный шлюз для передачи пакетов;
- присваивание пакету ЭР и добавление к его имени уникального номера прохождения пакета через сервис - RID;
- выполнение ФЛК пакетов ЭР;
- выполнение ОСП в пакетном режиме в формате XML (п.1.2 Приложения Г.1);

б) в рамках регламента информационного взаимодействия между ГБМСЭ, ТФОМС и СМО (Приложение В.7):

- отправка файла-поручения на проведение экспертиз от ТФОМС в СМО;
- прием ответного пакета экспорта данных электронных реестров, содержащего данные экспертиз от СМО в ТФОМС.

Проведение ФЛК и МЭК пакетов ЭР

ФЛК и МЭК пакетов ЭР выполняется ТФОМС с целью проверки соответствия пакетов ЭР требованиям ПЭОД, НСИ, [12].

1 Проведение ФЛК.

1.1 ФЛК выполняется ТФОМС с использованием СПОД (Приложение Г.2).

1.2 При выполнении ФЛК используются правила проверок, приведенные в справочниках Q015 и Q022, Q016 и Q023.

1.3 ФЛК выполняется по двухуровневой схеме:

- ФЛК первого уровня (далее - ФЛК-1);
- ФЛК второго уровня (далее - ФЛК-2), или предварительный МЭК.

ФЛК-1 и ФЛК-2 применяются к пакету ЭР последовательно.

1.4 ФЛК-1 имеет целью установление факта, что файл, полученный от МО, является пакетом ЭР, удовлетворяющим базовым нормативным требованиям, без соблюдения которых его дальнейшая машинная обработка невозможна. Анализ выполняется по следующим критериям:

- файла должен иметь допустимое имя;
- файл должен являться zip-архивом с возможностью распаковки;
- zip-архив должен иметь регламентированный состав, а вложенные файлы - допустимые имена;
- в xml-теге SCHET (в файлах Д.1-Д.4) должны присутствовать все обязательные элементы, заполненные допустимыми значениями.

При наличии ошибок уровня ФЛК-1 считается, что проверяемый файл не является пакетом ЭР, удовлетворяющим базовым нормативным требованиям, дальнейшие проверки уровня ФЛК-2 и МЭК не производятся, в МО направляется соответствующий протокол контроля (см. п.1.6).

При отсутствии ошибок ФЛК-1 выполняется ФЛК-2.

1.5 Выполнение ФЛК-2 заключается в проверке правильности формирования отдельных позиций ЭР - тегов в составных элементах ZAP (в файлах Д.1-Д.4) и PERS (в файлах Д.5) в части:

- наличия обязательных элементов;
- соблюдения условий заполнения условно-обязательных элементов;
- порядка следования элементов;
- правильности формата значений элементов;
- правильности значений элементов с точки зрения ссылочной, доменной и семантической целостности.

Ошибки, фиксируемые при ФЛК-2, распространяются только на те позиции (записи - ZAP), в которых они обнаружены.

После завершения ФЛК-2 выполняется МЭК.

1.6 По результатам выполнения ФЛК-1,2 формируется ~~единый~~ протокол контроля (Приложение Д.6), содержащий в элементе PR/OSHIВ коды выявленных ошибок согласно справочникам Q015, Q016, Q022, Q023 (элемент справочника ID_TEST); код справочника, в котором описана соответствующая проверка указывается в элементе PR/COMMENT/TQ, а комментарий по ошибке - в элементе PR/COMMENT/COMM.

При отсутствии ошибок указанный протокол содержит только элементы FNAME и FNAME_1 (элемент PR отсутствует).

Протокол контроля помещается в пакет (п.3 табл.3.1 Раздела 3) с присвоением ему соответствующего имени (п.3.6 Раздела 3), который с момента получения пакета ЭР направляется на адрес МО, указанный в Справочнике S001.

2 Проведение МЭК.

2.1 МЭК выполняется ТФОМС после выполнения ФЛК-2.

2.2 При выполнении МЭК дополнительно к проверкам, приведенным в справочниках Q015, Q016, Q022 и Q023, выполняются проверки отсутствия нарушений, указанных в [12, раздел 1].

2.3 По результатам выполнения МЭК ТФОМС формирует пакет с результатами МЭК (п.4 табл. 3.2 Раздела 3) с присвоением ему соответствующего имени (п.3.4 Раздела 3), который заверяется ЭП ТФОМС и направляется в МО. Получив указанный пакет с результатами МЭК, МО также заверяет его ЭП и направляет в ТФОМС.

Методика использования web-сервисов АИС "Госпитализация"**Содержание**

Раздел 1.	Общие сведения
Раздел 2.	Методика использования сервисов
Раздел 3.	Метод для АИС «Госпитализация»: передача направлений на госпитализацию
Раздел 4.	Метод для АИС «Госпитализация»: передача информации об экстренно госпитализированных пациентах
Раздел 5.	Метод для АИС «Госпитализация»: получение списка ожидающих госпитализации пациентов на текущий момент
Раздел 6.	Метод для АИС «Госпитализация»: госпитализация пациента по направлению в системе
Раздел 7.	Метод для АИС «Госпитализация»: получение списка госпитализированных на текущий момент пациентов
Раздел 8.	Метод для АИС «Госпитализация»: выписка пациента
Раздел 9.	Метод для АИС «Госпитализация»: получение информации о статусе сообщения
Раздел 10.	Метод для АИС «Госпитализация»: отклонение направления на госпитализацию пациента
Раздел 11.	Метод для АИС «Госпитализация»: перевод пациентов внутри МО
Приложение А.	Пример запроса входной XML «Метод для АИС «Госпитализация»: передача направления на госпитализацию»
Приложение В.	Пример ответа сервиса «Метод для АИС «Госпитализация»: передача направления на госпитализацию»
Приложение С.	Пример входного XML-запроса «Метод для АИС «Госпитализация»: передача информации об экстренно госпитализированных пациентах»
Приложение D.	Пример ответа сервиса «Метод для АИС «Госпитализация»: передача информации об экстренно госпитализированных пациентах»
Приложение Е.	Пример входного XML-запроса «Метод для АИС «Госпитализация»: получение списка ожидающих госпитализации пациентов на текущий момент»
Приложение F.	Пример ответа сервиса «Метод для АИС «Госпитализация»: получение списка ожидающих госпитализации пациентов на текущий момент»
Приложение G.	Пример входного XML-запроса «Метод для АИС «Госпитализация»: госпитализация пациента по направлению в системе»
Приложение H.	Пример ответа сервиса «Метод для АИС «Госпитализация»: госпитализация пациента по направлению в системе»
Приложение I.	Пример входного XML-запроса «Метод для АИС «Госпитализация»: получение списка госпитализированных на текущий момент пациентов»
Приложение J.	Пример ответа сервиса «Метод для АИС «Госпитализация»: получение списка госпитализированных на текущий момент пациентов»
Приложение K.	Пример входного XML-запроса «Метод для АИС «Госпитализация»: выписка пациента»
Приложение L.	Пример ответа сервиса «Метод для АИС «Госпитализация»: выписка пациента»

- Приложение М. Пример входного XML-запроса «Метод для АИС «Госпитализация»: получение информации о статусе сообщения»
- Приложение N. Пример ответа сервиса «Метод для АИС «Госпитализация»: получение информации о статусе сообщения»
- Приложение О. Пример входного XML-запроса «Метод для АИС «Госпитализация»: отклонение направления на госпитализацию пациента»
- Приложение Р. Пример ответа сервиса «Метод для АИС «Госпитализация»: отклонение направления на госпитализацию пациента»
- Приложение Q. Пример входного XML-запроса «Метод для АИС «Госпитализация»: перевод пациентов внутри МО»
- Приложение R. Пример ответа сервиса «Метод для АИС «Госпитализация»: перевод пациентов внутри МО»

Раздел 1. Общие сведения

1.1. Методика использования web-сервисов АИС "Госпитализация" (далее - Методика) предназначена для разработчиков программного обеспечения, осуществляющих интеграцию МИС, используемых в медицинских организациях, и АИС "Госпитализация" с помощью web-сервисов, предоставляемых последней, с целью передачи сведений о госпитализации пациентов из МИС в АИС "Госпитализация".

1.2. В Методике используются следующие термины:

МО-поликлиника - Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

МО-стационар - Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в условиях круглосуточного и/или дневного стационара.

Раздел 2. Методика использования сервисов

Для роли пользователя МО-поликлиника:

- Информация о **выданном направлении** отправляется в АИС "Госпитализация" с помощью метода «Метод для АИС "Госпитализация": передача направления на госпитализацию».

Для роли пользователя МО-стационар:

- Информация об экстренно госпитализированном пациенте отправляется в АИС "Госпитализация" с помощью методов:
 - «Метод для АИС "Госпитализация": передача информации об экстренно госпитализированных пациентах». Метод возвращает уникальный идентификатор сообщения.
 - «Метод для АИС "Госпитализация": получение информации о статусе сообщения». С помощью этого метода отправляется уникальный идентификатор сообщения, полученный на предыдущем шаге, в ответ на который возвращается статус сообщения и данные о направлениях, которые удалось загрузить, с указанием присвоенного системой уникального номера случая госпитализации пациента, а также данные о направлениях, которые не удалось загрузить в систему с указанием причины. Данные о всех госпитализированных пациентах можно получить с помощью метода «Метод для АИС "Госпитализация": получение списка госпитализированных на текущий момент пациентов».
- Информация о госпитализации пациента по направлению отправляется в АИС "Госпитализация" с помощью следующих методов:
 - «Раздел 3. Метод для АИС «Госпитализация»: передача направлений на госпитализацию». Метод возвращает уникальный идентификатор сообщения.
 - «Метод для АИС "Госпитализация": получение информации о статусе сообщения». С помощью этого метода отправляется уникальный идентификатор сообщения, полученный на предыдущем шаге, в ответ на который возвращается статус сообщения и данные о направлениях, которые удалось загрузить, с указанием присвоенного системой уникального номера направления пациента, а также данные о направлениях, которые не удалось загрузить в систему, с указанием причины.
 - «Метод для АИС "Госпитализация": госпитализация пациента по направлению в системе». С помощью этого метода отправляется уникальный номер направления, которое принимается МО.
- Информация об отклонении пациента по направлению отправляется с помощью следующего метода:
 - «Метод для АИС "Госпитализация": отклонение пациента по направлению в системе». С помощью этого метода отправляется уникальный номер направления, которое отклоняется МО.
- Информация о выписке пациента отправляется в АИС "Госпитализация" с помощью следующих методов:
 - «Метод для АИС "Госпитализация": получение списка госпитализированных на текущий момент пациентов». Из полученной информации выбирается уникальный номер случая госпитализации пациента, которого необходимо выписать. Либо используется информация об уникальном идентификаторе, полученная с помощью

метода: «Метод для АИС "Госпитализация": получение информации о статусе сообщения».

- О «Метод для АИС "Госпитализация": выписка пациента». С помощью этого метода отправляется выбранный на предыдущем шаге уникальный номер случая госпитализации.

Запросы направляются на адрес:

«http://172.18.1.8:8000/IPORTAL_XML_RPC/default/call/xmlrpc».

Тестовые запросы направляются на адрес:

«http://172.18.1.8:8000/IPORTAL_XML_RPC_TEST/default/call/xmlrpc».

Раздел 3. Метод для АИС «Госпитализация»: передача направлений на госпитализацию

Метод предназначен для передачи данных о направлении на плановую госпитализацию в систему АИС «Госпитализация». Метод построен на основе технологии web-сервисов (протокол XML-RPC).

3.1. Описание входных параметров запроса

В Таблице 1 представлено описание входных параметров метода AIS_hospitaliz_add_referral_bulk. Информационный файл имеет формат XML. Кодовая страница должна быть указана в заголовке XML-файла. Все поля имеют тип string.

Таблица 1

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
1.	LOGIN	Логин для входа в АИС «Госпитализация»	О	
2.	PASSWORD	Пароль для входа в АИС «Госпитализация»	О	
3.	MO	Код подразделения МО, в которую госпитализируется пациент	У (обязателен для РМИС)	
4.	REFERRALS	Данные о госпитализируемых пациентах	О	
4.1.	ID_MIS	Уникальный идентификатор в МИС	Н	Целое число
4.2.	FAM	Фамилия госпитализируемого пациента	О	До 20 знаков
4.3.	IM	Имя госпитализируемого пациента	О	До 20 знаков
4.4.	OT	Отчество госпитализируемого пациента	У (обязательно при наличии)	До 20 знаков
4.5.	POL	Пол госпитализируемого пациента	О	1 – мужской 2 – женский
4.6.	DR	Дата рождения госпитализируемого пациента	О	Дата в формате: ДД.ММ.ГГГГ
4.7.	PHONE	Номер телефона госпитализируемого пациента	О	В формате: 8(999)9999999
4.8.	NCARD	Номер карты госпитализируемого пациента	О	До 12 знаков
4.9.	SPOL	Серия полиса госпитализируемого пациента	У (обязательно при наличии)	До 20 знаков
4.10.	NPOL	Номер полиса госпитализируемого пациента	О	До 16 знаков
4.11.	STRAH_COMP	СМО госпитализируемого пациента	О	Из реестра F002 (smocod)
4.12.	FORM_MP	Форма оказания МП при	О	Из

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
		направлении на госпитализацию		классификатора V014 (IDFRMMP)
4.13.	MO_CODE	Код МО, в которую выдано направление	О	Из Справочника S001 (Код подразделения МО)
4.14.	MKB	Диагноз по МКБ-10	О	Из справочника МКБ-10 (Код диагноза)
4.15.	PROF_BED	Профиль койки, на который выдано направление	О	Из классификатора V020 (IDK_PR)
4.16.	PREDPOL_GOSP_DATE	Предполагаемая дата госпитализации	О	ДД.ММ.ГГГГ
4.17.	SS_DOCTOR	СНИЛС врача, направившего пациента	О	11 знаков без разделителей
4.18.	SPEC_DOCTOR	Специальность врача, направившего пациента	О	Из справочника специальностей врачей (Код) (Таблица 2)
4.19.	YSL_OK_MP	Условия оказания МП при направлении на госпитализацию	О	1 – Стационар 2 – Дневной стационар

Если параметр отсутствует, то все равно передается пустое значение параметра.

