

Приложение № 1
к приказу МГФОМС
№ 116 от 16.03.2020 г.

ПРАВИЛА
ФАЙЛОВОГО ОБМЕНА ДАННЫМИ В АИС ОМС
ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ УЧАСТНИКОВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Г. МОСКВЫ

Версия 1.8.2

Московский городской фонд обязательного медицинского страхования

2020

Оглавление

Введение.....	9
1. Формы отчётной документации на бумажных носителях при файловом обмене данными между участниками системы ОМС при согласовании счетов за медицинскую помощь, оказанную пациентам за отчётный период.....	10
1.1 Форма Паспорта счёта МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным СМО.....	12
1.1.1 Инструкция по заполнению Паспорта счета МО.....	13
1.2 Форма Протокола СМО приёма счёта МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным СМО за отчётный период.....	16
1.2.1 Инструкция по заполнению Протокола приёма СМО счета МО.....	18
1.3 Форма Паспорта счёта МО за медицинскую помощь, оказанную за отчётный период пациентам, застрахованным на территории другого субъекта РФ (иногородних).....	23
1.4 Форма Протокола приёма к оплате счёта МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным на территории иного субъекта РФ, за отчётный период.....	24
2. Правила расчёта стоимости медицинской помощи, оказанной пациентам за отчётный период.....	25
2.2. Основные принципы оплаты медицинской помощи в рамках системы подушевого финансирования.....	27
2.3. Особые условия оплаты медицинской помощи, оказанной в подразделении стационара, оказывающем амбулаторные услуги.....	29
2.4. Особые условия оплаты медицинской помощи, связанной с беременностью и родами.....	30
3. Протокол обмена данными между МО и СМО при согласовании счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным пациентам.....	31
3.1 Файлы отчёта МО в СМО.....	33
3.1.1 Справочники МО.....	33
3.1.2 Файлы отчетов МО по медицинской помощи, оказанной пациентам, застрахованным СМО.....	37
3.2 Отчёт СМО в МО по результату автоматизированного контроля / проведенной экспертизы персонифицированных счетов МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным за отчётный период.....	58
4. Отчёт СМО в МГФОМС по принятым персонифицированным счетам, заявленным МО за отчётный период.....	63
4.1 Отчёт СМО в МГФОМС по персонифицированным счетам МО за отчётный период.....	63
4.2. Отчёт СМО в МГФОМС по финансовому взаимодействию с МО за отчётный период.....	68
4.3. Отчёт СМО в МГФОМС о дефектах/ нарушениях, выявленных СМО в оплаченных счетах МО при проведении медико-экономической экспертизы (плановой, целевой) и экспертизы качества медицинской помощи (плановой, целевой).....	70
5. Отчёт СМО в МГФОМС по объёму и стоимости медицинской помощи, принятой СМО к оплате.....	71
5.1 Файлы отчёта СМО в МГФОМС по объёму и стоимости медицинской помощи, принятой СМО к оплате.....	71
5.2 Форма отчёта СМО по объёму и стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным МО за отчётный период, и принятой СМО к оплате.....	74
6. Протокол обмена данными МО и МГФОМС при согласовании счетов за медицинскую помощь, оказанную иногородним пациентам за отчётный период.....	76

6.1 Отчёт МО в МГФОМС по персонифицированным счетам за медицинскую помощь, оказанную иногородним пациентам.	76
6.2 Отчёт МГФОМС в МО по результату автоматизированного контроля персонифицированных счетов МО за медицинскую помощь, оказанную иногородним пациентам за отчётный период	81
7. Протокол обмена данными МО и МГФОМС при согласовании счетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в Москве, по методам ВМП профиля «онкология», в дополнение к базовой программе ОМС и проведению пренатальной диагностики не установленной базовой программой ОМС за отчётный период.	83
7.1 Отчёт МО в МГФОМС по персонифицированным счетам за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в Москве, по методам ВМП профиля «онкология», в дополнение к базовой программе ОМС и проведению пренатальной диагностики не установленной базовой программой ОМС за отчётный период.....	83
7.2 Файлы отчёта МО в МГФОМС	84
7.2.1 Справочники МО.....	84
7.2.2 Справочники МО.....	84
7.3 Отчёт МГФОМС в МО по результату автоматизированного контроля / проведенной экспертизы персонифицированных счетов МО за медицинскую помощь, по методам ВМП профиля «онкология», в дополнение к базовой программе ОМС и проведению пренатальной диагностики не установленной базовой программой ОМС за отчётный период.	90
8. НСИ АИС ОМС – перечень справочников и кодификаторов АИС ОМС	90
Кодификатор "Профиль ВМП" (promedXX).....	1128
Справочник "Тарифы лекарственных препаратов" (tarionXX).....	112
Справочник соответствия таргетных ЛС локализациям ЗНО (onoplsXX)	112
9. Описание кодов ошибок при проведении форматно-логического и семантического контроля реестров пациентов и реестров медицинских услуг.	114
9.1 Проверка записей файла «Реестр пациентов». Синтаксический контроль записей и проверка кодированной информации.....	114
9.2 Выявление дублированных записей	Ошибка! Закладка не определена. 8
9.3 Проверка связности файла реестра пациентов с файлом реестра медицинских услуг на пациентов	Ошибка! Закладка не определена.
9.4 Проверка корректности определения СМО - плательщика	Ошибка! Закладка не определена. 9
9.5 Проверка записей файлов «Реестр медицинских услуг на пациентов». Синтаксический контроль.....	Ошибка! Закладка не определена. 2
9.6 Выявление дублированных записей файла «Реестр медицинских услуг на пациентов».	Ошибка! Закладка не определена. 4
9.7 Проверка соответствия данных, приведенных в записях файла счета в кодированном виде, кодификаторам и справочникам НСИ, действующим в отчетный период.....	Ошибка! Закладка не определена. 4
9.8 Проверка корректности организации счета пациента	Ошибка! Закладка не определена. 4
9.9 Проверка корректности сведений по онкологии. .	Ошибка! Закладка не определена. 4
10. Регламент определения плательщика за оказанную медицинскую помощь.....	18270
МГФОМС по всем иногородним пациентам проводит запрос к ЦС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka5» по реквизитам застрахованного лица и ДУЛ/ СНИЛС (при наличии)/ ЕНП (для полисов единого образца типов «П», «К», «Э» при получении отрицательного ответа на запрос по ДУЛ (см. структуру запросов ниже).	1832
11. Порядок создания в подсистеме «Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц» записи о законном представителе лица, не достигшего совершеннолетия	1908
Правила файлового обмена по заявкам на изготовление полисов ОМС	1919

1. Общие положения о РС ЕРЗЛ	1919
2. Структура, формат и правила заполнения файлов отчета СМО о заявках на изготовление полисов ОМС	1942
3. Выбор алгоритма формирования заявки	2142
3.1 Определение алгоритма (сценария) при формировании заявки на изготовление полиса	2142
3.2 Описание сценариев для формирования заявок на изготовление полисов и особенности заполнения файлов заявок	205
4. Правила заполнения файлов типа <PERS> в зависимости от сценария (кода)	222
5. Отчеты МГФОМС в адрес СМО по базе данных РС ЕРЗЛ	2575
5.1 «Номерник» полисов	257
5.2 «Стоп-Лист» полисов	257
5.3 "Старт-Лист" полисов	260
6. Дополнительные сервисы АИС ОМС по запросам к РС и ЦС ЕРЗЛ	260
6.1 Структура запросов к РС ЕРЗЛ	261
6.2 Структура запросов к ЦС ЕРЗЛ	26250
7. Порядок формирования файла сообщений о результате загрузки	2631