При интеграции с системой возможно два варианта:

1. Информация передается в АИС «Госпитализация» по мере ввода информации в МИС в течение дня.
2. Информация передается в АИС "Госпитализация" списком, содержащим всех направленных за определенный период пациентов, не реже 1 раза в день.

Предпочтительным способом использования сервиса «Раздел 3. Метод для АИС «Госпитализация»: передача направлений на госпитализацию» является направление списка пациентов в теге REFERRALS с последующим запросом информации о результатах работы методом «Раздел 9. Метод для АИС «Госпитализация»: получение информации о статусе сообщения». Количество пациентов в списке не должно превышать 100.

Таблица 2. Справочник специальностей врачей

Специальность	Код
акушер/акушерка	120
врач - детский кардиолог	179
врач - детский онколог	25
врач - детский уролог-андролог	180
врач - детский хирург	23
врач - детский эндокринолог	24

Специальность	Код
врач - торакальный хирург	82
врач - челюстно-лицевой хирург	201
врач общей практики (семейный врач)	40
врач-акушер-гинеколог	12
врач-акушер-гинеколог цехового лечебного участка	13
врач-аллерголог-иммунолог	14
врач-гастроэнтеролог	16
врач-гематолог	17
врач-генетик	18
врач-гериатр	19
врач-дерматовенеролог	20
врач-инфекционист	28
врач-кардиолог	182
врач-колопроктолог	31
врач-невролог	37
врач-нейрохирург	38
врач-нефролог	39
врач-онколог	41
врач-оториноларинголог	42
врач-офтальмолог	43
врач-педиатр	46
врач-педиатр участковый	47
врач-пульмонолог	60
врач-ревматолог	63
врач-сердечно-сосудистый хирург	66
врач-стоматолог	191
врач-стоматолог детский	192
врач-стоматолог-терапевт	194
врач-стоматолог-хирург	195
врач-сурдолог-оториноларинголог	71
врач-терапевт	73
врач-терапевт участковый	74
врач-терапевт участковый цехового лечебного участка	76
врач-травматолог-ортопед	83
врач-уролог	86
врач-хирург	91
врач-эндокринолог	92
заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - фельдшер (акушер/акушерка,	111

Специальность	Код
медицинская сестра/медицинский брат (медбрат)	
заместитель главного врача по поликлинике	216
зубной врач	115
фельдшер	117

3.2. Описание выходных параметров

Возможные варианты ответа сервиса на запрос представлены в Таблице 3.

Таблица 3

№	Ответ	Комментарий
0	UUID	Поставлен в очередь на обработку. Возвращен идентификатор сообщения
1	Неверный логин или пароль	
18	Не удалось загрузить информацию	При загрузке файла произошла критическая ошибка, файл не принят системой к обработке
23	Превышено допустимое количество пациентов в списке	Количество пациентов в списке не должно превышать 100

В ответ на успешно принятый запрос возвращается UUID, по которому с помощью Раздел 9. Метод для АИС «Госпитализация»: получение информации о статусе сообщения необходимо узнать статус запроса.

Примеры входящих и исходящих сообщений для данного метода приведены в Приложениях А, В.

Раздел 4. Метод для АИС «Госпитализация»: передача информации об экстренно госпитализированных пациентах

Метод предназначен для передачи данных об экстренно госпитализированных пациентах в систему АИС «Госпитализация». Метод построен на основе технологии web-сервисов (протокол XML-RPC).

4.1. Описание входных параметров запроса

В Таблице 4 представлено описание входных параметров метода AIS_hospitaliz_add_extr_bulk. Информационный файл имеет формат XML. Кодовая страница должна быть указана в заголовке XML-файла. Тип всех полей - string.

Таблица 4

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
1.	LOGIN	Логин для входа в АИС «Госпитализация»	О	
2.	PASSWORD	Пароль для входа в АИС «Госпитализация»	О	
3.	MO	Код подразделения МО, в которую госпитализируется пациент. Обязателен для РМИС	У	
4.	REFERRALS	Данные о госпитализируемых пациентах	О	
4.1.	ID_MIS	Уникальный идентификатор в МИС	Н	Целое число
4.2.	FAM	Фамилия госпитализируемого пациента	О	До 20 знаков
4.3.	IM	Имя госпитализируемого пациента	О	До 20 знаков
4.4.	OT	Отчество госпитализируемого пациента	У (обязательно при наличии)	До 20 знаков
4.5.	POL	Пол госпитализируемого пациента	О	1 – мужской 2 – женский
4.6.	DR	Дата рождения госпитализируемого пациента	О	Дата в формате: ДД.ММ.ГГГГ
4.7.	DATEFG	Дата фактической госпитализации пациента	О	ДД.ММ.ГГГГ
4.8.	TIMEFG	Время фактической госпитализации пациента	О	ЧЧ:ММ
4.9.	NCARD	Номер карты госпитализируемого пациента	О	До 12 знаков
4.10.	SPOL	Серия полиса госпитализируемого	У (обязательно при	До 20 знаков

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
		пациента	наличии)	
4.11.	NPOL	Номер полиса госпитализируемого пациента	О	До 16 знаков
4.12.	STRAH_COMP	СМО госпитализируемого пациента	О	Из реестра F002 (smocod)
4.13.	FORM_MP	Форма оказания МП при госпитализации	О	Из классификатора V014 (IDFRMMP)
4.14.	MKB	Диагноз по МКБ-10	О	Из справочника МКБ-10 (Код диагноза)
4.15.	PROF_BED	Профиль койки, на который госпитализируется пациент	О	Из классификатора V020 (IDK_PR)
4.16.	YSL_OK_MP	Условия оказания МП при госпитализации	О	1 – Стационар
				2 – Дневной стационар
4.17.	OTD	Код отделения, в которое госпитализируется пациент	О	Из реестра S002 (Код отделения)

Если параметр отсутствует, то все равно передается пустое значение параметра.

При интеграции с системой возможно два варианта:

1. Информация передается в АИС «Госпитализация» по мере ввода информации в МИС в течение дня.
2. Информация передается в систему списком, содержащим всех госпитализированных за определенный период пациентов, не реже 1 раза в день.

Предпочтительным способом использования сервиса «Раздел 4. Метод для АИС «Госпитализация»: передача информации об экстренно госпитализированных пациентах» является направление списка пациентов в теге REFERRALS с последующим запросом информации о результатах работы методом «Раздел 9. Метод для АИС «Госпитализация»: получение информации о статусе сообщения». Количество пациентов в списке не должно превышать 100.

4.2. Описание выходных параметров

Возможные варианты ответа сервиса на запрос представлены в Таблице 5.

Таблица 5

№	Ответ	Комментарий
0	UUID	Поставлен в очередь на обработку. Возвращен идентификатор сообщения
1	Неверный логин или пароль	
18	Не удалось загрузить информацию	При загрузке файла произошла критическая ошибка, файл не принят системой к обработке
23	Превышено допустимое количество пациентов в списке	Количество пациентов в списке не должно превышать 100

В ответ на успешно принятый запрос возвращается UUID, по которому с помощью Раздел 9. Метод для АИС «Госпитализация»: получение информации о статусе сообщения необходимо узнать статус запроса.

Примеры входящих и исходящих сообщений для данного метода приведены в Приложениях С, D.

Раздел 5. Метод для АИС «Госпитализация»: получение списка ожидающих госпитализации пациентов на текущий момент

Метод предназначен для получения данных из АИС «Госпитализация» о текущей очереди на госпитализацию в ту МО-стационар, чей логин и пароль указаны в запросе.

Метод построен на основе технологии web-сервисов (протокол XML-RPC).

5.1. Описание входных параметров запроса

В Таблице 6 представлено описание входных параметров метода AIS_hospitaliz_get_referrals. Информационный файл имеет формат XML. Кодовая страница должна быть указана в заголовке XML-файла. Тип всех полей - string.

Таблица 6

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
1	LOGIN	Логин для входа в АИС «Госпитализация»	О	
2	PASSWORD	Пароль для входа в АИС «Госпитализация»	О	
3	MO	Код подразделения МО, для которой формируется список пациентов, ожидающих госпитализации	У (обязателен для РМИС)	
4	NAP_DATE	Дата направления пациента	Н	ДД.ММ.ГГГГ
5	ID	Уникальный номер случая госпитализации	Н	

5.2. Описание выходных параметров

Возможные варианты ответа сервиса на запрос представлены в Таблице 7.

Таблица 7

№	Ответ	Информация	Комментарий
0	Успешно	Список госпитализированных пациентов	
1	Неверный логин или пароль	Пустой список	

Запись о каждом направленном пациенте содержит информацию, описанную в Таблице 8.

Таблица 8

№	Код параметра	Описание параметра
1	ID	Уникальный номер направления
2	FAM	Фамилия пациента
3	IM	Имя пациента
4	OT	Отчество пациента
5	DR	Дата рождения пациента
6	SPOL	Серия полиса пациента
7	NPOL	Номер полиса пациента

№	Код параметра	Описание параметра
8	STRAH_COMP	Код СМО пациента
9	MKB	Диагноз по МКБ-10 (Код диагноза)
10	MO_NAP_CODE	Код подразделения МО, выдавшей направление, по Справочнику S001 (Код МО в Реестре F032)
11	PROF_BED	Код профиля койки по классификатору V020 (IDK_PR)
12	YSL_OK_MP	Код условий оказания МП при выдаче направления по классификатору V006 (только 1 или 2)
13	NAP_DATE	Дата выдачи направления
14	OTD	Код отделения, в которое госпитализирован пациент, по реестру S002 (Код отделения)
15	PREDP_HOSP_DATE	Предполагаемая дата госпитализации

Примеры входящих и исходящих сообщений для данного метода приведены в Приложениях Е, F.

Раздел 6. Метод для АИС «Госпитализация»: госпитализация пациента по направлению в системе

Метод предназначен для передачи данных о госпитализации пациента, направление на госпитализацию которого содержится в АИС «Госпитализация». Метод построен на основе технологии web-сервисов (протокол XML-RPC).

6.1. Описание входных параметров запроса

В Таблице 9 представлено описание входных параметров метода AIS_hospitaliz_add_by_referral. Информационный файл имеет формат XML. Кодовая страница должна быть указана в заголовке XML-файла. Тип всех полей - string.

Таблица 9

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
1	LOGIN	Логин для входа в АИС «Госпитализация»	О	
2	PASSWORD	Пароль для входа в АИС «Госпитализация»	О	
3	ID	Уникальный номер направления	О	
4	OTD	Отделение, в которое госпитализируется пациент	О	
5	МО	Код подразделения МО, в которую госпитализируется пациент.	У (обязателен для РМИС)	

6.2. Описание выходных параметров

Возможные варианты ответа сервиса на запрос представлены в Таблице 10.

Таблица 10

№	Ответ	Комментарий
0	Успешно	Пациент выписан
1	Неверный логин или пароль	
3	Одно из значений полей госпитализации не соответствует справочнику	Возможно: - в данную МО не выдано направление с таким ID - в данной МО нет такого отделения
12	Свободных мест нет	Свободные койки по данному профилю и условиям оказания МП отсутствуют

Примеры входящих и исходящих сообщений для данного метода приведены в Приложениях Г, Н.

Раздел 7. Метод для АИС «Госпитализация»: получение списка госпитализированных на текущий момент пациентов

Метод предназначен для получения текущих данных из АИС «Госпитализация» о пациентах, госпитализированных в ту МО-стационар, чей логин и пароль указаны в запросе. Метод построен на основе технологии web-сервисов (протокол XML-RPC).

7.1. Описание входных параметров запроса

В Таблице 11 представлено описание входных параметров метода AIS_hospitaliz_get_hospitalized. Информационный файл имеет формат XML. Кодовая страница должна быть указана в заголовке XML-файла. Тип всех полей - string.

Таблица 11

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
1	LOGIN	Логин для входа в АИС «Госпитализация»	О	
2	PASSWORD	Пароль для входа в АИС «Госпитализация»	О	
3	МО	Код подразделения МО, для которой формируется список госпитализированных на текущий момент пациентов	У (обязателен для РМИС)	
4	HOSP_DATE	Дата госпитализации пациента	Н	ДД.ММ.ГГГГ
5	ID	Уникальный номер случая госпитализации	Н	

7.2. Описание выходных параметров

Возможные варианты ответа сервиса на запрос представлены в Таблице 12.

Таблица 12

№	Ответ	Информация	Комментарий
0	Успешно	Список госпитализированных на текущий момент пациентов	
1	Неверный логин или пароль	Пустой список	

Запись о каждом госпитализированном пациенте содержит информацию согласно Таблице 13.