Принятые сокращения и термины

АИС ОМС	Автоматизированная информационная система обязательного медицинского страхования
АПК	Аппаратно-программный комплекс
БД	База данных
ВМП	Высокотехнологичная медицинская помощь
ВС	Временное свидетельство – документ, подтверждающий оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное медицинское обеспечение
Документ ОМС	Полис ОМС старого образца, полис ОМС единого образца, временное свидетельство о страховании по ОМС
ДУЛ	Документ, удостоверяющий личность застрахованного лица, на основании которого выдается полис ОМС
ЕРЗЛ	Единый регистр застрахованных лиц по ОМС в РФ, организацию и поддержку которого осуществляет ФОМС
ЕНП	Номер полиса единого образца. Является идентификатором застрахованного лица в ЕРЗЛ
ЗЛ	Лицо, застрахованное по ОМС, получившее документ ОМС
Иногородний	Лицо, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте РФ
ИП	Информационная посылка
КСГ	Клинико-статистическая группа заболеваний - специализированная медицинская помощь в стационарных условиях и в дневных стационарах
МГФОМС	Московский городской фонд обязательного медицинского страхования
МО	Медицинская организация системы ОМС
МО с ПФ	Медицинская организация, финансирование которой осуществляется по подушевому принципу
МО с ГР	Медицинская организация, осуществляющая горизонтальные расчеты из средств подушевого финансирования за медицинскую помощь, оказанную по направлениям медицинских организаций их прикрепленному населению
МС	Медицинский стандарт – совокупность лечебно-диагностических технологий, оказываемых в рамках законченного случая госпитализации в стационарных условиях
МС ИС	Медико-социологическая интегральная система – портал АИС ОМС
НМП	Неотложная медицинская помощь
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
НСИ	Нормативно-справочная информация
ОМС	Обязательное медицинское страхование

ПО МО с ПФ больничного типа	Поликлиническое отделение с прикрепленным населением, которое является структурным подразделением медицинской организацией больничного типа
ППО	Прикладное программное обеспечение
ППС	Прикладная программная система
ПФ	Подушевое финансирование – способ финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по нормативу на прикрепленное население
Реестр пациентов (счетов)	Перечень пациентов МО, которым была оказана медицинская помощь по программе ОМС за отчетный период. Реестр пациентов, дополненный тарифной стоимостью медицинских услуг, оказанных пациенту МО за отчетный период и зарегистрированных в реестре услуг, определяет реестр счетов МО
Реестр услуг	Сводный перечень медицинских услуг, оказанных пациентам МО по программе ОМС за отчетный период. Связка с реестром пациентов осуществляется по документу ОМС, зарегистрированному в реестре пациентов и реестре медицинских услуг
РС ЕРЗЛ	Региональный сегмент ЕРЗЛ
СМО	Страховая медицинская организация
СМП	Скорая медицинская помощь
СП	Страховая принадлежность
Страховщик	СМО, зарегистрировавшая документ ОМС застрахованного
Счет пациента	Тарифная стоимость медицинских услуг (в единицах учета), оказанных пациенту МО по программе ОМС за отчетный период. Количество счетов МО определяется количеством пациентов, пролеченных в МО за отчетный период
ПН	Прикрепленное население - перечень застрахованных по ОМС в Москве, прикрепленных к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь
ЕАЭС	Евразийский экономический союз
ТФОМС	Территориальный фонд ОМС
ФЛК	Форматно-логический контроль
ТПН	Территориально-прикреплённое население
ФИАС	Федеральная информационная адресная система
БД ФИАС	База данных Федеральной информационной адресной системы
ФОМС	Федеральный фонд ОМС
ЦАПК	Центральный аппаратно - программный комплекс АИС ОМС
ЦВДП	Центр выпуска и персонализации полисов
ЦОИ	Центр обработки информации в ЦАПК
ЦС ЕРЗЛ	Центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц.
ЭП	Электронный полис

Законодательные и нормативные документы в системе ОМС

1. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326 - ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Правила обязательного медицинского страхования, утверждённые приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС).
3. Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.01.2011 № 29н.
4. Приказ ФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».
5. Приказ ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
6. Учет хирургических операций в рамках персонифицированного учета в сфере ОМС (исх. ФОМС от 05.04.2012 № 2194/21-4/и).
7. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, являющийся приложением к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Москвы от 24.12.2019 № 1822-ПП.

Руководящие документы по организации информационного взаимодействия в АИС ОМС:

8. Автоматизированная информационная система обязательного медицинского страхования г. Москвы. Интерфейс универсального почтового шлюза OMSGW, 2011.
9. Автоматизированная информационная система обязательного медицинского страхования г. Москвы. Протокол информационного обмена с региональным и центральным сегментами ЕРЗЛ, 2011.
10. Автоматизированная информационная система обязательного медицинского страхования г. Москвы. Протокол информационного обмена для передачи нормативно-справочной информации в корпоративной сети, 2011.
11. Инструкция по учету медицинской помощи (приложение № 3 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019).
12. Регламент ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям г. Москвы, версия от 21.02.2017.
13. Порядок расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации в рамках системы подушевого финансирования на 2020 год (приложение № 12 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019)
14. Регламент приёма-передачи данных по медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям пациентам, не идентифицированным в системе ОМС, при информационном взаимодействии в АИС ОМС участников системы ОМС (версия 1.6 от 22.11.2019).

15. Регламент приёма-передачи данных при информационном взаимодействии участников системы ОМС в АИС ОМС (версия 1.1. от 22.11.2019).
16. Описание веб-сервисов системы регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования (версия 5.0 от 12.07.2019).
17. Описание веб-сервисов подсистемы персонифицированного учёта медицинской помощи автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования (версия 5.5. от 12.07.2019).
18. Регламент создания в подсистеме «Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц» записи о законном представителе лица, не достигшего совершеннолетия, утверждённый приказом МГФОМС от 21.02.2019 № 62.

Введение.

Файловый обмен данными между участниками системы ОМС включает взаимообмен:

- между МО и СМО при согласовании реестра счетов по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по программе ОМС, на основании представленных МО персонифицированного реестра пациентов и связанного с ним реестра медицинских услуг (в единицах учета), оказанных пациентам МО за отчетный период;

- между МО и МГФОМС при согласовании счетов по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (иногородним), на основании представленных МО персонифицированного реестра иногородних пациентов и связанного с ним реестра медицинских услуг (в единицах учета), оказанных пациентам МО за отчетный период;

- между СМО и МГФОМС по отчету о персонифицированных реестрах пациентов МО, застрахованных СМО, и связанных с ними реестров оказанных МО медицинских услуг, заявленных МО за отчетный период и принятых СМО к оплате по результатам МЭК;

- между МГФОМС, СМО и МО по нормативно-справочной информации, необходимой для формирования персонифицированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования;

- между МО и МГФОМС (центром обработки данных АИС ОМС) и между СМО и МГФОМС при проведении запросов к РС ЕРЗЛ с целью идентификации пролеченного лица в РС ЕРЗЛ на период оказания медицинской помощи и установления плательщика за оказанную ему медицинскую помощь;

- между МО, СМО и МГФОМС при актуализации сведений о прикреплении застрахованных к медицинским организациям г. Москвы [13]. В данном документе файловая структура и порядок обмена не рассматриваются. Участвует параметр (МО прикреплению) как составляющая реестра пациентов и реестра медицинских услуг.

Файловый обмен данными в АИС ОМС осуществляется посредством ИП с присоединенными файлами, формат и структура которых приведены в настоящем документе. Передача-приём файлов подтверждается документацией на бумажных носителях, содержащих атрибуты переданных файлов и отдельные суммарные показатели персонифицированных счетов МО, рассчитанных по тарифу.