Таблица 13

№	Код параметра	Описание параметра
1	ID	Уникальный номер случая госпитализации
2	NCARD	Номер карты пациента
3	FAM	Фамилия пациента
4	IM	Имя пациента
5	OT	Отчество пациента

№	Код параметра	Описание параметра
6	DR	Дата рождения пациента
7	SPOL	Серия полиса пациента
8	NPOL	Номер полиса пациента
9	STRAH_COMP	Код страховой медицинской организации пациента
10	MKB	Диагноз по МКБ-10 (Код диагноза)
11	HOSP_DATE	Дата госпитализации
12	PROF_BED	Код профиля койки по классификатору V020 (IDK_PR)
13	NAP_DATE	Дата выдачи направления
14	OTD	Код отделения, в которое госпитализирован пациент, по реестру S002 (Код отделения)
15	PREDP_VIP_DATE	Предполагаемая дата выписки

Примеры входящих и исходящих сообщений для данного метода приведены в Приложениях I, J.

Раздел 8. Метод для АИС «Госпитализация»: выписка пациента

Метод предназначен для передачи данных о госпитализации пациента, направление на госпитализацию которого содержится в АИС «Госпитализация». Метод построен на основе технологии web-сервисов (протокол XML-RPC).

8.1. Описание входных параметров запроса

В Таблице 14 представлено описание входных параметров метода AIS_hospitaliz_out. Информационный файл имеет формат XML. Кодовая страница должна быть указана в заголовке XML-файла. Тип всех полей - string.

Таблица 14

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
1	LOGIN	Логин для входа в АИС «Госпитализация»	О	
2	PASSWORD	Пароль для входа в АИС «Госпитализация»	О	
3	ID	Уникальный номер случая госпитализации	О	
4	МО	Код подразделения МО, из которой выписывается пациент	У (обязателен для РМИС)	

8.2. Описание выходных параметров

Возможные варианты ответа сервиса на запрос представлены в Таблице 15.

Таблица 15

№	Ответ	Комментарий
0	Успешно	Пациент выписан
1	Неверный логин или пароль	
3	Одно или более значений входных параметров (таблица 14) не корректно	Возможно в данную МО не госпитализирован пациент с таким ID

Примеры входящих и исходящих сообщений для данного метода приведены в Приложениях К, Л.

Раздел 9. Метод для АИС «Госпитализация»: получение информации о статусе сообщения

Метод предназначен для получения данных о статусе сообщения, отправленного с помощью «Метода для АИС "Госпитализация": передача информации об экстренно госпитализированных пациентах» и «Раздел 3. Метод для АИС «Госпитализация»: передача направлений на госпитализацию». Метод построен на основе технологии web-сервисов (протокол XML-RPC).

9.1. Описание входных параметров запроса

В Таблице 16 представлено описание входных параметров метода AIS_hospitaliz_get_full_inf. Информационный файл имеет формат XML. Кодовая страница должна быть указана в заголовке XML-файла. Тип всех полей - string.

Таблица 16

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
1	LOGIN	Логин для входа в АИС «Госпитализация»	О	
2	PASSWORD	Пароль для входа в АИС «Госпитализация»	О	
3	UUID	Уникальный номер сообщения	О	
4	МО	Код подразделения МО	У (обязателен для РМИС)	

9.2. Описание выходных параметров

Возможные варианты ответа сервиса на запрос представлены в Таблице 17.

Таблица 17

№	Ответ	Информация об ошибках
19	Обработан	Возвращается список пациентов: - в случае неуспешной загрузки данных о госпитализируемом пациенте - с указанием кода ошибки; - в случае успешной загрузки - с указанием уникального номера случая. Формат выходных параметров определен в таблице 18
20	Обрабатывается	
21	Ошибка	
22	Указанный UUID не обнаружен	

Таблица 18

№	Код параметра	Описание параметра
1	FAM	Фамилия госпитализируемого пациента
2	IM	Имя госпитализируемого пациента
3	OT	Отчество госпитализируемого пациента
4	DR	Дата рождения госпитализируемого пациента
5	SPOL	Серия полиса госпитализируемого пациента
6	NPOL	Номер полиса госпитализируемого пациента
7	STRAH_COM	СМО, в которой застрахован госпитализируемый пациент
8	ERROR	Код ошибки из таблицы 19, если данные о случае не были загружены. При успешной загрузке данных - поле пустое
9	ID	Уникальный номер случая, если данные о случае был загружен. Если загрузка не состоялась - поле пустое
10	ID_MIS	Уникальный идентификатор в МИС. Не пустой, если был передан в методах «Метода для АИС "Госпитализация": передача информации об экстренно госпитализированных пациентах» или «Раздел 3. Метод для АИС «Госпитализация»: передача направлений на госпитализацию»

Таблица 19

№	Код ошибки	Описание параметра
1	4	Поиск по регистру завершен некорректно
2	5	Данные по полису не подходят по формату
3	6	Некорректный формат номера телефона
4	7	Данные о застрахованном лице не совпали с данными РС ЕРЗ
5	9	Некорректные данные полиса
6	10	Некорректные данные о случае госпитализации
7	11	Некорректный формат даты или времени фактической госпитализации
8	12	Свободных мест нет
9	13	Некорректные данные о форме оказания МП
10	14	Код МКБ не соответствует справочнику
11	15	Некорректные данные о профиле койки
12	16	Некорректные данные об условиях оказания МП
13	17	Некорректные данные об отделении

14	24	Некорректные данные о МО, в которую направлен пациент
15	25	Некорректные данные о враче, направившем на госпитализацию
16	26	Пациент с указанным ID не госпитализирован в данную МО

Примеры входящих и исходящих сообщений для данного метода приведены в Приложениях М, N.

Раздел 10. Метод для АИС «Госпитализация»: отклонение направления на госпитализацию пациента

Метод предназначен для передачи данных об отклонении направления на госпитализацию пациента, содержащегося в АИС «Госпитализация». Метод построен на основе технологии web-сервисов (протокол XML-RPC).

10.1. Описание входных параметров запроса

В Таблице 20 представлено описание входных параметров метода AIS_hospitaliz_reject. Информационный файл имеет формат XML. Кодовая страница должна быть указана в заголовке XML-файла. Тип всех полей - string.

Таблица 20

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
1	LOGIN	Логин для входа в АИС «Госпитализация»	О	
2	PASSWORD	Пароль для входа в АИС «Госпитализация»	О	
3	ID	Уникальный номер направления	О	
4	REASON_REJECT	Код причины отклонения пациента	О	Заполняется в соответствии с таблицей 21
5	MO	Код подразделения МО, которая отклоняет пациента	У (обязателен для РМИС)	

Таблица 21

Код	Причина отклонения
1	Неявка пациента на госпитализацию
2	Непредоставление необходимого пакета документов (отказ МО, оказывающей МП в стационарных условиях)
3	Инициативный отказ от госпитализации пациентом
4	Смерть
5	Прочие причины
6	Отсутствие медицинских показаний для госпитализации
7	Пациент уже госпитализирован

10.2. Описание выходных параметров

Возможные варианты ответа сервиса на запрос представлены в Таблице 22.

Таблица 22

№	Ответ	Комментарий
0	Успешно	Направление на госпитализацию пациента отклонено
1	Неверный логин или пароль	
3	Одно или более значений входных параметров (таблица 20) не корректно	Возможно: • в данную МО не выдано направление с таким ID; • Код причины отклонения пациента не соответствует перечисленным выше (таблица 21).

Примеры входящих и исходящих сообщений для данного метода приведены в Приложениях О, Р.

Раздел 11. Метод для АИС «Госпитализация»: перевод пациентов внутри МО

Метод предназначен для передачи данных о переведенных внутри МО пациентах в АИС «Госпитализация». Воспользоваться этим методом можно только в том случае, если в систему уже была передана информация о госпитализации данного пациента с помощью методов: «Метод для АИС "Госпитализация": передача информации об экстренно госпитализированных пациентах» или «Метод для АИС "Госпитализация": госпитализация пациента по направлению в системе». Метод построен на основе технологии web-сервисов (протокол XML-RPC).

11.1. Описание входных параметров запроса

В Таблице 23 представлено описание входных параметров метода AIS_hospitaliz_change_otd. Информационный файл имеет формат XML. Кодовая страница должна быть указана в заголовке XML-файла. Тип всех полей - string.

Таблица 23

№	Код параметра	Описание параметра	Обязательность	Способ заполнения
1	LOGIN	Логин для входа в АИС «Госпитализация»	О	
2	PASSWORD	Пароль для входа в АИС «Госпитализация»	О	
3	MO	Код подразделения МО, внутри которой переводится пациент	У (обязателен для РМИС)	
4	YSL_OK_MP	Условия оказания МП на которые переводится пациент	О	1 – Стационар
				2 – Дневной стационар
5	OTD	Код отделения, в которое переводится пациент	О	Из реестра S002 (Код отделения)
6	PROF_BED	Профиль койки, на которую переводится направление	О	Из классификатора V020 (IDK_PR)
7	ID	Уникальный номер случая госпитализации	О	

Параметр ID можно получить с помощью метода: «Метод для АИС "Госпитализация": получение списка госпитализированных на текущий момент пациентов».

11.2. Описание выходных параметров

Возможные варианты ответа сервиса на запрос представлены в Таблице 24.

Таблица 24

№	Ответ	Комментарий
1	Неверный логин или пароль	
18	Не удалось добавить информацию	
26	Пациент с указанным ID не госпитализирован в данную МО	
16	Некорректные данные об условиях оказания МП	
15	Некорректные данные о профиле койки	
17	Некорректные данные об отделении	
12	Свободных мест нет	
0	Запись успешно добавлена	В ответе сервиса возвращается новый ID (уникальный номер случая госпитализации). Для дальнейших действий с данным случаем (перевода или выписки) необходимо использовать новый ID.

Примеры входящих и исходящих сообщений для данного метода приведены в Приложениях Q, R.

Пример запроса входной XML «Метод для АИС "Госпитализация": передача направления на госпитализацию»

```
<?xml version="1.0" encoding="cp1251"?><methodCall>
<methodName>AIS_hospitaliz_add_referral_bulk</methodName>
<params>
<param>
<value>
<struct>
<member>
<name>LOGIN</name>
<value>
<string>test </string>
</value>
</member>
<member>
<name>PASSWORD</name>
<value>
<string>123456</string>
</value>
</member>
<member>
<name>REFERRALS</name>
<value>
<array>
<data>
<value>
<struct>
<member>
<name>PREDPOL_GOSP_DATE</name>
<value>
<string>01.12.2017</string>
</value>
</member>
<member>
<name>MO_CODE</name>
<value>
<string>A1</string>
</value>
</member>
<member>
<name>FORM_MP</name>
<value>
<string>3</string>
</value>
</member>
</member>
</data>
</array>
</value>
</member>
</struct>
</value>
</param>
</params>
</methodCall>
```

```

<name>SS_DOCTOR</name>
<value>
  <string>000000000000</string>
</value>
</member>
<member>
  <name>NPOL</name>
  <value>
    <string>0000000000000000</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>STRAH_COMP</name>
  <value>
    <string>52004</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>PROF_BED</name>
  <value>
    <string>71</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>PHONE</name>
  <value>
    <string>8(952)0000000</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>POL</name>
  <value>
    <string>1</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>IM</name>
  <value>
    <string>Иван</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>NCARD</name>
  <value>
    <string>121</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>FAM</name>
  <value>
    <string>Иванов</string>
  </value>

```

```

</member>
<member>
  <name>SPOL</name>
  <value>
    <string/>
  </value>
</member>
<member>
  <name>YSL_OK_MP</name>
  <value>
    <string>2</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>OT</name>
  <value>
    <string>Иванович</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>DR</name>
  <value>
    <string>01.01.1996</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>SPEC_DOCTOR</name>
  <value>
    <string>43</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>MKB</name>
  <value>
    <string>A01.4</string>
  </value>
</member>
</struct>
</value>
<value>
  <struct>
    <member>
      <name>PREDPOL_GOSP_DATE</name>
      <value>
        <string>01.12.2017</string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>MO_CODE</name>
      <value>
        <string>A1</string>
      </value>
    </member>
  </struct>

```

```

</member>
<member>
  <name>FORM_MP</name>
  <value>
    <string>3</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>SS_DOCTOR</name>
  <value>
    <string>000000000000</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>NPOL</name>
  <value>
    <string>1000000000000000 </string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>STRAH_COMP</name>
  <value>
    <string>52004</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>PROF_BED</name>
  <value>
    <string>71</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>PHONE</name>
  <value>
    <string>8(952)0000000</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>POL</name>
  <value>
    <string>1</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>IM</name>
  <value>
    <string>Перп</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>NCARD</name>
  <value>

```

```

    <string>121</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>FAM</name>
  <value>
    <string>Петров</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>SPOL</name>
  <value>
    <string/>
  </value>
</member>
<member>
  <name>YSL_OK_MP</name>
  <value>
    <string>2</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>OT</name>
  <value>
    <string>Петрович</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>DR</name>
  <value>
    <string>01.01.1996</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>SPEC_DOCTOR</name>
  <value>
    <string>43</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>МКВ</name>
  <value>
    <string>А01.4</string>
  </value>
</member>
</struct>
</value>
</data>
</array>
</value>
</member>
</struct>

```

```
</value>  
</param>  
</params>  
</methodCall>
```

**Пример ответа сервиса «Метод для АИС "Госпитализация": передача
направления на госпитализацию»**

```
<?xml version="1.0"?><methodResponse>  
  <params>  
    <param>  
      <value>  
        <array>  
          <data>  
            <value>  
              <string>0</string>  
            </value>  
            <value>  
              <string>1accad83-0a39-4871-bab5-bccf64ab346b</string>  
            </value>  
          </data>  
        </array>  
      </value>  
    </param>  
  </params>  
</methodResponse>
```

Пример входного XML-запроса «Метод для АИС "Госпитализация": передача информации об экстренно госпитализированных пациентах»

```
<?xml version="1.0" encoding="cp1251"?><methodCall>
  <methodName>AIS_hospitaliz_add_extr_bulk</methodName>
  <params>
    <param>
      <value>
        <struct>
          <member>
            <name>LOGIN</name>
            <value>
              <string>mo</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>PASSWORD</name>
            <value>
              <string>111</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>REFERRALS</name>
            <value>
              <array>
                <data>
                  <value>
                    <struct>
                      <member>
                        <name>NPOL</name>
                        <value>
                          <string>1111111111111111</string>
                        </value>
                      </member>
                      <member>
                        <name>FORM_MP</name>
                        <value>
                          <string>1</string>
                        </value>
                      </member>
                      <member>
                        <name>TIMEFG</name>
                        <value>
                          <string>09:05</string>
                        </value>
                      </member>
                    </struct>
                  </data>
                </array>
              </value>
            </member>
          </member>
        </struct>
      </value>
    </param>
  </params>
</methodCall>
```

```

        <name>FAM</name>
        <value>
            <string>ИБАХОБ </string>
        </value>
    </member>
    <member>
        <name>OTD</name>
        <value>
            <string>111111</string>
        </value>
    </member>
    <member>
        <name>STRAH_COMP</name>
        <value>
            <string>52004</string>
        </value>
    </member>
    <member>
        <name>PROF_BED</name>
        <value>
            <string>6</string>
        </value>
    </member>
    <member>
        <name>POL</name>
        <value>
            <string>2</string>
        </value>
    </member>
    <member>
        <name>IM</name>
        <value>
            <string>ИБАХ</string>
        </value>
    </member>
    <member>
        <name>NCARD</name>
        <value>
            <string>120</string>
        </value>
    </member>
    <member>
        <name>DATEFG</name>
        <value>
            <string>11.12.2017</string>
        </value>
    </member>
    <member>
        <name>SPOL</name>
        <value>
            <string/>
        </value>
    </member>

```

```

</member>
<member>
  <name>YSL_OK_MP</name>
  <value>
    <string>1</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>OT</name>
  <value>
    <string>ИВАНОВИЧ</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>DR</name>
  <value>
    <string>01.01.1962</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>MKB</name>
  <value>
    <string>D25.9</string>
  </value>
</member>
</struct>
</value>
<value>
  <struct>
    <member>
      <name>NPOL</name>
      <value>
        <string>111111111111112</string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>FORM_MP</name>
      <value>
        <string>1</string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>TIMEFG</name>
      <value>
        <string>10:46</string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>FAM</name>
      <value>
        <string>ИЕТРОБ </string>
      </value>
    </member>
  </struct>
</value>

```

```
</member>
<member>
  <name>OTD</name>
  <value>
    <string>222222</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>STRAH_COMP</name>
  <value>
    <string>52004</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>PROF_BED</name>
  <value>
    <string>80</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>POL</name>
  <value>
    <string>2</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>IM</name>
  <value>
    <string>IIETP</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>NCARD</name>
  <value>
    <string>130</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>DATEFG</name>
  <value>
    <string>18.12.2017</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>SPOL</name>
  <value>
    <string/>
  </value>
</member>
<member>
  <name>YSL_OK_MP</name>
  <value>
```

```
        <string>1</string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>OT</name>
      <value>
        <string>ПЕТРОВИЧ </string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>DR</name>
      <value>
        <string>01.01.1960</string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>MKB</name>
      <value>
        <string>K85.9</string>
      </value>
    </member>
  </struct>
</value>
</data>
</array>
</value>
</member>
</struct>
</value>
</param>
</params>
</methodCall>
```

Пример ответа сервиса «Метод для АИС "Госпитализация": передача информации об экстренно госпитализированных пациентах»

```
<?xml version="1.0"?><methodResponse>
  <params>
    <param>
      <value>
        <array>
          <data>
            <value>
              <string>0</string>
            </value>
            <value>
              <string>402f12c6-ffc0-4c19-a824-7a5e4423d0b1</string>
            </value>
          </data>
        </array>
      </value>
    </param>
  </params>
</methodResponse>
```

Пример входного XML-запроса «Метод для АИС "Госпитализация": получение списка ожидающих госпитализации пациентов на текущий момент»

```
<?xml version="1.0" encoding="cp1251"?><methodCall>
  <methodName>AIS_hospitaliz_get_referrals</methodName>
  <params>
    <param>
      <value>
        <struct>
          <member>
            <name>LOGIN</name>
            <value>
              <string>mo</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>PASSWORD</name>
            <value>
              <string>111</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>MO</name>
            <value>
              <string>A1</string>
            </value>
          </member>
        </struct>
      </value>
    </param>
  </params>
</methodCall>
```

Пример ответа сервиса «Метод для АИС "Госпитализация": получение списка ожидающих госпитализации пациентов на текущий момент»

```
<?xml version="1.0"?><methodResponse>
<params>
<param>
<value>
<array>
<data>
<value>
<string>0</string>
</value>
<value>
<string>Успешно</string>
</value>
<value>
<array>
<data>
<value>
<struct>
<member>
<name>МКБ</name>
<value>
<string>A01.4</string>
</value>
</member>
<member>
<name>NAP_DATE</name>
<value>
<string>04.05.2017</string>
</value>
</member>
<member>
<name>NPOL</name>
<value>
<string>1111111111111111</string>
</value>
</member>
<member>
<name>PROF_BED</name>
<value>
<string>50 </string>
</value>
</member>
<member>
<name>PREDP_HOSP_DATE</name>
<value>
```

```

    <string>01.12.2017</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>STRAH_COMP</name>
  <value>
    <string>52001</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>SPOL</name>
  <value>
    <nil/>
  </value>
</member>
<member>
  <name>FAM</name>
  <value>
    <string>Иванов </string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>IM</name>
  <value>
    <string>Иван </string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>YSL_OK_MP</name>
  <value>
    <string>1 </string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>OT</name>
  <value>
    <string>Иванович </string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>DR</name>
  <value>
    <string>21.06.1971</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>ID</name>
  <value>
    <int>274</int>
  </value>
</member>
</member>

```

```
<name>MO_NAP_CODE</name>
<value>
  <string>A1</string>
</value>
</member>
</struct>
</value>
</data>
</array>
</value>
</data>
</array>
</value>
</param>
</params>
</methodResponse>
```

**Пример входного XML-запроса «Метод для АИС "Госпитализация":
госпитализация пациента по направлению в системе»**

```
<?xml version="1.0" encoding="cp1251"?><methodCall>  
  <methodName>AIS_hospitaliz_add_by_referral</methodName>  
  <params>  
    <param>  
      <value>  
        <struct>  
          <member>  
            <name>LOGIN</name>  
            <value>  
              <string>mo </string>  
            </value>  
          </member>  
          <member>  
            <name>PASSWORD</name>  
            <value>  
              <string>111</string>  
            </value>  
          </member>  
          <member>  
            <name>OTD</name>  
            <value>  
              <string>305111</string>  
            </value>  
          </member>  
          <member>  
            <name>ID</name>  
            <value>  
              <string>274</string>  
            </value>  
          </member>  
        </struct>  
      </value>  
    </param>  
  </params>  
</methodCall>
```

**Пример ответа сервиса «Метод для АИС "Госпитализация": госпитализация
пациента по направлению в системе»**

```
<?xml version="1.0"?><methodResponse>  
  <params>  
    <param>  
      <value>  
        <array>  
          <data>  
            <value>  
              <string>0</string>  
            </value>  
            <value>  
              <string>Успешно </string>  
            </value>  
          </data>  
        </array>  
      </value>  
    </param>  
  </params>  
</methodResponse>
```

Пример входного XML-запроса «Метод для АИС "Госпитализация": получение списка госпитализированных на текущий момент пациентов»

```
<?xml version="1.0" encoding="cp1251"?><methodCall>  
  <methodName>AIS_hospitaliz_get_hospitalized</methodName>  
  <params>  
    <param>  
      <value>  
        <struct>  
          <member>  
            <name>LOGIN</name>  
            <value>  
              <string>mo</string>  
            </value>  
          </member>  
          <member>  
            <name>PASSWORD</name>  
            <value>  
              <string>111</string>  
            </value>  
          </member>  
        </struct>  
      </value>  
    </param>  
  </params>  
</methodCall>
```

Пример ответа сервиса «Метод для АИС "Госпитализация": получение списка госпитализированных на текущий момент пациентов»

```
<?xml version="1.0"?><methodResponse>
<params>
<param>
<value>
<array>
<data>
<value>
<string>0</string>
</value>
<value>
<string> Успешно </string>
</value>
<value>
<array>
<data>
<value>
<struct>
<member>
<name>МКБ</name>
<value>
<string>A01.4</string>
</value>
</member>
<member>
<name>NAP_DATE</name>
<value>
<string>06.06.2017</string>
</value>
</member>
<member>
<name>OTD</name>
<value>
<string>305111</string>
</value>
</member>
<member>
<name>NPOL</name>
<value>
<string>1111111111</string>
</value>
</member>
<member>
<name>HOSP_DATE</name>
<value>
```

```

    <string>31.07.2017</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>PROF_BED</name>
  <value>
    <int>71</int>
  </value>
</member>
<member>
  <name>PREDP_VIP_DATE</name>
  <value>
    <nil/>
  </value>
</member>
<member>
  <name>STRAH_COMP</name>
  <value>
    <string>52001</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>IM</name>
  <value>
    <string>Иван </string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>NCARD</name>
  <value>
    <string>121</string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>FAM</name>
  <value>
    <string>Иванов </string>
  </value>
</member>
<member>
  <name>SPOL</name>
  <value>
    <nil/>
  </value>
</member>
<member>
  <name>OT</name>
  <value>
    <string>Иванович </string>
  </value>
</member>
</member>

```

```
<name>DR</name>
<value>
  <string>21.06.1971</string>
</value>
</member>
<member>
  <name>ID</name>
  <value>
    <int>299</int>
  </value>
</member>
</struct>
</value>
</data>
</array>
</value>
</data>
</array>
</value>
</param>
</params>
</methodResponse>
```

**Пример входного XML-запроса «Метод для АИС "Госпитализация": выписка
пациента»**

```
<?xml version="1.0" encoding="cp1251"?><methodCall>
  <methodName>AIS_hospitaliz_out</methodName>
  <params>
    <param>
      <value>
        <struct>
          <member>
            <name>LOGIN</name>
            <value>
              <string>mo </string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>PASSWORD</name>
            <value>
              <string>111</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>ID</name>
            <value>
              <string>301</string>
            </value>
          </member>
        </struct>
      </value>
    </param>
  </params>
</methodCall>
```

**Пример ответа сервиса «Метод для АИС "Госпитализация": выписка
пациента»**

```
<?xml version="1.0"?><methodResponse>  
  <params>  
    <param>  
      <value>  
        <array>  
          <data>  
            <value>  
              <string>0</string>  
            </value>  
            <value>  
              <string>Успешно </string>  
            </value>  
          </data>  
        </array>  
      </value>  
    </param>  
  </params>  
</methodResponse>
```

Пример входного XML-запроса «Метод для АИС "Госпитализация": получение информации о статусе сообщения»

```
<?xml version="1.0" encoding="cp1251"?><methodCall>
  <methodName>AIS_hospitaliz_get_full_inf</methodName>
  <params>
    <param>
      <value>
        <struct>
          <member>
            <name>LOGIN</name>
            <value>
              <string>test</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>PASSWORD</name>
            <value>
              <string>12345</string>
            </value>
          </member>
          <member>
            <name>UUID</name>
            <value>
              <string>7F3D103F-400C-44EF-9D82-45B65BE61DD1</string>
            </value>
          </member>
        </struct>
      </value>
    </param>
  </params>
</methodCall>
```

Пример ответа сервиса «Метод для АИС "Госпитализация": получение информации о статусе сообщения»

```
<?xml version="1.0"?><methodResponse>
<params>
  <param>
    <value>
      <array>
        <data>
          <value>
            <string>0</string>
          </value>
          <value>
            <string>Обработан </string>
          </value>
          <value>
            <array>
              <data>
                <value>
                  <struct>
                    <member>
                      <name>ID_MIS</name>
                      <value>
                        <int>777</int>
                      </value>
                    </member>
                    <member>
                      <name>NPOL</name>
                      <value>
                        <string>1111111111111111</string>
                      </value>
                    </member>
                    <member>
                      <name>ERROR</name>
                      <value>
                        <int>7</int>
                      </value>
                    </member>
                    <member>
                      <name>STRAH_COM</name>
                      <value>
                        <string>52004</string>
                      </value>
                    </member>
                    <member>
                      <name>SPOL</name>
                      <value>
```

```

        <string/>
    </value>
</member>
<member>
    <name>FAM</name>
    <value>
        <string> ИВАНОВ </string>
    </value>
</member>
<member>
    <name>IM</name>
    <value>
        <string>Иван</string>
    </value>
</member>
<member>
    <name>OT</name>
    <value>
        <string> ИВАНОВИЧ</string>
    </value>
</member>
<member>
    <name>DR</name>
    <value>
        <string>01.01.1992</string>
    </value>
</member>
</struct>
</value>
<value>
    <struct>
        <member>
            <name>ID_MIS</name>
            <value>
                <int>777</int>
            </value>
        </member>
        <member>
            <name>NPOL</name>
            <value>
                <string>111111111111112</string>
            </value>
        </member>
        <member>
            <name>ERROR</name>
            <value>
                <int>7</int>
            </value>
        </member>
        <member>
            <name>STRAH_COM</name>
            <value>

```

```

        <string>52004</string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>SPOL</name>
      <value>
        <string/>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>FAM</name>
      <value>
        <string>Петров</string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>IM</name>
      <value>
        <string>Пер</string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>OT</name>
      <value>
        <string>Петрович</string>
      </value>
    </member>
    <member>
      <name>DR</name>
      <value>
        <string>02.01.1992</string>
      </value>
    </member>
  </struct>
</value>
</data>
</array>
</value>
</data>
</array>
</value>
</param>
</params>
</methodResponse>