1. Формы отчётной документации на бумажных носителях при файловом обмене данными между участниками системы ОМС при согласовании счетов за медицинскую помощь, оказанную пациентам за отчётный период

При отсутствии электронной подписи отчетная документация на бумажных носителях служит идентификацией персонифицированного реестра пациентов и связанного с ним реестра медицинских услуг, направленных в электронном виде в адрес СМО / МГФОМС по корпоративной сети АИС ОМС. Документация содержит атрибуты передаваемых файлов и тарифную стоимость медицинских услуг, заявленных МО за отчетный период, которая рассчитывается по реестру медицинских услуг на программных комплексах заявителя (МО) и плательщика (СМО / МГФОМС).

К отчётной документации на бумажном носителе при согласовании электронной версии персонифицированных счетов между участниками системы ОМС относятся:

- Паспорт счёта МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за отчётный период;
- Протокол приёмки СМО счёта МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за отчётный период;
- Паспорт счёта МО за медицинскую помощь, оказанную пациентам, застрахованным на территории другого субъекта РФ (иногородним) за отчётный период.

Паспорт счёта МО представляет в СМО ежемесячно в составе ИП при предоставлении персонифицированных реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в СМО (электронная версия документа в формате «pdf») и на бумажном носителе в двух экземплярах – по одному для каждой из сторон.

При отсутствии в отчётном периоде пациентов, застрахованных СМО, не требуется для МО направлять в СМО отчет с пакетом «пустых» и/или «нулевых» файлов.

Протокол СМО приёмки счёта МО (в т.ч. МО с подушевым финансированием - далее МО с ПФ) за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за отчётный период, СМО представляет в МО (МО с ПФ) ежемесячно в составе ИП при предоставлении результата проведения контроля и экспертизы заявленных МО персонифицированных счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным в СМО (электронная версия текстового документа в формате «pdf») и на бумажном носителе в двух экземплярах – по одному для каждой из сторон.

При двухстороннем согласовании счёта МО (МО с ПФ) по «нулевой» ИП (при отсутствии в отчётном периоде пациентов, застрахованных в СМО) Протокол на бумажном носителе не подписывается.

К отчётной документации на бумажном носителе при согласовании электронной версии счетов между МО и МГФОМС за медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (иногородним), относятся Паспорт счёта МО за медицинскую помощь, оказанную иногородним пациентам за отчётный период.

Правила обмена бумажными носителями и их электронной версией между МО и МГФОМС полностью отвечают правилам обмена между МО и СМО при согласовании счетов на пролеченных застрахованных.

Иные документы на бумажных носителях, которыми обмениваются участники информационного обмена данными в АИС ОМС по отдельным вопросам учета медицинской помощи, оказанной в системе ОМС, устанавливаются нормативными документами по данным направлениям учета в системе ОМС.

Срок и порядок информационного обмена в АИС ОМС между МО, СМО и МГФОМС по счетам за медицинскую помощь, оказанную за отчетный период застрахованным в СМО или иногородним пациентам, приведен в нормативном документе МГФОМС «Регламент приёма-передачи данных при информационном взаимодействии участников системы ОМС в АИС ОМС» (версия 1.1 от 22.11.2019).

1.1 Форма Паспорта счёта МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным СМО.

ПАСПОРТ СЧЁТА № _____

МО _____

(наименование, округ, код)

за медицинскую помощь, оказанную по территориальной программе ОМС г. Москвы пациентам, застрахованным СМО _____

(наименование СМО, код)

за _____ 202... г.

Категория пациентов (с учетом типа прикрепления)	Кол-во записей в реестре пациентов (кол-во счетов)	Кол-во записей в реестре медицинских услуг	Стоимость по тарифу (руб., коп.)					Всего (4+5+6)	в т.ч. лекарстве нные средства (ЗНО)
			АПП МО / АПП ПО, всего	Дополнит. услуги МО	Стационарная помощь				
					Всего	в т.ч. ВМП			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1. ПМСП (терапевтический/педиатрический участок)									
2. Прикрепленные к данной МО с ПФ*					X	X		X	
3. Прикрепленные к другим МО с ПФ					X	X		X	
4. Неприкрепленные				X	X	X		X	
5. Итого по ПМСП:					X	X		X	
6. ПМСП по профилю «стоматология» (стоматологический участок)									
7. Прикрепленные к данной МО с ПФ*					X	X		X	
8. Прикрепленные к другим МО с ПФ				X	X	X		X	
9. Неприкрепленные				X	X	X		X	
10. Итого ПМСП по профилю «стоматология»:					X	X		X	
11. ВСЕГО по МО:									

От МО:

СОГЛАСОВАНО СМО:

_____ (должность, подпись, фамилия И.О.)

_____ (должность, подпись, фамилия И.О.)

Дата _____ 202...г.

МП

Протокол электронной версии заявленного счёта на пациентов:

Имя архивного файла Дата создания

Количество вложений в архивном файле, всего

Версия тарифа:

Уникальный идентификатор:

Подготовил (от МО): _____

(должность, подпись, фамилия И.О.)

Дата _____ 202...г.

Подтверждение о приемке ИС в СМО:-

Стоимость заявленного счёта:руб., коп.

Принял: _____

(должность, подпись, фамилия И.О.)

Дата _____ 202...г.

* Строка Паспорта счёта заполняется только для МО с ПФ (ПО с ПФ МО больничного типа).

1.1.1 Инструкция по заполнению Паспорта счета МО

Общие положения

ПМСП (терапевтический/педиатрический участок)

Медицинская помощь, оказанная в МО, разделяется по категории прикрепления пациентов.

Для МО с ПФ и ПО с ПФ заполняются 2-4 строки Паспорта. Для МО-участников горизонтальных расчетов без прикрепленного населения и для МО, финансирование которых проводится только по тарифу за оказанную медицинскую помощь, заполняются 3-ая (для пациентов, прикрепленных к другим МО с ПФ) и 4-я (для неприкрепленных пациентов) строки Паспорта.

Строки 5, 11 заполняются для всех МО.

Графа 4 включает:

- по строке 2 для МО с ПФ - все амбулаторно-поликлинические услуги, оказанные в данной МО прикрепленным к ней пациентам, включая услуги дневного стационара, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования, а также услуг 37043, 37048, 137043, 37044, 37049, 137044, 137049, выполненных по направлению врача-онколога (данные о специальности направившего врача доступны в ИС ПУМП. Коды специальности врача: 17, 41, 73, 82). Услуги, включенные в графу 4 (по прикрепленным пациентам), оплачиваются из средств подушевого финансирования. Услуги дневного стационара, исключенные из подушевого финансирования, учитываются в графе 5;

- по строке 2 для ПО с ПФ МО больничного типа - все амбулаторно-поликлинические услуги, оказанные в данной МО прикрепленным к ней пациентам, включая услуги поликлинического отделения с прикрепленным населением, услуги, оказанные в клиничко-диагностических отделениях и лабораториях данного МО, услуги дневного стационара, кроме услуг дневного стационара, исключенных из подушевого финансирования, и услуг, перечисленных в графе 5 по строке 2 (Дополнительные услуги МО). Услуги (графа 4) по прикрепленным пациентам оплачиваются из средств подушевого финансирования;

- по строке 3 - все амбулаторно-поликлинические услуги, оказанные в данной МО с ПФ /ПО с ПФ МО больничного типа пациентам, прикрепленным к другим МО, включая услуги центра здоровья, услуги дневного стационара, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования, и услуг, перечисленных в графе 5 по строке 3 (Дополнительные услуги МО). Правила финансирования данной группы услуг приведены в разделе 1.2.1;

- по строке 4 - только услуги первичного лечебно-диагностического приема в амбулаторных условиях или на дому.

Графа 5 включает:

- по строке 2 (для прикрепленных к данной МО пациентов):

- услуги дневного стационара, исключенные из подушевого финансирования: услуги по профилю «онкология», услуги при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), процедуры заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, а также при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохлеарной имплантации (согласно приложению № 10.1 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019);
- услуги отделения патанатомии (раздел 59/159);
- услуги, оказанные в приемном отделении МО с ПФ больничного типа;
- услуги, оказанные госпитализированным пациентам МО больничного типа, в том числе:
медицинские (симультанные) услуги, подлежащие учету одновременно с учетом медицинской помощи, оказанной в период госпитализации пациента по основному заболеванию;
- услуги, оказанные «выездной бригадой» МО с ПФ больничного типа;

- услуги из раздела "компьютерная томография" (раздел 37/137), исключенные из подушевого финансирования;
- услуги, оказанные в женских консультациях;
- услуги 37043, 37048, 137043, 37044, 37049, 137044, 137049, выполненных по направлению врача-онколога (данные о специальности направившего врача доступны в ИС ПУМП. Коды специальности врача: 17, 41, 73, 82).

- по строке 3 (для прикрепленных к другим МО с ПФ/ МО с ПФ больничного типа):

- услуги дневного стационара, исключенные из подушевого финансирования: услуги по профилю «онкология», услуги при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), процедуры заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа а также при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохлеарной имплантации (согласно приложению № 10.1 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019);
- услуги отделения патанатомии (раздел 59/159);
- услуги, оказанные в приемном отделении МО с ПФ больничного типа;
- услуги, оказанные госпитализированным пациентам МО с ПФ больничного типа в том числе:
медицинские (симультаннные) услуги, подлежащие учету одновременно с учетом медицинской помощи, оказанной в период госпитализации пациента по основному заболеванию;
- услуги, оказанные «выездной бригадой» МО с ПФ больничного типа;
- услуги, оказанные в клиничко-диагностических отделениях и лабораториях данной МО с ПФ больничного типа;
- услуги, оказанные в рамках проведения углубленных медицинских осмотров лиц младше 18 лет (в соответствии с приказом Минздрава России от 01.03.2016 № 134н), обучающихся в учреждениях, подведомственных Департаменту физической культуры и спорта города Москвы (Москомспорт);
- услуги из раздела "компьютерная томография" (раздел 37/137), исключенные из подушевого финансирования;
- услуги, оказанные в женских консультациях;
- услуги 37043, 37048, 137043, 37044, 37049, 137044, 137049, выполненных по направлению врача-онколога (данные о специальности направившего врача доступны в ИС ПУМП. Коды специальности врача: 17, 41, 73, 82).

- по строке 4 (для неприкрепленных пациентов) – не заполняется.

Услуги, перечисленные в графе 5, оплачиваются по тарифу и во взаимозачетах не участвуют.

Графы 6, 7 заполняются по строке 11 для МО с отделениями стационара круглосуточного пребывания.

Графа 6 включает медицинскую помощь, оказанную в отделении стационара круглосуточного пребывания МО, и койко-дни пребывания в стационаре (раздел 99), МС, ВМП.

ПМСП по профилю «стоматология» (стоматологический участок):

Медицинская помощь, оказанная в МО, разделяется по категории прикрепления пациентов.

Для МО с ПФ и ПО с ПФ заполняются 7,9 строки Паспорта. Строка 8 заполняется для МО включенных в приложение № 1.6.2 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019. Строка 9 для всех МО.

Строки 10, 11 заполняются для всех МО.

Графа 4 включает:

- по строке 7 для МО с ПФ/ ПО с ПФ МО больничного типа - все стоматологические услуги (9/109 раздел), оказанные в данной МО прикрепленным к ней пациентам по профилю «стоматология» (по услугам, которые отмечены кодом "р" в реестре медицинских услуг REESUSxx), кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования. Услуги из раздела 1/101: 1101, 1102, 101171, 101172. Услуги из раздела 37/137: 37043, 37044, 137043, 137044. Услуги, включенные в графу 4 (по прикрепленным пациентам), оплачиваются из средств подушевого финансирования. (Для ДСП № 28, ДСП № 30, ДСП № 41 дополнительно услуги из раздела 146, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования);

- по строке 8 – для МО включенных в приложение № 1.6.2 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019 по направлению от МО прикрепления все стоматологические услуги (9/109 раздел), оказанные в данных МО, прикрепленным по профилю «стоматология» (по услугам, которые отмечены кодом "р" в реестре медицинских услуг REESUSxx) к другим МО, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования. Услуги из раздела 1/101: 1101, 1102, 101171, 101172. Услуги из раздела 37/137: 37043, 37044, 137043, 137044.

- по строке 9 – только услуги первичного лечебно-диагностического приема в амбулаторных условиях или на дому.

Графа 5 включает:

- по строке 7 (для прикрепленных к данной МО пациентов):

- услуги из раздела "стоматология" (раздел 9/109), исключенные из подушевого финансирования;

- по строке 8, 9 не заполняется.

Услуги, перечисленные в графе 5, оплачиваются по тарифу и во взаимозачетах не участвуют.

Графы 6, 7 заполняются по строке 11 для МО с отделениями стационара круглосуточного пребывания.

Графа 6 включает медицинскую помощь, оказанную в отделении стационара круглосуточного пребывания МО, и койко-дни пребывания в стационаре (раздел 99), МС, ВМП.

1.2 Форма Протокола СМО приёма счёта МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным СМО за отчётный период.

ПРОТОКОЛ СМО _____
(наименование, код)

ПРИЁМКИ СЧЁТА МО _____
(наименование, округ, код)

за медицинскую помощь, оказанную по территориальной программе ОМС г. Москвы застрахованным пациентам

за _____ 202... г.

(месяц)

Категория пациентов МО (с учетом типа прикрепления)	Заявлено МО			Принято СМО по								Стоимость лекарственны х средств (ЗНО), заявленных МО	Стоим ость лекарс твенн ых средст в (ЗНО), принят ых СМО
	Количество записей в реестре пациентов (кол-во счетов)	Количество записей в реестре услуг	Стоимость по тарифу руб.,коп., всего	Пациентов (записей в реестре пациентов) всего	Стоимость по тарифу, руб., коп.								
					АПП МО/ ПО МО			Дополнительны е услуги в МО	Стационарная помощь		ВСЕГО (6+9+10)		
					Всего	в т.ч.			Всего	в т.ч. ВМП			
по направл		неотложн МП											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. ПМСП (терапевтический/педиатрический участок)													
2. Прикрепленные к данной МО с ПФ*						X	X		X	X		X	X
3. Прикрепленные к другим МО с ПФ									X	X		X	X
4. Неприкрепленные						X	X	X	X	X		X	X
5. Итого по ПМСП: (2+3+4)									X	X		X	X
6. ПМСП по профилю «стоматология» (стоматологический участок)													
7. Прикрепленные к данной МО с ПФ**						X	X		X	X		X	X
8. Прикрепленные к другим МО с ПФ						X	X	X	X	X		X	X
9. Неприкрепленные						X	X	X	X	X		X	X
10. Итого ПМСП по профилю «стоматология»: (7+8+9)						X	X		X	X		X	X
11. ВСЕГО по МО:													

Справочно:

*Расчитанный объём подушевого финансирования (руб., коп.) _____

*Удержано за медицинскую помощь, оказанную прикрепленным к данной МО в других МО-участниках гор. расчетов (руб., коп.) _____

*Итого к оплате счёта МО с ПФ / ПО МО с ПФ больничного типа (руб., коп.) _____

**Расчетный объем подушевого финансирования по профилю «стоматология» (руб., коп.) _____

**Итого к оплате счёта МО с ПФ / ПО МО с ПФ больничного типа (руб., коп.) _____

*/**Всего к оплате счета МО с ПФ (руб., коп.) _____

Руководитель информационной службы СМО _____

МП (подпись, фамилия и.о.)

Подготовил от СМО _____

(должность, подпись, фамилия и.о.)

Дата _____ 202...г.