```

**Пример входного XML-запроса «Метод для АИС "Госпитализация":
отклонение направления на госпитализацию пациента»**

```
<?xml version="1.0" encoding="cp1251"?><methodCall>
<methodName>AIS_hospitaliz_reject</methodName>
<params>
<param>
<value>
<struct>
<member>
<name>LOGIN</name>
<value>
<string>test</string>
</value>
</member>
<member>
<name>PASSWORD</name>
<value>
<string>12345</string>
</value>
</member>
<member>
<name>REASON_REJECT</name>
<value>
<int>1</int>
</value>
</member>
<member>
<name>ID</name>
<value>
<int>301</int>
</value>
</member>
</struct>
</value>
</param>
</params>
</methodCall>
```

**Пример ответа сервиса «Метод для АИС "Госпитализация": отклонение
направления на госпитализацию пациента»**

```
<?xml version="1.0"?><methodResponse>  
  <params>  
    <param>  
      <value>  
        <array>  
          <data>  
            <value>  
              <string>0</string>  
            </value>  
            <value>  
              <string>Запись успешно добавлена/Успешно</string>  
            </value>  
          </data>  
        </array>  
      </value>  
    </param>  
  </params>  
</methodResponse>
```

Пример входного XML-запроса «Метод для АИС "Госпитализация": перевод пациентов внутри МО»

```
<?xml version="1.0" encoding="cp1251"?><methodCall>
<methodName>AIS_hospitaliz_change_otd</methodName>
<params>
<param>
<value>
<struct>
<member>
<name>МО</name>
<value>
<string>A1</string>
</value>
</member>
<member>
<name>OTD</name>
<value>
<string>101000</string>
</value>
</member>
<member>
<name>PROF_BED</name>
<value>
<int>74</int>
</value>
</member>
<member>
<name>ID</name>
<value>
<int>1000</int>
</value>
</member>
<member>
<name>LOGIN</name>
<value>
<string>mo</string>
</value>
</member>
<member>
<name>PASSWORD</name>
<value>
<string>111</string>
</value>
</member>
<member>
<name>YSL_OK_MP</name>
```

```
<value>
  <string>1</string>
</value>
</member>
</struct>
</value>
</param>
</params>
</methodCall>
```

**Пример ответа сервиса «Метод для АИС "Госпитализация": перевод
пациентов внутри МО»**

```
<?xml version="1.0"?><methodResponse>  
  <params>  
    <param>  
      <value>  
        <array>  
          <data>  
            <value>  
              <string>0</string>  
            </value>  
            <value>  
              <string>Запись успешно добавлена/Успешно</string>  
            </value>  
            <value>  
              <string>1001</string>  
            </value>  
          </data>  
        </array>  
      </value>  
    </param>  
  </params>  
</methodResponse>
```

Описание протокола ФЛК (Д.6)

Код родительского элемента	Код элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике SQ018 (соответствует типу передаваемых данных «V» по справочнику Q019)
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)			
FLK_P	FNAME	Имя файла протокола ФЛК	FLK_P/FNAME
	FNAME_1	Имя исходного файла	FLK_P/FNAME_I
	PR	Причина отказа	FLK_P/PR
	COMENT_FLK	Дополнительные сведения (корневой элемент)	FLK_P/COMENT_FLK
Дополнительные сведения (корневой элемент)			
COMENT_FLK	RSTAMP	Региональная часть имени файла	FLK_P/COMENT_FLK/RSTAMP
Причины отказа			
PR	OShib	Код ошибки	FLK_P/PR/OShib
	IM_POL	Имя поля	FLK_P/PR/IM_POL
	ZN_POL	Значение поля, вызвавшее ошибку	FLK_P/PR/ZN_POL
	NSCHET	Номер счета	FLK_P/PR/NSCHET
	BAS_EL	Имя базового элемента	FLK_P/PR/BAS_EL
	N_ZAP	Номер записи	FLK_P/PR/N_ZAP
	ID_PAC	Код записи о пациенте	FLK_P/PR/ID_PAC
	IDCASE	Номер записи в реестре случаев	FLK_P/PR/IDCASE
	SL_ID	Идентификатор случая	FLK_P/PR/SL_ID
	IDSERV	Номер записи в реестре услуг	FLK_P/PR/IDSERV
	COMMENT	Комментарий	FLK_P/PR/COMMENT
Дополнительные сведения об ошибке			
COMMENT	TQ	Код используемого справочника с кодами проверок	FLK_P/PR/COMMENT/TQ
	COMM	Комментарий по ошибке	FLK_P/PR/COMMENT/COMM

Форма файла, содержащего перечень пакетов ЭР, загруженных на сервис СПОД¹

Перечень пакетов ЭР, загруженных на сервис СПОД. Отчетный период: <YY.MM>, подразделение МО: <LPU_K1>, дата-время формирования: < >							
Идентификатор пакета ЭР (RID)	Номер счета (NSCHET)	Дата счета (DSCHET)	Сумма, выставленная на оплату (SUMMAV)	Сумма, отклоненная от оплаты (по результатам ФЛК)	Вид передаваемых данных (параметр X в имени пакета)	МЭП (MEP1)	Вид ЭР (0 - основной, 1 - исправленных позиций)

¹Передается в формате.xlsx.

Описание протокола МЭК/ПМЭК (Д.7)

Код родительского элемента	Код элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике SQ018 (в соответствии с типом передаваемых данных исходного ЭР) / Комментарий
Корневой элемент (сведения о медпомощи)			
ZL_LIST	ZGLV	Заголовок файла	ZL_LIST/ZGLV
	SCHET	Счет	ZL_LIST/SCHET
	ZAP	Записи	ZL_LIST/ZAP
Заголовок файла			
ZGLV	VERSION	Версия взаимодействия	ZL_LIST/ZGLV/VERSION
	DATA	Дата	ZL_LIST/ZGLV/DATE
	FILENAME	Имя файла	ZL_LIST/ZGLV/FILENAME
	SD_Z	Количество записей в файле	ZL_LIST/ZGLV/SD_Z
	COMENT_ZGLV	Дополнительные сведения (заголовок)	ZL_LIST/ZGLV/COMENT_ZGLV
Дополнительные сведения (заголовок)			
COMENT_ZGLV	O_FILENAME	Имя исходного пакета ЭР	ZL_LIST/ZAP/COMENTZ/O_FILENAME
	RSTAMP	Региональная часть имени файла	ZL_LIST/ZGLV/COMENT_ZGLV/RSTAMP
	EP_CODE	Код результата проверки ЭП	ZL_LIST/ZGLV/COMENT_ZGLV/EP_CODE Обязателен для заполнения ТФОМС, формат данных - N(2). Указывается значение из списка: 22 - ЭП пакета - ошибок нет; ЭП счёта - ошибок нет; 23 - ЭП пакета - ошибок нет; ЭП счёта с ошибками; 24 - ЭП пакета - ошибок нет; ЭП счёта - отсутствует; 32 - ЭП пакета с ошибками; ЭП счёта - ошибок нет; 33 - ЭП пакета с ошибками; ЭП счёта с ошибками; 34 - ЭП пакета с ошибками; ЭП счёта отсутствует; 40 - ЭП пакета отсутствует
Счет			
SCHET	CODE	Код записи счета	ZL_LIST/SCHET/CODE
	CODE_MO	Реестровый номер медицинской организации	ZL_LIST/SCHET/CODE_MO
	YEAR	Отчетный год	ZL_LIST/SCHET/YEAR

Код родительского элемента	Код элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике SQ018 (в соответствии с типом передаваемых данных исходного ЭР) / Комментарий
	MONTH	Отчетный месяц	ZL_LIST/SCHET/MONTH
	NSCHET	Номер счета	ZL_LIST/SCHET/NSCHET
	DSCHET	Дата выставления счета	ZL_LIST/SCHET/DSCHET
	PLAT	Платательщик. Реестровый номер СМО.	ZL_LIST/SCHET/PLAT
	SUMMAV	Сумма счета, выставленная МО на оплату	ZL_LIST/SCHET/SUMMAV
	COMENTS	Служебное поле к счету	ZL_LIST/SCHET/COMENTS
	SUMMAP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/SCHET/SUMMAP
	SANK_MEK	Финансовые санкции (МЭК)	ZL_LIST/SCHET/SANK_MEK
	SANK_MEE	Финансовые санкции (МЭЭ)	ZL_LIST/SCHET/SANK_MEE
	SANK_EKMP	Финансовые санкции (ЭКМП)	ZL_LIST/SCHET/SANK_EKMP
Дополнительные сведения (счет)			
COMENTS	LPU_K1	Код подразделения МО, сформировавшего ЭР	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/LPU_K1
	KOD_DEV	Код разработчика ПО	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/KOD_DEV
	SANK_MEK2	Финансовые санкции (повторный МЭК)	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/SANK_MEK2
	SHTRAF	Сумма штрафа по акту	ZL_LIST/SCHET/COMENTS/SHTRAF
Записи			
ZAP	N_ZAP	Номер позиции записи	ZL_LIST/ZAP/N_ZAP
	PACIENT	Сведения о пациенте	ZL_LIST/ZAP/PACIENT
	Z_SL	Сведения о законченном случае	ZL_LIST/ZAP/Z_SL
Сведения о пациенте			
PACIENT	ID_PAC	Код записи о пациенте	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ID_PAC
	VPOLIS	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/VPOLIS

Код родительского элемента	Код элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике SQ018 (в соответствии с типом передаваемых данных исходного ЭР) / Комментарий
	SPOLIS	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS
	NPOLIS	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/NPOLIS
	ST_OKATO	Регион страхования	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ST_OKATO
	SMO	Реестровый номер СМО.	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO
	SMO_OGRN	ОГРН СМО	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_OGRN
	SMO_OK	ОКАТО территории страхования	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_OK
	SMO_NAM	Наименование СМО	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_NAM
	COMENTSP	Дополнительные сведения (пациент)	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/COMENTSP
Дополнительные сведения (пациент)			
COMENTSP	LPU_PRIK	Код МО, к которому прикреплено ЗЛ	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/COMENTSP/LPU_PRIK
	PID	Идентификатор ЗЛ ТФОМС	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/COMENTSP/PID
Сведения о законченном случае			
Z_SL	IDCASE	Номер записи в реестре законченных случаев	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDCASE
	IDSP	Код способа оплаты медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDSP
	SUMV	Сумма, выставленная к оплате	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMV
	OPLATA	Тип оплаты	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OPLATA
	SUMP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMP
	SANK	Сведения о санкциях	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK
	SANK_IT	Сумма санкций по законченному случаю	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK_IT
	COMENTS_ZS	Дополнительные сведения (законченный случай)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/COMENTS_ZS

Код родительского элемента	Код элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике SQ018 (в соответствии с типом передаваемых данных исходного ЭР) / Комментарий
Сведения о санкциях			
SANK	S_CODE	Идентификатор санкции	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_CODE
	S_SUM	Сумма финансовой санкции	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_SUM
	S_TIP	Код вида контроля	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_TIP
	SL_ID	Идентификатор случая	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/SL_ID
	S_OSN	Код причины отказа (частичной) оплаты	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_OSN
	DATE_ACT	Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/DATE_ACT
	NUM_ACT	Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/NUM_ACT
	CODE_EXP	Код эксперта качества медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/CODE_EXP
	S_COM	Дополнительные сведения (санкции)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_COM
	S_IST	Источник	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/ S_IST
Дополнительные сведения (санкции)			
S_COM	S_SHTRAF	Сумма штрафа	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_COM/S_SHTRAF
	OSN	Признак основной причины отказа	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_COM/OSN
	STATUS_EXP	Статус экспертизы	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_COM/STATUS_EXP
Дополнительные сведения (законченный случай)			
COMENTS_ZS	MEP1	Медико- экономический признак (МЭП)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/COMENTS_ZS/MEP1
	MEP2	Дополнительный медико-экономический признак (ДМЭП)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/COMENTS_ZS/MEP2
	PRIKREP	Признак прикрепления	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/COMENTS_ZS/PRIKREP

Описание файла со сведениями об объемах подушевого финансирования

Код родительского элемента	Код элемента	Тип	Формат	Наименование элемента	Комментарий
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
OB_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	OBSV	OM	S	Данные	Содержит данные об объеме подушевого финансирования
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение "3.1".
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(30)	Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
OBSV	MEP1	O	N(2)	Медико-экономический признак	Заполняется по Справочнику S007 (элемент n_mp). Поле может принимать следующие значения: 2, 8, 24.
	CODE_MO	O	T(6)	Код МО-юридического лица	Код МО-юридического лица. Заполняется по Реестру F032 (элемент "Код МО в едином реестре ОМС")
	SUM_PF	O	N(12.2)	Объем средств подушевого финансирования АПП/СМП/СТП	Объем средств подушевого финансирования АПП/СМП/СТП за отчетный месяц, с учетом оплаты внешних медицинских услуг и результатов проведенных этапов контроля качества оказанной МП. Значение поля можно рассчитать по формуле: $SUM_PF = SUM_PN - SUM_VU - SUM_UD + SUM_LR + SUM_KR$
	SUM_PN	O	N(12.2)	Объем финансирования по подушевому нормативу АПП/СМП/СТП	
	SUM_REZ	O	N(12.2)	Результативность	Размер средств, направляемых на выплаты МО-Фондодержателям в случае достижения целевых значений показателей результативности [12, Приложения №№ 2, 3, 4]. По умолчанию заполняется значением 0.
	SUM_VU	O	N(12.2)	Сумма за внешние услуги, оказанные МО - Исполнителем АПП/СМП/СТП ЗЛ, прикрепленным к МО – Фондодержателю	

Код родительского элемента	Код элемента	Тип	Формат	Наименование элемента	Комментарий
				АПП/СМП/СТП	
	SUM_UD	O	N(12.2)	Сумма, удержанная по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП, повторного МЭК, проведенных у МО – Фондодержателя АПП/СМП/СТП, всего	
	SUM_UDT	O	N(12.2)	Сумма, удержанная по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП, повторного МЭК, проведенных у МО – Фондодержателя АПП/СМП/СТП, относящимся к МП текущего года	
	SUM_LR	O	N(12.2)	Сумма доплаты по листам разногласий	Сумма доплаты по подушевому нормативу финансирования, согласованная в листах разногласий. По умолчанию заполняется значением 0.
	SUM_KR	O	N(12.2)	Сумма корректировки	Сумма корректировки подушевого норматива финансирования в связи с изменением протокольной численности. Может иметь положительные и отрицательные значения. По умолчанию заполняется значением 0.