Протокол электронной версии заявленного счета на пациентов:

Имя архивного файлаДата создания

Количество вложений в архивном файле, всего

Версия тарифа:

Уникальный идентификатор: – *заполняется для абонентов АИС ОМС*

Дата приёмки заявленного счёта _____

***Заполняется только для МО с ПФ (ПО с ПФ МО больничного типа). Правила заполнения Протокола соответствуют правилам, приведенным в п.1.2.1 (Инструкция).

ОЗНАКОМЛЕН:

От медицинской организации _____

МП (должность, подпись, фамилия и.о.)

Дата _____ 202...г.

1.2.1 Инструкция по заполнению Протокола приёма СМО счета МО

Общие положения

Медицинскую помощь, заявленную МО, СМО принимает по результатам проведённого форматно-логического контроля и МЭК. Для расчета средств по оплате принятой СМО медицинской помощи СМО проводит разделение счетов по категории пациентов - прикрепленные к данной МО, прикрепленные к другим МО, неприкрепленные.

ПМСП (терапевтический/педиатрический участок):

Для МО, финансирование которых проводится только по тарифу за оказанную медицинскую помощь, рассчитываются графы 6, 9, 12 по строке 3 (для пациентов, прикрепленных к другим МО с ПФ) и по строке 4 (для неприкрепленных пациентов), и по строке 5, 11. Графы 10, 11 заполняются по строке 11 Протокола. Строка 2-ая - не заполняется.

Для МО-участников горизонтальных расчетов без прикрепленного населения за оказанную медицинскую помощь рассчитываются графы 6, 7, 8, 9, 12 по строке 3 (для пациентов, прикрепленных к другим МО с ПФ) и по строке 4 (для неприкрепленных пациентов), и по строке 5, 11. Графы 10, 11 заполняются по строке 11 Протокола. Строка 2-ая - не заполняется.

Правила формирования Протокола для МО с ПФ / ПО с ПФ МО больничного типа

Для МО с ПФ и ПО с ПФ заполняются 2-4 строки и итоговые строки Протокола.

Медицинская помощь, оказанная в МО с ПФ прикрепленным к ней пациентам, оплачивается из средств подушевого финансирования.

Медицинская помощь, оказанная в ПО с ПФ МО больничного типа прикрепленным к ней пациентам, оплачивается из средств подушевого финансирования.

Графа 6 включает:

- по строке 2 для МО с ПФ - все амбулаторно-поликлинические услуги, оказанные в данной МО прикрепленным к ней пациентам, включая услуги дневного стационара, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования, а также услуг 37043, 37048, 137043, 37044, 37049, 137044, 137049, выполненных по направлению врача-онколога (данные о специальности направившего врача доступны в ИС ПУМП. Коды специальности врача: 17, 41, 73, 82). Услуги, включенные в графу 6, оказанные прикрепленным пациентам, оплачиваются из средств подушевого финансирования. Услуги дневного стационара, исключенные из подушевого финансирования, учитываются в графе 9;

- по строке 2 для ПО с ПФ МО больничного типа - все амбулаторно-поликлинические услуги, оказанные в данной МО прикрепленным к ней пациентам, включая услуги поликлинического отделения с прикрепленным населением, услуги, оказанные в клинко-диагностических отделениях и лабораториях МО, услуги дневного стационара, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования, и услуг, перечисленных в графе 9 по строке 2 (Дополнительные услуги МО). Услуги графы 6 для прикрепленных пациентов оплачиваются из средств подушевого финансирования;

- по строке 3 - все амбулаторно-поликлинические услуги, оказанные в данной МО с ПФ /ПО с ПФ МО больничного типа пациентам, прикрепленным к другим МО, включая услуги дневного стационара, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования, и услуг, перечисленных в графе 9 по строке 3 (Дополнительные услуги МО);

- по строке 4 - только услуги первичного лечебно-диагностического приема в амбулаторных условиях или на дому.

Графа 7 заполняется только по строке 3 и включает услуги, в т.ч. услуги дневного стационара, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования, оказанные в данной МО с ПФ/ ПО МО с ПФ (в поликлиническом отделении с прикрепленным населением МО больничного типа)/ МО-участников горизонтальных расчетов без прикрепленного населения пациентам, прикрепленным к другим МО с ПФ/ ПО МО с ПФ больничного типа **по направлениям**. Правила регистрации направлений и иных документов, отнесенных к направлениям, подробно приведены в описании файла счета МО. К "иным документам", которые равнозначны "направлениям", относятся: договор МО с ДШО/ ШО по оказанию медицинских услуг в дошкольных / школьных отделениях, "актив" в поликлинику бригады ССиНМП им. Пучкова, договор МО с учреждениями по проведению вакцинопрофилактики..

Графа 8 заполняется только по строке 3 (для пациентов, прикрепленным к другим МО с ПФ) и включает услуги, которые входят в группу "неотложная медицинская помощь", и приравненных к ним, а именно:

- услуги группы «неотложная медицинская помощь», отмеченные **кодом "q" реестра** медицинских услуг REESUSxx;- услуги по профилю «травматология и ортопедия», оказанные **в травмпунктах**, входящих в состав МО (для МО больничного типа – в отделении травмы в составе амбулаторно-поликлинических отделений);
- услуги, оказанные **в Центре здоровья** в составе МО (код профиля условия оказания медицинской помощи = 91), включая комплексное обследование и последующие услуги, оказанные зарегистрированным в центре здоровья пациентам.

Услуги графы 7 и 8 участвуют во взаимозачетах между МО-участниками горизонтальных расчетов.

Замечания:

1. Объем медицинских услуг, оказанных в МО с ПФ прикрепленным к другим МО с ПФ, в общем случае превышает объем медицинских услуг, стоимость которых возмещается из средств подушевого финансирования МО прикрепления. Оплата медицинских услуг, оказанных прикрепленным к другим МО с ПФ, которые не относятся к возмещаемым, осуществляется из средств подушевого финансирования МО, в которой оказаны данные услуги.
2. Медицинские услуги, оказанные в МО-участниках горизонтальных расчетов (приложение № 1.2 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019) пациентам, прикрепленным к другим МО с ПФ, не оплачиваются без направления, если не входят в группу услуг «неотложная медицинская помощь» и приравненных к ним.

Графа 9 включает:

- по строке 2 (для прикрепленных к данной МО пациентов):
 - услуги дневного стационара, исключенные из подушевого финансирования: услуги по профилю «онкология», услуги при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), процедуры заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, а также при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохлеарной имплантации (согласно приложению № 10.1 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019);

- услуги из раздела «компьютерная томография» (раздел 37/137), исключенные из подушевого финансирования;
- услуги отделения патанатомии (раздел 59/159);
- услуги, оказанные в приемном отделении МО с ПФ больничного типа;
- услуги, оказанные госпитализированным пациентам МО с ПФ больничного типа, в том числе:
 медицинские (симультанные) услуги, подлежащие учету одновременно с учетом медицинской помощи, оказанной в период госпитализации пациента по основному заболеванию;
- услуги, оказанные «выездной бригадой» МО с ПФ больничного типа;
- услуги, оказанные в женских консультациях;
- услуги 37043, 37048, 137043, 37044, 37049, 137044, 137049, выполненных по направлению врача-онколога (данные о специальности направившего врача доступны в ИС ПУМП. Коды специальности врача: 17, 41, 73, 82).

- по строке 3 (для прикрепленных к другим МО с ПФ/ МО с ПФ больничного типа):

- услуги дневного стационара, исключенные из подушевого финансирования: услуги по профилю «онкология», услуги при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), процедуры заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа а также при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохlearной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохlearной имплантации (согласно приложению № 10.1 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019);
- услуги из раздела «компьютерная томография» (раздел 37/137), исключенные из подушевого финансирования;
- услуги отделения патанатомии (раздел 59/159);
- услуги, оказанные в приемном отделении МО с ПФ больничного типа;
- услуги, оказанные госпитализированным пациентам МО с ПФ больничного типа в том числе:
 медицинские (симультанные) услуги, подлежащие учету одновременно с учетом медицинской помощи, оказанной в период госпитализации пациента по основному заболеванию;
- услуги, оказанные «выездной бригадой» МО с ПФ больничного типа;
- услуги 37043, 37048, 137043, 37044, 37049, 137044, 137049, выполненных по направлению врача-онколога (данные о специальности направившего врача доступны в ИС ПУМП. Коды специальности врача: 17, 41, 73, 82);
- услуги, оказанные в женских консультациях;
- услуги, оказанные в клиничко-диагностических отделениях и лабораториях данного МО с ПФ больничного типа;
- *услуги, оказанные в рамках проведения углубленных медицинских осмотров лиц младше 18 лет (в соответствии с приказом Минздрава России от 01.03.2016 № 134н), обучающихся в учреждениях, подведомственных Департаменту физической культуры и спорта города Москвы (Москомспорта);*

- по строке 4 – не заполняется.

Услуги, перечисленные в графе 9, оплачиваются по тарифу и во взаимозачетах не участвуют.

Графа 10 включает медицинскую помощь, оказанную в отделении стационара круглосуточного пребывания МО и включает койко-дни пребывания в стационаре (раздел 99), МС, ВМП.

Графы 10, 11 заполняются по строке 11.

ПМСП по профилю «стоматология» (стоматологический участок):

Для МО, финансирование которых проводится только по тарифу за оказанную медицинскую помощь, рассчитываются графы 6, 12 по строке 8 (заполняется для МО включенных в приложение № 1.6.2 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019) и по строке 9 (для прикрепленных пациентов по профилю «стоматология»), и по строке 10, 11. Графы 10, 11 заполняются по строке 11 Протокола. Строка 7-ая - не заполняется.

Правила формирования Протокола для МО с ПФ / ПО с ПФ МО больничного типа

Для МО с ПФ и ПО с ПФ заполняются 7,9 строки и итоговые строки Протокола.

Медицинская помощь, оказанная в МО с ПФ прикрепленным по профилю «стоматология» к ней пациентам, оплачивается из средств подушевого финансирования.

Медицинская помощь, оказанная в ПО с ПФ МО больничного типа прикрепленным по профилю «стоматология» к ней пациентам, оплачивается из средств подушевого финансирования.

Графа 6 включает:

- по строке 7 для МО с ПФ/ ПО с ПФ МО больничного типа - все стоматологические услуги (9/109 раздел), оказанные в данной МО прикрепленным к ней пациентам по профилю «стоматология» (по услугам, которые отмечены кодом "р", в реестре медицинских услуг REESUSxx), кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования. Услуги из раздела 1/101: 1101, 1102, 101171, 101172. Услуги из раздела 37/137: 37043, 37044, 137043, 137044 Услуги, включенные в графу 6 (по прикрепленным пациентам по профилю «стоматология»), оплачиваются из средств подушевого финансирования. (Для ДСП № 28, ДСП № 30, ДСП № 41 дополнительно услуги из раздела 146, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования);

- по строке 8 – для МО включенных в приложение № 1.6.2 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019 по направлению от МО прикрепления все стоматологические услуги (9/109 раздел), оказанные в данных МО, прикрепленным по профилю «стоматология» (по услугам, которые отмечены кодом "р", в реестре медицинских услуг REESUSxx) к другим МО, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования. Услуги из раздела 1/101: 1101, 1102, 101171, 101172. Услуги из раздела 37/137: 37043, 37044, 137043, 137044.

- по строке 9 – только услуги первичного лечебно-диагностического приема в амбулаторных условиях или на дому.

Графа 7, 8 не заполняются по строкам 7, 8, 9,10.

Графа 9 включает:

- по строке 7 (для прикрепленных по профилю «стоматология» к данной МО пациентов):

- услуги из раздела «стоматология» (раздел 9/109), исключенные из подушевого финансирования;

- по строке 8, 9 не заполняется.

Услуги, перечисленные в графе 9, оплачиваются по тарифу и во взаимозачетах не участвуют.

Графа 10 включает медицинскую помощь, оказанную в отделении стационара круглосуточного пребывания МО и включает койко-дни пребывания в стационаре (раздел 99), МС, ВМП.

Графы 10, 11 заполняются по строке 11.

Графы 13, 14 заполняются по строке 11.

Пояснение к заполнению реестра счетов МО на пролеченных пациентов для расчета отдельных позиций Протокола.

Услуги, оказанные пациентам любой категории в поликлиническом отделении с прикрепленным населением МО больничного типа, в счете МО выделяются обязательной ссылкой на код структурного подразделения «Поликлиника с ТПН» данного МО (см. справочник «SPRLPUxx», поле <FIL_ID>).

Услуги патанатомии (раздел 59/159), услуги из разделов "стоматология" (раздел 9/109) и "компьютерная томография" (раздел 37/137) и услуги дневного стационара, исключенные из подушевого финансирования, отмечены в реестре медицинских услуг значением "r" (параметр <TPN> справочника "REESUSxx").

Услуги, оказанные по направлению (по иным документам, отнесенным к направлениям) пациентам, прикрепленным к другим МО с ПФ, отмечаются ссылкой на наличие указанного направления в поле LPU_ORD файла счета - для МО системы ОМС – кодом МО в АИС ОМС (LPU_ID).

Услуги участковой и/или неотложной службы МО с ПФ, оказанные по сообщению бригады ССиНМП («актив» в поликлинику) пациентам, прикрепленным к другой МО с ПФ, отмечаются ссылкой на наличие сообщения бригады в поле LPU_ORD файла счета кодом 4708/ 774708.

Услуги, оказанные МО с ПФ в отделении дошкольно-школьной профилактики по договору с учреждениями ДШО/ШО пациентам, прикрепленным к другой МО с ПФ, отмечаются ссылкой на наличие указанного договора в поле LPU_ORD файла счета кодом 8888.

Затраты на услуги, выполненные по направлению (договору) в МО с ПФ / ПО с ПФ МО больничного типа, возмещаются из средств МО, к которой прикреплен пациент.

К числу услуг, оказанных прикрепленным к другим МО с ПФ, средства на оплату которых подлежат возмещению из средств подушевого норматива МО, к которой прикреплен пациент, относятся также услуги, выполненные:

- в травмпунктах (медицинские услуги по профилю «травматология и ортопедия»), входящих в состав МО, или в травматологических отделениях МО больничного типа, оказываемых амбулаторно. В счете на пациента указывается место оказания услуги – структурное подразделение (в случае, если отделение травматологии включено в состав юридического лица как самостоятельное структурное подразделение со своим кодом Fil_id) и/или специализированное отделение (фасетный код отделения);

- в центре здоровья, включая комплексное обследование и последующие услуги, оказанные пациентам, зарегистрированным в данном центре. В счете на пациента указывается место оказания услуги – специализированное отделение «центр здоровья» (фасетный код отделения в обязательном порядке должен включать ссылку на код условий оказания медицинской помощи = 91).

1.3 Форма Паспорта счёта МО за медицинскую помощь, оказанную за отчётный период пациентам, застрахованным на территории другого субъекта РФ (иногородних).

ПАСПОРТ СЧЕТА № _____
МО _____

(наименование, округ, код)

за медицинскую помощь, оказанную по территориальной программе ОМС г. Москвы пациентам, застрахованным на территории иного субъекта РФ (иногородним)

за _____ 202... г.

Количество записей в реестре пациентов (кол-во счетов)	Количество записей в реестре услуг	Стоимость по тарифу, руб., коп.					
		АПП	Стационаро-замещающая	Стационарная помощь		Всего (3+4+5)	в т.ч. лекарственные средства (ЗНО)
				Всего	в т.ч. ВМП		
1	2	3	4	5	6	7	8

От МО:

СОГЛАСОВАНО МГФОМС:

 (должность, подпись, фамилия И.О.)