Описание файла со сведениями об объемах финансирования ФП/ФАП

Код родительского элемента	Код элемента	Тип	Формат	Наименование элемента	Комментарий
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
OB_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	OBSV	OM	S	Данные	Содержит данные об объеме финансирования ФП/ФАП
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение "3.1".
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(30)	Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
OBSV	MEP1	O	N(2)	Медико-экономический признак	Заполняется по Справочнику S007 (элемент n_mp). Допустимое значение - 2
	CODE_MO	O	T(6)	Код МО-юридического лица	Код МО-юридического лица. Заполняется по Реестру F032 (элемент "Код МО в едином реестре ОМС")
	CODE_FAP	O	T(8)	Код ФАП МО	Заполняется по Справочнику S001 (столбец «Код подразделения МО»)
	MTB	O	N(1)	Соответствие требованиям Положения об организации оказания ПМСП взрослому населению материально-технической базы	1 - да; 0 - нет
	CNT_P	O	N(6)	Численность обслуживаемого населения	В соответствии с приказом МО
	SUM_NORM	O	N(12.2)	Финансовый размер обеспечения ФП/ФАП нормативный	
	CNT_ZS	O	N(2.2)	Число занятых ставок	
	KPU	O	N(2.5)	Повышающий поправочный	Применяется для ФП/ФАП с численностью обслуживаемого населения более 2000 человек

Код родительского элемента	Код элемента	Тип	Формат	Наименование элемента	Комментарий
				коэффициент	
	KPD	O	N(2.5)	Понижающий поправочный коэффициент	
	SUM_FAP	O	N(12.2)	Размер финансового обеспечения (в месяц) с учетом доли финансирования СМО (руб.коп.)	
	SUM_UD	O	N(12.2)	Сумма, удержанная по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП, повторного МЭК, всего	
	SUM_UDT	O	N(12.2)	Сумма, удержанная по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП, повторного МЭК, относящимся к МП текущего года	

Шаблон актуализации информации о пунктах выдачи полисов ОМС

Код страховой медицинской организации в кодировке единого реестра СМО (F002)	Порядковый номер пункта выдачи полисов¹	Фактический адрес пункта выдачи полисов²	Номер телефона пункта выдачи полисов	Дата начала действия	Дата окончания действия

Примечания:

¹ В случае изменения адреса существующего пункта выдачи полиса ОМС или открытия нового пункта СМО следует запросить у ТФОМС новый номер для присвоения данному пункту.² Заполняется полностью с указанием населенного пункта, улицы, дома, помещения.

Шаблон письма-заявки на внесение изменений в Справочники S001 и/или S002

(на бланке медицинской организации на имя директора ТФОМС)

Прошу внести прилагаемые изменения в:

- Справочник подразделений медицинских организаций – S001;
- Справочник отделений медицинских организаций – S002.

(Указать один или оба справочника, в которые вносятся изменения)

Соответствующие изменения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» внесены в ФРМО и ГИС ОМС с указанием актуальной информации о подразделении/отделении, включая OID, наименование, адрес оказания медицинской помощи, а также сведения о лицензированных видах, условиях, профилях и формах оказания медицинской помощи.

Реестровый номер медицинской организации (6-значный): 520____.

- Приложение:
1. Сведения об изменениях в справочнике на ____ л. в ____ экз.
(согласно Приложению Е.2.1)
 2. Приказ о внесении изменений в структуру медицинской организации на ____ л. в ____ экз.
 3. Положение о подразделении/отделении на ____ л. в ____ экз.
 4. Выписка из штатного расписания на ____ л. в ____ экз.

Главный врач

Приложение Е.2.1
к Положению

Шаблон приложения к письму-заявке на внесение изменений в Справочники S001 и/или S002

Сведения об изменениях в Справочнике подразделений медицинских организаций - S001

Код подразделения (8-значный, по Справочнику S001) ¹	OID подразделения (по ФРМО)	Наименование подразделения	ViPNet-адрес подразделения	Дата начала действия изменения	Вид изменения (добавление, исключение, изменение сведений)

Сведения об изменениях в Справочнике отделений медицинских организаций - S002

Код подразделения (8-значный, по Справочнику S001) ²	OID подразделения (по ФРМО) ²	Наименование подразделения ²	Код отделения (по Справочнику S002) ³	OID отделения (по ФРМО)	Код вида отделения: 1 - стационар; 3 дневное пребывание в стационаре; 7 - дневной стационар в поликлинике / стационар на дому	Код основного профиля (по Справочнику V002)	Наименование отделения	Дата начала действия изменения	Вид изменения (добавление, исключение, изменение сведений, изменение уровня оказания МП)

¹ При добавлении новых подразделений код не указывается (присваивается ТФОМС).

² Указываются сведения о подразделении МО, в которое структурно входит отделение.

³ При добавлении новых отделений код не указывается (присваивается ТФОМС).

Положение по порядку согласования и оплаты финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов/фельдшерских пунктов/фельдшерских здравпунктов

1 Общие положения

Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов/фельдшерских пунктов/фельдшерских здравпунктов (ФАП/ФП/ФЗП) рассчитывается ежемесячно на основании утвержденного норматива финансирования на ФАП/ФП/ФЗП с учетом коэффициента специфики.

В данном случае финансовый норматив выполняет функцию тарифов за оказанную медицинскую помощь.

Размер финансовых средств (финансовый норматив), предназначенных для финансирования МО, структурными подразделениями которых являются ФАП/ФП/ФЗП, устанавливается Тарифным соглашением в сфере ОМС на территории Нижегородской области [12, Приложение № 25].

Финансирование медицинских организаций, структурными подразделениями которых являются ФАП/ФП/ФЗП, осуществляется СМО ежемесячно в размере одной двенадцатой от установленного финансового норматива, с учетом доли каждой СМО, рассчитанной от числа застрахованных граждан, прикрепленных к МО, на основании протокола согласования численности на 1 декабря 2025 года. Размер доли каждой СМО установлен в Приложении Ж.1.1 и может пересматриваться по мере необходимости.

Финансирование МО осуществляется из средств, полученных СМО по дифференцированным подушевым нормативам на основании заявок СМО на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную МП.

Сумма финансирования МО по нормативу финансового обеспечения отражается в "Акте согласования размера финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП, являющихся структурными подразделениями медицинских организаций" (далее - Акт) в разрезе СМО в соответствии с Приложением Ж.1.2.

Расчеты между СМО и МО ведутся в режиме «аванс-отчет» ежемесячно. Авансирование МО производится в размере и в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

По окончании каждого месяца МО представляют в СМО реестры за пролеченных ЗЛ.

2 Порядок согласования Актов с использованием АИС «ТФОМС Нижегородской области»

В качестве инструментального средства для формирования, согласования и подписания Актов следует использовать АИС "ТФОМС Нижегородской области", модуль "СЭД" (инструкция по работе содержится в разделе "Документация" указанной АИС).

2.1 МО, структурными подразделениями которой являются ФАП/ФП/ФЗП, в срок до 05 числа расчетного месяца обязана предоставлять в филиалы ТФОМС Нижегородской области, в зоне ответственности которых она расположена (Приложение Ж1.4):

1) в случае отсутствия изменений показателей, от которых зависит размер финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП (графа 2, 3 и 7 Акта), Акт на расчетный месяц, с указанием размера финансирования, утвержденного [12], по каждой СМО;

2) при изменении показателей, от которых зависит размер финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП (графа 2, 3 и 7 Акта), по состоянию на 01 число расчетного месяца:

- письмо-обоснование за подписью главного врача в адрес Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Нижегородской области (далее - Комиссия) с указанием причины по производимым изменениям с приложением подтверждающих изменение документов (заверенной копии приказа о приеме/увольнении сотрудника);

- Акт на расчетный месяц по каждой СМО, с указанием размера финансирования с учетом изменений.

2.2 Филиалы ТФОМС Нижегородской области в срок до 20 числа расчетного месяца производят перерасчет, формируют, согласовывают Акты в АИС «ТФОМС Нижегородской области» и направляют в адрес МО для подписания;

2.3 МО в срок до 22 числа расчетного месяца подписывает Акты.

2.4 ТФОМС Нижегородской области:

- выносит на рассмотрение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Нижегородской области (далее - Комиссия) проект с изменениями к [12], формирует реестр Актов (Приложение Ж.1.3) (далее - Реестр Актов);

- на основании решения Комиссии согласовывает и подписывает Акты и Реестры Актов и направляет в адрес СМО на подписание в течении 5-ти рабочих дней со дня заседания Комиссии.

2.6 СМО в срок до 5-ти рабочих дней с даты получения согласовывает и подписывает Акты и Реестры Актов.

2.7 Подписанные всеми сторонами Акты и Реестры Актов хранятся в АИС «ТФОМС Нижегородской области».

3 Порядок согласования Актов с использованием бумажного документооборота

При отсутствии технической возможности допускается использование бумажного документооборота согласно порядку, описанному ниже.

3.1 МО, структурными подразделениями которых является ФАП/ФП/ФЗП, в срок до 05 числа расчетного месяца обязана предоставлять в филиалы ТФОМС Нижегородской области, в зоне ответственности которых она расположена:

- 1) в случае отсутствия изменений показателей, от которых зависит размер финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП (графа 2, 3 и 7 Акта), Акт на расчетный месяц с указанием размера финансирования, утвержденного [12], по каждой СМО, составленный в 3-х экземплярах, подписанный главным врачом МО;

- 2) при изменении показателей, от которых зависит размер финансового обеспечения ФАП/ФЗП (графа 2, 3 и 7 Акта), по состоянию на 01 число расчетного месяца:

- письмо-обоснование в адрес Комиссии с указанием причины по производимым изменениям за подписью главного врача с подтверждающими документами (заверенной копией приказа о приеме/увольнении сотрудника);

Акт на расчетный месяц по каждой СМО, с указанием размера финансирования с учетом изменений, составленный в 3-х экземплярах, подписанный главным врачом МО.

3.2 Филиалы ТФОМС Нижегородской области в срок до 10 числа расчетного месяца производят перерасчет, формируют, предоставляют в ТФОМС пакет Актов на расчетный месяц по каждой СМО, подписанных руководителями МО.

3.3 ТФОМС Нижегородской области:

- выносит на рассмотрение Комиссии проект с изменениями к [12], формирует Реестр Актов;
- на основании решения Комиссии согласовывает и подписывает Акты и Реестры Актов;
- направляет в СМО оригиналы Реестра Актов в 2-х экземплярах и Акты в 3-х экземплярах на подписание в течении 5-ти рабочих дней со дня заседания Комиссии.

3.4 СМО в срок до 5-ти рабочих дней с даты получения:

- согласовывает и подписывает Акты и Реестры Актов;
- с сопроводительным письмом направляет в ТФОМС Нижегородской области один экземпляр Реестра Актов и два экземпляра подписанных Актов.

3.5 ТФОМС Нижегородской области через филиалы доводит один экземпляр Акта до МО. Третий экземпляр Акта хранится в отделе тарифного регулирования ТФОМС Нижегородской области.