 (должность, подпись, фамилия И.О.)

Дата _____ 202...г.

МП

Протокол электронной версии заявленного счета на пациентов:

Имя архивного файлаДата создания

Количество вложений в архивном файле, всего

Версия тарифа:

Уникальный идентификатор ИП:

Подготовил (от МО):

 (должность, фамилия И.О.)

 (подпись)

Дата _____ 202...г.

Подтверждение о приемке ИС в МГФОМС:

Стоимость заявленного счета: руб.,коп.

 (должность, фамилия И.О.)

 (подпись)

Дата _____ 202...г.

Примечание. Счёт по ИП с нулевыми показателями на бумажном носителе МО оформляет для предъявления в МГФОМС

1.4 Форма Протокола приёма к оплате счёта МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным на территории иного субъекта РФ, за отчётный период.

ПРОТОКОЛ МГФОМС ПРИЁМКИ К ОПЛАТЕ СЧЁТА МО _____

(наименование, округ, код)

за медицинскую помощь, оказанную по территориальной программе ОМС г. Москвы пациентам, застрахованным на территории иного субъекта РФ

за _____ **202... г.**

(месяц)

Заявлено МО			Принято МГФОМС						Стоимость лекарственных средств (ЗНО), заявленных МО, руб., коп.	Стоимость лекарственных средств (ЗНО), принятых МГФОМС, руб., коп.
Количество записей в реестре пациентов	Количество записей в реестре счетов	Стоимость, руб., коп., всего	Пациентов (записей в реестре пациентов) всего	Стоимость по тарифу, руб., коп.						
				Всего	АПП	Стационаро-замещающая	Стационарная			
Всего		в т.ч. ВМП								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Представитель МГФОМС _____
(подпись, фамилия и.о.)

СОГЛАСОВАНО:

От МО _____
(должность, подпись, фамилия и.о.)

МП
Дата _____ 202...г.

МП
Дата _____ 202...г.

Протокол электронной версии заявленного счета на пациентов:

Имя архивного файла Дата создания

Количество вложений в архивном файле, всего

в т.ч. реестров пациентов:; реестров счетов

Версия тарифа:

Уникальный идентификатор ИП: – *заполняется для абонентов АИС ОМС*

Дата приёма заявленного счёта _____

2. Правила расчёта стоимости медицинской помощи, оказанной пациентам за отчётный период

2.1 Общие положения по расчёту стоимости медицинской помощи

Методика расчета стоимости медицинской помощи разработана в отношении каждого вида оказываемой медицинской помощи и условий ее предоставления:

1) медицинская помощь, учитываемая с использованием кодов простых медицинских услуг – в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях, поликлинических отделениях стационаров (включая клиничко-диагностические отделения), приемных отделениях стационаров; патологоанатомических отделениях стационаров, отделениях реанимации и интенсивной терапии (при нахождении пациента в отделении менее 12 часов – в случае летального исхода или перевода в другую МО), в иных подразделениях стационаров, выполняющих простые медицинские услуги по направлениям поликлиник – без госпитализации пациента, а также в клинических отделениях стационаров наряду с комплексными медицинскими услугами в период стационарного лечения;

2) специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях с использованием комплексных медицинских услуг (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи);

3) высокотехнологичная медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного и дневного стационаров с использованием кодов комплексных медицинских услуг 200, 297, 300 и 397 разделов Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

Тарифы на простые и комплексные медицинские услуги указаны в приложениях к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2020 год, и справочнике НСИ «TarimuXX».

Коды простых медицинских услуг приведены в справочнике НСИ «ReesusXX».

Коды комплексных медицинских услуг приведены в справочнике НСИ «ReesmsXX».

Коды комплексных медицинских услуг высокотехнологичной медицинской помощи приведены в справочнике НСИ «ReesvpXX».

Для медицинских услуг высокотехнологичной медицинской помощи 200518 и 200522, оказанных в рамках территориальной программы ОМС (лицам, застрахованным в городе Москве), осуществляется доплата за каждый случай оказания медицинской помощи в размере, установленном приложением № 9.1 к Тарифному соглашению, с учетом результатов медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

Стоимость медицинской помощи с использованием простых медицинских услуг рассчитывается как произведение тарифа услуги на количество оказанных услуг.

Стоимость лечения в отделении дневного стационара рассчитывается как произведение тарифа пациенто-дня на количество дней лечения, за исключением:

- услуги 97041 «Лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения», оплачиваемой по законченному случаю лечения;
- услуги 97013 «Специализированная медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара взрослым, при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохlearной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохlearной имплантации» - оплата производится по законченному случаю лечения;
- услуг 97107, 97143 – 97144, 97146-97147, 97149-97155, 97157 (группа услуг «Дневной стационар онкологического профиля для проведения процедур химиотерапии») - оплата производится по законченному случаю лечения;

- услуги 97158 «Дневной стационар онкологического профиля для проведения процедур химиотерапии (Рак легкого, Колоректальный рак, Рак молочной железы, Меланома, Рак почки, Рак предстательной железы) (базовый тариф)»: в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения осуществляется оплата противоопухолевых лекарственных препаратов, использованных при лечении, согласно Перечню противоопухолевых лекарственных препаратов и ценам, установленным Тарифным соглашением на 2020 год, в соответствии с Порядком учета и оплаты противоопухолевой терапии пациентов при злокачественных новообразованиях в условиях круглосуточного и дневного стационара (приложение № 3.1 к Тарифному соглашению на 2020 год).

Возмещение стоимости противоопухолевых препаратов, использованных при лечении новообразований легкого, молочной железы, почки, предстательной железы, новообразований колоректальной локализации и меланомы, осуществляется при оплате основной медицинской услуги по базовому тарифу (использовании для учета кода медицинской услуги 97158).

Стоимость лечения в отделении круглосуточного стационара (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) рассчитывается с учетом тарифа на законченный (прерванный) случай госпитализации.

Законченный случай госпитализации оплачивается по полной стоимости тарифа комплексной медицинской услуги. Длительность нахождения пациента в стационаре при этом не учитывается, при условии соблюдения требований п. 3.3.1 Инструкции по учету медицинской помощи (приложение № 3 к Тарифному соглашению на 2020 год).

Прерванный случай госпитализации оплачивается исходя из количества койко-дней, проведенных пациентом в отделении стационара. Стоимость одного койко-дня приведена в справочнике НСИ «TarimuXX». Максимальная стоимость оплаты комплексной медицинской услуги по койко-дням не может превышать тарифа на законченный случай, установленного для данной услуги (за исключением услуги 83050, не имеющей предельной длительности).

В случае лечения пациента в рамках одной госпитализации в двух и более отделениях оплачиваются все периоды лечения (в соответствии с кодами услуг и кодами прерванности) (за исключением лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов). Одновременно оплачиваются услуги гемодиализа, дополнительные оперативные вмешательства, услуги, оказанные выездными бригадами и иные услуги, указанные в п. 3.3.15 Инструкции по учету медицинской помощи (приложение № 3 к Тарифному соглашению на 2020 год). Стоимость законченного случая лечения по МС (код «0») в отделениях реанимации и интенсивной терапии больницы для детского населения (раздел 183) рассчитывается как произведение тарифа на количество койко-дней пребывания в отделении.