Приложение Ж.1.1
к Положению

**Сведения о доле финансирования медицинских организаций, имеющих
в своем составе структурные подразделения ФАП/ФП/ФЗП**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Доля финансирования по СМО		
		Нижегородский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ- Мед»	АСП ООО «Капитал МС» - Филиал в Нижегородской области	АОСП ООО «СК «Ингосстрах- М» - филиал г. Нижний Новгород
1	2	3	4	5
1.	ГБУЗ НО «Ардатовская центральная районная больница»	0,474	0,525	0,001
2.	ГБУЗ НО «Арзамасская районная больница»	0,644	0,352	0,004
3.	ГБУЗ НО «Балахнинская центральная районная больница»	0,463	0,534	0,003
4.	ГБУЗ НО «Богородская центральная районная больница»	0,816	0,177	0,007
5.	ГБУЗ НО «Большеболдинская центральная районная больница»	0,959	0,039	0,002
6.	ГБУЗ НО «Большемурашкинская центральная районная больница»	0,947	0,049	0,004
7.	ГБУЗ НО «Борская центральная районная больница»	0,565	0,43	0,005
8.	ГБУЗ НО «Бутурлинская центральная районная больница»	0,951	0,047	0,002
9.	ГБУЗ НО «Вадская центральная районная больница»	0,918	0,08	0,002
10.	ГБУЗ НО «Варнавинская центральная районная больница»	0,041	0,957	0,002
11.	ГБУЗ НО «Вачская центральная районная больница»	0,814	0,183	0,003
12.	ГБУЗ НО «Ветлужская центральная районная больница имени доктора Гусева П.Ф.»	0,034	0,964	0,002
13.	ГБУЗ НО «Волжский межрайонный медицинский центр»	0,947	0,051	0,002
14.	ГБУЗ НО «Володарская центральная районная больница»	0,891	0,106	0,003
15.	ГБУЗ НО «Воротынская центральная районная больница»	0,651	0,346	0,003
16.	ГБУЗ НО «Воскресенская центральная районная больница»	0,937	0,059	0,004
17.	ГБУЗ НО «Выксунская центральная районная больница»	0,991	0,008	0,001
18.	ГБУЗ НО «Дальнеконстантиновская центральная районная больница»	0,826	0,169	0,005

№ п/п	Наименование медицинской организации	Доля финансирования по СМО		
		Нижегородский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ- Мед»	АСП ООО «Капитал МС» - Филиал в Нижегородской области	АОСП ООО «СК «Ингосстрах- М» - филиал г. Нижний Новгород
1	2	3	4	5
19.	ГБУЗ НО «Дивеевская центральная районная больница имени академика Н.Н.Блохина»	0,089	0,91	0,001
20.	ГБУЗ НО «Княгининская центральная районная больница»	0,949	0,05	0,001
21.	ГБУЗ НО «Ковернинская центральная районная больница»	0,373	0,625	0,002
22.	ГБУЗ НО «Кстовская центральная районная больница»	0,365	0,624	0,011
23.	ГБУЗ НО «Кулебакская центральная районная больница»	0,947	0,052	0,001
24.	ГБУЗ НО «Лукояновская центральная районная больница»	0,932	0,066	0,002
25.	ГБУЗ НО «Межрайонный медицинский центр «Макарьевский»	0,906	0,091	0,003
26.	ГБУЗ НО «Межрайонный медицинский центр «Поветлужье»	0,51	0,488	0,002
27.	ГБУЗ НО «Навашинская центральная районная больница»	0,911	0,088	0,001
28.	ГБУЗ НО «Окский межрайонный медицинский центр»	0,915	0,074	0,011
29.	ГБУЗ НО «Первомайская центральная районная больница»	0,741	0,258	0,001
30.	ГБУЗ НО «Перевозская центральная районная больница»	0,855	0,144	0,001
31.	ГБУЗ НО «Пильнинская центральная районная больница»	0,963	0,036	0,001
32.	ГБУЗ НО «Покровский межрайонный медицинский центр»	0,265	0,734	0,001
33.	ГБУЗ НО «Северный межрайонный медицинский центр»	0,503	0,496	0,001
34.	ГБУЗ НО «Семеновская центральная районная больница»	0,902	0,095	0,003
35.	ГБУЗ НО «Сергачская центральная районная больница»	0,917	0,082	0,001
36.	ГБУЗ НО «Сеченовская центральная районная больница»	0,953	0,046	0,001
37.	ГБУЗ НО «Сокольская центральная районная больница»	0,109	0,889	0,002
38.	ГБУЗ НО «Сосновская центральная районная больница»	0,887	0,11	0,003
39.	ГБУЗ НО «Спасская центральная районная больница»	0,908	0,089	0,003

№ п/п	Наименование медицинской организации	Доля финансирования по СМО		
		Нижегородский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ- Мед»	АСП ООО «Капитал МС» - Филиал в Нижегородской области	АОСП ООО «СК «Ингосстрах- М» - филиал г. Нижний Новгород
1	2	3	4	5
40.	ГБУЗ НО «Тонкинская центральная районная больница»	0,243	0,755	0,002
41.	ГБУЗ НО «Тоншаевская центральная районная больница»	0,019	0,98	0,001
42.	ГБУЗ НО «Уразовская центральная районная больница»	0,97	0,029	0,001
43.	ГБУЗ НО «Чкаловская центральная районная больница»	0,781	0,216	0,003
44.	ГБУЗ НО «Шарангская центральная районная больница»	0,093	0,906	0,001
45.	ГБУЗ НО «Шатковская центральная районная больница»	0,932	0,066	0,002
46.	ГБУЗ НО «Южный межрайонный медицинский центр»	0,936	0,061	0,003

Приложение Ж.1.2
к Положению

АКТ от «__» _____ 2026 г.

согласования размера финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП, являющихся
структурными подразделениями медицинской организации

2026 г.

(месяц)

(наименование медицинской организации)

(наименование СМО)

Наименование ФАП/ФП/ФЗП	Соответствие требованиям Положения об организации оказания ПМСП взрослому населению материально- технической базы (да/нет)	Числен- ность обслуж- иваемо- го населен- ия *), (чел.)	Диапазон обслужива- емого населения по нормативу	Финансо- вый размер обеспече- ния ФАП/ФП/ ФЗП нормативн ый (тыс.руб.)	Норматив штатных должностей	Число занятых ставок	Повышающий поправочный коэффициент**	Коэффициент специфики с учетом повышающего коэф- ф-та (отд.полномочия фельдшера)	Размер финансового обеспечения (в месяц) с учетом доли финансирова- ния СМО, (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Доля финансирования СМО									
Итого, размер финансового обеспечения по медицинской организации:									

*) в соответствии с приказом МО

**) применяется для ФАП/ФП/ФЗП с численностью обслуживаемого населения более 2000 человек

Руководитель СМО

(наименование СМО)

(подпись)

(Ф.И.О. руководителя)

М.П.

Руководитель МО

(наименование МО)

(подпись)

(Ф.И.О. руководителя)

М.П.

Согласовано:

Руководитель ТФОМС Нижегородской области

(подпись)

(Ф.И.О. руководителя)

М.П.

Реестр Актов
согласования размера финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП
на _____ 2026__ года
(месяц)

(наименование СМО)

№ п/п	Медицинская организация, имеющая структурные подразделения ФАП/ФП/ФЗП	Сумма финансового обеспечения (руб.коп.)
<u>Итого:</u>		

Руководитель СМО

(наименование СМО)

(подпись)

(Ф.И.О. руководителя)

М.П.

Согласовано:
Руководитель ТФОМС Нижегородской области

(подпись)

М.П.

Зоны закрепления ГБУЗ НО по филиалам ТФОМС НО**Филиал № 1 (г. Семенов)**

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГБУЗ НО «Борская центральная районная больница»
2	ГБУЗ НО «Варнавинская центральная районная больница»
3	ГБУЗ НО «Ветлужская центральная районная больница имени доктора Гусева П.Ф.»
4	ГБУЗ НО «Волжский межрайонный медицинский центр»
5	ГБУЗ НО «Воскресенская центральная районная больница»
6	ГБУЗ НО «Ковернинская центральная районная больница»
7	ГБУЗ НО «Межрайонный медицинский центр «Поветлужье»
8	ГБУЗ НО «Покровский межрайонный медицинский центр»
9	ГБУЗ НО «Северный межрайонный медицинский центр»
10	ГБУЗ НО «Семеновская центральная районная больница»
11	ГБУЗ НО «Сокольская центральная районная больница»
12	ГБУЗ НО «Тонкинская центральная районная больница»
13	ГБУЗ НО «Тоншаевская центральная районная больница»
14	ГБУЗ НО «Шарангская центральная районная больница»

Филиал № 2 (г. Павлово)

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГБУЗ НО «Богородская центральная районная больница»
2	ГБУЗ НО «Вачская центральная районная больница»
3	ГБУЗ НО «Выксунская центральная районная больница»
4	ГБУЗ НО «Кулебакская центральная районная больница»
5	ГБУЗ НО «Навашинская центральная районная больница»
6	ГБУЗ НО «Окский межрайонный медицинский центр»
7	ГБУЗ НО «Сосновская центральная районная больница»

Филиал № 3 (г. Арзамас)

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГБУЗ НО «Ардатовская центральная районная больница»
2	ГБУЗ НО «Арзамасская районная больница»
3	ГБУЗ НО «Большеболдинская центральная районная больница»
4	ГБУЗ НО «Вадская центральная районная больница»
5	ГБУЗ НО «Дальнеконстантиновская центральная районная больница»
6	ГБУЗ НО «Дивеевская центральная районная больница имени академика Н.Н.Блохина»
7	ГБУЗ НО «Лукояновская центральная районная больница»
8	ГБУЗ НО «Первомайская центральная районная больница»
9	ГБУЗ НО «Шатковская центральная районная больница»
10	ГБУЗ НО «Южный межрайонный медицинский центр»

Филиал № 4 (г. Лысково)

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГБУЗ НО «Большемурашкинская центральная районная больница»
2	ГБУЗ НО «Бутурлинская центральная районная больница»
3	ГБУЗ НО «Воротынская центральная районная больница»
4	ГБУЗ НО «Княгининская центральная районная больница»
5	ГБУЗ НО «Кстовская центральная районная больница»
6	ГБУЗ НО «Межрайонный медицинский центр «Макарьевский»
7	ГБУЗ НО «Перевозская центральная районная больница»
8	ГБУЗ НО «Пильнинская центральная районная больница»
9	ГБУЗ НО «Сергачская центральная районная больница»
10	ГБУЗ НО «Сеченовская центральная районная больница»
11	ГБУЗ НО «Спасская центральная районная больница»
12	ГБУЗ НО «Уразовская центральная районная больница»

Филиал № 5 (г. Дзержинск)

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГБУЗ НО «Балахнинская центральная районная больница»
2	ГБУЗ НО «Володарская центральная районная больница»
3	ГБУЗ НО «Чкаловская центральная районная больница»

**Дополнительные сведения к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной
в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на
прикрепившихся лиц, за исключением амбулаторно-поликлинической помощи
по профилю «стоматология».**

[12, Приложение № 2]

1. Посещения с иными целями

Реестры заполняются по посещениям на основании данных «Талонов амбулаторного пациента».

Заполненные реестры заверяются подписями главного врача и главного бухгалтера медицинской организации, печатью медицинской организации и представляется ежемесячно на оплату в страховую медицинскую организацию.

Для целей персонифицированного учета медицинской помощи представляются также электронные реестры.

Для проверки достоверности представляемых реестров в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение «Карт амбулаторного больного» или «Истории развития ребенка» и «Талона амбулаторного пациента».

В реестр не включаются и не оплачиваются как отдельные посещения:

- обследования врачами параклинических служб;
- консультации амбулаторных больных врачами стационаров по заявкам врачей поликлиник.

2 Оказание медицинской помощи по поводу заболевания

Реестр заполняется по обращениям к врачу на основании данных «Талона амбулаторного пациента» (с указанием цели посещения - «заболевание»).

Для проверки достоверности представляемых реестров в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение «Карт амбулаторного больного», «Истории развития ребенка» и «Талона амбулаторного пациента».

3 Посещение в приемном покое стационара (при оказании неотложной помощи в приемном покое и отсутствии необходимости длительного динамического наблюдения)

Реестр заполняется по посещениям к врачу на основании данных «Журнала записи амбулаторных больных» (форма № 074/у), «Карты амбулаторного больного» (форма № 025/у), «Истории развития ребенка» (форма №112) и «Талона амбулаторного пациента».

Реестр на оплату случая оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров больным, не подлежащим госпитализации, заполняются на основании «Журнала регистрации амбулаторных больных» (форма №074/у и форма №39/у-02).

Для проверки достоверности представляемых реестров в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение «Карт амбулаторного больного», «Истории развития ребенка», «Журнала регистрации амбулаторных больных».

4 Параклинические исследования

Реестр заполняется по фактически выполненным лабораторно-диагностическим услугам за месяц на основании данных «Талона амбулаторного пациента».

Заполненные реестры заверяются подписями главного врача и главного бухгалтера медицинской организации, печатью медицинской организации и представляются ежемесячно на оплату СМО.

Для целей персонифицированного учета медицинской помощи представляются также электронные реестры.

Для проверки достоверности представляемых реестров в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение «Талонов амбулаторного пациента» и «Журнала учета работы врача ультразвуковой диагностики», «Журнала регистрации анализов и их результатов» (форма № 250/у), «Рабочего журнала лабораторных исследований» (форма № 251/у), «Журнала регистраций исследований, выполняемых в отделении (кабинете) функциональной диагностики» (форма № 157/у-93), «Журнала записи рентгенологических исследований» (форма № 050/у), «Журнала регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии» (форма № 157/у-96), «Журнала введения радиофармпрепаратов пациентам», «Журнала регистрации микробиологических и паразитологических исследований» (форма № 252/у), «Рабочего журнала микробиологических исследований» (форма № 253/у), «Журнала регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов» (форма № 254/у) и других установленных форм учета выполненных диагностических исследований.

5 Консультативная помощь

Реестры заполняются по посещениям к врачу на основании данных «Талона амбулаторного пациента».

Для целей персонифицированного учета медицинской помощи представляются также электронные реестры.

Для проверки достоверности представляемых реестров в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение «Талонов амбулаторного пациента» и «Журнала консультативных заключений», утвержденных приказом департамента здравоохранения Нижегородской области от 28.11.2005 № 1040-в «О введении формы учетной документации».

Приложение Ж.3
к Положению

**Дополнительные сведения к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной
в амбулаторных условиях, при оплате за единицу объема медицинской помощи
- за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)
[12, Приложение № 3]**

1 КТ / МРТ исследования

Формирование реестра на оплату отдельных видов диагностических услуг производится по результатам работы за месяц по фактически выполненным услугам на основании данных «Талона амбулаторного пациента» и/или на основании данных направлений на КТ-исследование и/или МРТ-исследование, сцинтиграфию и «Журнала записи рентгенологических исследований» (форма № 050/у).

Для целей персонифицированного учета медицинской помощи представляются также электронные реестры на оплату отдельных видов диагностических услуг.

Для проверки достоверности представляемых реестров счетов в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение «Талонов амбулаторного пациента», «Медицинских карт амбулаторного больного» (форма № 025/у) и «Журнала регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии» (форма № 157/у-96), «Журнала регистрации направлений» с приложением копий направлений на исследование и «Журнала записи рентгенологических исследований» (форма № 050/у).

Заполненный реестр заверяются подписями главного врача и главного бухгалтера медицинской организации, печатью медицинской организации и представляется ежемесячно на оплату СМО.

2 Посещение в приемном покое стационара (при пребывании пациента в приемном покое от 4 до 24 часов в целях оказания неотложной помощи с учетом выполнения дополнительных исследований и динамического наблюдения за пациентом)

Реестр заполняется по посещениям к врачу на основании данных «Журнала записи амбулаторных больных» (форма № 074/у), «Карты амбулаторного больного» (форма № 025/у), «Истории развития ребенка» (форма №112/у) и «Талона амбулаторного пациента».

Реестр на оплату случая оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров больным, не подлежащим госпитализации, заполняются на основании «Журнала регистрации амбулаторных больных» (форма №074/у и форма №39/у-02).

Для проверки достоверности представляемых реестров в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение «Карт амбулаторного больного», «Истории развития ребенка», «Журнала регистрации амбулаторных больных».

3 Центры здоровья

Формирование реестра для оплаты медицинской помощи по тарифу законченного случая комплексного обследования, тарифам по ОМС одного или нескольких отдельных исследований и/или услуг, не входящих в перечень комплексного обследования, производится по результатам работы ежемесячно.

Реестры заполняются по посещениям к врачу, ведущему прием в Центре здоровья, на основании «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма № 025-1/у), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834 н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в МО медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (далее - Талон амбулаторного пациента), а также:

- для взрослых: на основании данных «Карты центра здоровья» (форма 025-ЦЗ/у), утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597 н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (далее – Карта Центра здоровья);

- для детей: на основании данных «Карты центра здоровья ребенка» (учетная форма 025-ЦЗ/у-2), утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (далее – Карта Центра здоровья ребенка).

Формирование реестра для оплаты медицинской помощи по тарифу посещения застрахованных, обратившихся для динамического наблюдения к врачу, ведущему прием в Центре здоровья для взрослых или детей, тарифам одного или нескольких отдельных исследований и/или стоимости услуг производится на основании данных «Карты центра здоровья» или «Карты центра здоровья ребенка» и «Талона амбулаторного пациента» по результатам работы ежемесячно.

Для целей персонифицированного учета медицинской помощи представляются также электронные реестры.

Для проверки достоверности представляемых реестров счетов в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение «Карт центра здоровья» или «Карт центра здоровья ребенка» и «Талона амбулаторного пациента».

Приложение Ж.4
к Положению

Дополнительные сведения к Порядку оплаты медицинской помощи с применением информационных технологий [12, Приложение № 3.2]

1 Порядок оформления документации при проведении консультаций с применением информационных технологий.

1.1 Факт проведения консультаций фиксируется соответствующими записями медицинского работника в унифицированных формах медицинской документации, утвержденными министерством здравоохранения Нижегородской области.

Учет предоставления консультаций (посещений) осуществляется как МО-консультантом, так и МО-заказчиком данной услуги.

С учетом особенностей оказания медицинской помощи с применением информационных технологий, допускается оплата в один день данного вида медицинской помощи в разных медицинских организациях (МО-заказчик, МО-исполнитель).

**Дополнительные сведения к Порядку оплаты стоматологической помощи,
оказанной в амбулаторных условиях, за законченный случай лечения
заболевания в стоматологии, включённого в соответствующую
стоматологическую группу заболеваний [12, Приложение № 4]**

1 Особые случаи оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по СТГ.

1.1 СТГ sg10.004 «Профилактический осмотр», СТГ sg10.003 «Ремтерапия», проведённые застрахованному, могут быть предъявлены к оплате и оплачены за счёт средств ОМС не чаще 1 раза в 6 месяцев.

1.2 Аутофлюоресцентная диагностика полости рта (услуга A03.07.001 Люминесцентная стоматоскопия) может быть предъявлена к оплате одновременно с любой СТГ и оплачена за счёт средств ОМС не чаще 1 раза в 3 месяца.

1.3 За счёт средств ОМС законченный случай лечения по СТГ sg12.002 «Ортодонтическое лечение съёмным аппаратом для верхней челюсти» и/или СТГ sg12.003 «Ортодонтическое лечение съёмным аппаратом для нижней челюсти» может быть предъявлен к оплате и оплачен не чаще 1 раза в 6 месяцев для каждой челюсти.

1.4 Повторное лечение одного и того же зуба и/или одной и той же поверхности зуба после оплаты случая лечения в одной и той же медицинской организации в течение одного года для СТГ sg01.001 - sg01.003; СТГ sg02.001, СТГ sg03.001 - sg03.013 и шести месяцев - для СТГ sg10.001 рассматривается как повторное обращение пациента после неполного или некачественно проведённого лечения, и оплате за счёт средств ОМС не подлежит, за исключением случаев лечения молочных зубов. Медицинская организация, ранее проводившая лечение, не имеет права отказать пациенту в медицинской помощи и обязана провести повторное лечение.

2 Формирование реестра стоматологической помощи.

Формирование реестра стоматологической помощи проводится по результатам работы за месяц по фактически выполненным врачами стоматологами (зубными врачами) законченным случаям оказания медицинской помощи и медицинских услуг на основании данных, указанных в медицинской карте стоматологического больного (форма 043/у), медицинской карте ортодонтического пациента (форма 043-1/у), данных статистического талона стоматологического пациента, «Дневника работы врача-стоматолога» форма № 039-2-У, «Дневника работы врача-ортодонта» форма № 039-3-У, листка ежедневного учёта работы врача – стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники 037-у.

Для целей персонифицированного учёта медицинской помощи представляются также электронные реестры на оплату стоматологической помощи.

При формировании реестра счетов по законченным случаям оказания медицинской помощи применяются тарифы по ОМС, действующие на момент окончания лечения.

Реестры за оказанную медицинскую помощь формируются с первого числа по последнее число отчетного месяца по случаям лечения, окончившимся в отчётном периоде, независимо от даты начала лечения.

При формировании реестра по СТГ: sg01.001 – sg03.013, sg07.001 – sg07.006, sg07.013, sg07.015, sg07.016, sg07.025, sg07.029, sg10.001, sg10.002, sg11.001 (включая подгруппы) в реестре обязательно указывается номер зуба, подвергнувшегося лечению (Справочник S025); по СТГ sg01.001

– sg01.003, sg02.001 (включая подгруппы) - поверхность зуба(ов), на которой(ых) было проведено лечение (Справочник S026).

Для проверки достоверности представляемых реестров в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт стоматологического больного.

3 Положение об установлении гарантийных сроков при оказании услуг по терапевтической стоматологии за счёт средств обязательного медицинского страхования.

1) Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ»;
- Гражданским кодексом РФ;
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

2) **Гарантия качества лечения** - это определенный минимальный временной промежуток клинического благополучия пациента после лечения, в течение которого не проявляются какие-либо осложнения, и сохраняется функциональная целостность изготовленных пломб.

3) **Гарантийный срок** - это период бесплатного устранения врачом (клиникой) устранимых недостатков (мелких недоделок, выявленных после лечения и возникших не по вине пациента), а также бесплатной переделки или замены работы, повторного лечения пациента в случае выявления неустранимых недостатков, возникших после лечения не по вине пациента (например: пломба выпала, запломбированный зуб начал болеть при целостности пломбы и т.д.). Гарантийный срок исчисляется с момента завершения оказания услуги. Врач обязан сообщить пациенту срок гарантии и указать данную информацию в медицинской карте стоматологического больного.

К услугам терапевтической стоматологии, на которые распространяется гарантия, относятся услуги по лечению заболеваний кариеса, пульпита, периодонтита зубов.

Гарантия на работы и услуги по терапевтической стоматологии начинает действовать с момента завершения услуги по лечению конкретного зуба (т.е. постановки постоянной пломбы).

Признаками завершения лечения являются:

- при лечении кариеса - постановка постоянной пломбы;
- при лечении осложнений кариеса (пульпита, периодонтита) - пломбирование, перепломбирование корневых каналов с постановкой постоянной пломбы.

№ п/п	Наименование услуги	СТГ	Срок гарантии
1	Лечение поверхностного кариеса и некариозных поражений	sg01.001-sg01.003, sg02.001 (включая подгруппы)	1 год
2	Лечение среднего кариеса	sg01.001-sg01.003, sg02.001 (включая подгруппы)	1 год
3	Лечение глубокого кариеса	sg01.001-sg01.003, sg02.001 (включая подгруппы)	1 год
4	Лечение кариеса методом импрегнации	sg10.001	6 месяцев
5	Обработка и пломбирование канала (первичное)	sg03.001- sg03.004, sg03.009 (включая подгруппы)	1 год
6	Обработка и перепломбирование канала (повторное)	sg03.005- sg03.008, sg03.010-sg03.013 (включая подгруппы)	1 год

**Дополнительные сведения к Порядку применения способов оплаты
медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе
прерванных случаев лечения) и оказания высокотехнологичной медицинской
помощи [12, Приложения № 5, 6]**

1 К Порядку оплаты стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по нормативу финансовых затрат за законченный случай лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.

1.1 В один срок госпитализации при ВМП может быть предъявлено к оплате не более 1 законченного случая лечения на основании норматива финансовых затрат.

1.2 Медицинская реабилитация КС

Реестр счетов на оплату медицинской помощи формируется по соответствующей КСГ с учётом основного классификационного критерия.

Реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделений медицинских организаций, заполняется на основании медицинской карты стационарного больного, выбывшего из медицинской организации, и представляется ежемесячно на оплату в СМО.

Заполненный реестр счетов и счет заверяются подписями главного врача и главного бухгалтера медицинской организации, печатью медицинской организации. Для целей персонифицированного учета медицинских услуг представляются также электронные реестры на оплату медицинской помощи в стационаре.

Для проверки достоверности представляемых реестров счетов в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт стационарных больных, выбывших из медицинской организации. При отсутствии вышеуказанных карт в медицинских организациях предъявленные к оплате суммы считаются необоснованными.

1.3 Медицинская реабилитация ДС

Реестр на оплату медицинской помощи формируется следующим порядком: за законченный случай лечения, включенного в КСГ реабилитационного профиля предъявляется к оплате при условии выполнения основного объема лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных порядками, стандартами, протоколами и клиническими рекомендациями реабилитационной помощи.

Реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, заполняется на основании «Карты больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому, стационара дневного пребывания при стационаре)» форма № 003-2/у.

При проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) - на основании:

- «Карты больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому, стационара дневного пребывания при стационаре)» форма № 003-2/у с вкладом в медицинскую карту больного при применении методов вспомогательных репродуктивных технологий;
- направления для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС.

Реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, представляется ежемесячно на оплату СМО.

Заполненный реестр счетов и счет заверяются подписями главного врача и главного бухгалтера медицинской организации, печатью медицинской организации.

Для целей персонифицированного учета медицинской помощи представляются также электронные реестры на оплату медицинской помощи в дневном стационаре.

Для проверки достоверности представляемых реестров счетов в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт больных дневных стационаров, медицинских карт стационарных больных, проходящих лечение в медицинской организации, медицинской карты амбулаторного больного. При отсутствии вышеуказанных карт в медицинской организации, предъявленные к оплате суммы, считаются необоснованными.

Расшифровка возрастных периодов несовершеннолетних ЗЛ

Возрастной период	Расшифровка возрастного периода
Новорожденный	0 - 29 дней
1 месяц	1 месяц - 1 месяц 29 дней
2 месяца	2 месяца - 2 месяца 29 дней
3 месяца	3 месяца - 3 месяца 29 дней
4 месяца	4 месяца - 4 месяца 29 дней
5 месяцев	5 месяцев - 5 месяцев 29 дней
6 месяцев	6 месяцев - 6 месяцев 29 дней
7 месяцев	7 месяцев - 7 месяцев 29 дней
8 месяцев	8 месяцев - 8 месяцев 29 дней
9 месяцев	9 месяцев - 9 месяцев 29 дней
10 месяцев	10 месяцев - 10 месяцев 29 дней
11 месяцев	11 месяцев - 11 месяцев 29 дней
12 месяцев	12 месяцев - 12 мес 29 дней
1 год 3 месяца	1 год 3 месяца - 1 год 3 месяца 29 дней
1 год 6 месяцев	1 год 6 месяцев - 1 год 6 месяцев 29 дней
2 года	2 года - 2 года 11 месяцев 29 дней
3 года	3 года - 3 года 11 месяцев 29 дней
4 года	4 года - 4 года 11 месяцев 29 дней
5 лет	5 лет - 5 лет 11 месяцев 29 дней
6 лет	6 лет - 6 лет 11 месяцев 29 дней
7 лет	7 лет - 7 лет 11 месяцев 29 дней
8 лет	8 лет - 8 лет 11 месяцев 29 дней
9 лет	9 лет - 9 лет 11 месяцев 29 дней
10 лет	10 лет - 10 лет 11 месяцев 29 дней
11 лет	11 лет - 11 лет 11 месяцев 29 дней
12 лет	12 лет - 12 лет 11 месяцев 29 дней
13 лет	13 лет - 13 лет 11 месяцев 29 дней
14 лет	14 лет - 14 лет 11 месяцев 29 дней
15 лет	15 лет - 15 лет 11 месяцев 29 дней
16 лет	16 лет - 16 лет 11 месяцев 29 дней
17 лет	17 лет - 17 лет 11 месяцев 29 дней