При проведении взрослым пациентам противоопухолевой терапии по поводу новообразований легкого, молочной железы, почки, предстательной железы, новообразований колоректальной локализации и меланомы в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения (услуга 81094 «Круглосуточный стационар онкологического профиля для проведения процедур химиотерапии (Рак легкого, Колоректальный рак, Рак молочной железы, Меланома, Рак почки, Рак предстательной железы) (базовый тариф)») осуществляется оплата противоопухолевых лекарственных препаратов, использованных при лечении, согласно Перечню противоопухолевых лекарственных препаратов и ценам, установленным Тарифным соглашением на 2020 год, в соответствии с Порядком учета и оплаты противоопухолевой терапии пациентов при злокачественных новообразованиях в условиях круглосуточного и дневного стационара (приложение № 3.1 к Тарифному соглашению на 2020 год). Возмещение стоимости противоопухолевых препаратов, использованных при лечении новообразований легкого, молочной железы, почки, предстательной железы, новообразований колоректальной локализации и меланомы, осуществляется при оплате основной медицинской услуги по базовому тарифу (использовании для учета кода медицинской услуги 81094).

Стоимость лечения в отделении круглосуточного стационара (высокотехнологичная медицинская помощь) оплачивается по полной стоимости тарифа на комплексную медицинскую услугу. Длительность нахождения пациента в стационаре при этом не учитывается. Дополнительные услуги, оказанные в период госпитализации (включая, периоды нахождения в других отделениях (в том числе, реанимационном), гемодиализ, дополнительные оперативные вмешательства и др.), не оплачиваются.

Таблица расчёта длительности госпитализации и стоимости медицинских услуг, оказываемых в дневном и круглосуточном стационарах

Параметр	Схема учёта услуг									
	ВМП в КС (200 / 300 раздел)	ДС (97, 197)	МС	83 раздел	183 раздел	Услуга 81094	97041, 97013/ 197013	97107, 97142- 97157	Услуга 97158	ВМП в ДС (397 / 297 раздел)
В файле услуг (S) поле K_U	В каждом движении одного кода KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1) В K_U идёт сумма KD_FACT всех движений одного кода в случае	K_U = Разность дат начала D1 и конца D2 случая (с вкладки «Госпитализация») при условии, что в одном случае все движения ОДНОГО кода: • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)	В каждом движении одного кода KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1) В K_U идёт сумма KD_FACT всех движений одного кода в случае	K_U = KD_FACT каждого движения любого кода 83 = : • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)	KD_FACT = : • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1) В K_U идёт сумма KD_FACT всех движений одного кода в случае	В каждом движении одного кода KD_FACT = • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1) В K_U идёт сумма KD_FACT всех движений одного кода в случае	K_U = Разность дат начала D1 и конца D2 случая (с вкладки «Госпитализация») при условии, что в одном случае все движения ОДНОГО кода: • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)	K_U = Разность дат начала D1 и конца D2 случая (с вкладки «Госпитализация») при условии, что в одном случае все движения ОДНОГО кода: • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)	K_U = Разность дат начала D1 и конца D2 случая (с вкладки «Госпитализация») при условии, что в одном случае все движения ОДНОГО кода: • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)	K_U = Разность дат начала D1 и конца D2 случая (с вкладки «Госпитализация») при условии, что в одном случае все движения ОДНОГО кода: • D2 – D1 (если D2 не равно D1); • 1 (если D2 = D1)
В файле услуг (S) поле KD_FACT		В KD_FACT идёт сумма фактических пациенто-дней всех движений одного кода в случае					В KD_FACT идёт сумма фактических пациенто-дней всех движений одного кода в случае	В KD_FACT идёт сумма фактических пациенто-дней всех движений одного кода в случае	В KD_FACT идёт сумма фактических пациенто-дней всех движений одного кода в случае	В KD_FACT идёт сумма фактических пациенто-дней всех движений одного кода в случае

Параметр	Схема учёта услуг									
	ВМП в КС (200 / 300 раздел)	ДС (97, 197)	МС	83 раздел	183 раздел	Услуга 81094	97041, 97013/ 197013	97107, 97142- 97157	Услуга 97158	ВМП в ДС (397 / 297 раздел)
В файле услуг (S) поле Tip	v		Код прерывания последнего по дате движения с указанным кодом МС в ф66 (при схлопывании)	Код прерывания каждого движения с указанным кодом 83 в ф66	Код прерывания последнего по дате движения с указанным кодом 183 в ф66 (при схлопывании)	Код прерывания последнего по дате движения с указанным кодом 81094 в ф66 (при схлопывании)	-	Код прерывания последнего по дате движения с указанным кодом МС в ф66 (при схлопывании)	Код прерывания последнего по дате движения с указанным кодом МС в ф66 (при схлопывании)	v
Стоимость услуг по справочнику tarimu	TARIF	STKD * KD_FACT, кроме отдельно регламентированных услуг	Для ЗС: TARIF Для ПС: • STKD*K_U • TARIF, если (STKD * K_U) > TARIF	STKD * K_U для каждого движения любого кода 83	STKD * K_U	Для ЗС: TARIF Для ПС: • STKD*K_U • TARIF, если (STKD * K_U) > TARIF	TARIF	Для ЗС: TARIF Для ПС: • STKD*K_U • TARIF, если (STKD * KD_FACT) > TARIF	Для ЗС: TARIF Для ПС: • STKD*K_U • TARIF, если (STKD * KD_FACT) > TARIF	TARIF
Стоимость ЛС по справочнику TARION	-	-	-	-	-	Стоимость всех использованных ЛС в случае, с датами использования не ранее 01.04.2019	-	-	Стоимость всех использованных ЛС в случае, с датами использования не ранее 01.04.2019	-
ограничения DS Диагноз	В соответствии с правилами МЭК	В соответствии с правилами МЭК	В соответствии с правилами МЭК	В соответствии с правилами МЭК	В соответствии с правилами МЭК	В соответствии с правилами МЭК	В соответствии с правилами МЭК	В соответствии с правилами МЭК	В соответствии с правилами МЭК	В соответствии с правилами МЭК

2.2. Основные принципы оплаты медицинской помощи в рамках системы подушевого финансирования

Порядок расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации в рамках системы подушевого финансирования на 2020 год, приведен в приложении № 12 к Тарифному соглашению.

В рамках системы горизонтальных расчетов:

1) дополнительно к объему средств, рассчитанных по подушевым нормативам на прикрепившихся лиц, медицинская организация получает финансовые средства за медицинские услуги, оказанные лицам, прикрепившимся к иной медицинской организации, финансируемой по подушевым нормативам;

2) объем средств, рассчитанных по подушевым нормативам на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, уменьшается в случае оказания прикрепившимся лицам медицинских услуг в иной медицинской организации, с целью возмещения средств, затраченных на оказание медицинских услуг;

В число медицинских услуг, которые участвуют в горизонтальных расчетах, включены:

- медицинские услуги, оказанные лицам, прикрепившимся к другим МО, по направлению, включая "актив" бригады ССиНМП;

- медицинские услуги, оказанные в отделениях профилактики ДШО/ШО по договору МО прикрепления с учреждениями ДШО/ШО;

- услуги вакцинопрофилактики, оказанные по договору МО прикрепления с учреждением-исполнителем;

- медицинские услуги по профилю «травматология и ортопедия», оказанные в травмпунктах в составе городских поликлиник и больниц (в травматологическом отделении поликлиники, входящей в структуру больницы);

- комплексное обследование в центре здоровья и последующие медицинские услуги, оказанные пациентам, зарегистрированным в центре здоровья;

- медицинские услуги из группы "неотложная медицинская помощь", оказанные лицам, прикрепившимся к другим МО (справочник НСИ «REESUSxx», параметр «TPN» = «q»);

- медицинская помощь в дневном стационаре, кроме услуг, исключенных из подушевого финансирования, оказанная лицам, прикрепившимся к другим МО, по направлению.

В счете пациента амбулаторно-поликлинической МО (отделения) при наличии ссылки на письмо Москомспорта о проведении углубленных медицинских осмотров несовершеннолетних - данная услуга оплачивается по тарифу и во взаимозачетах не участвует.

Дополнительно для МО-участников горизонтальных расчетов оплачивается медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

2.3. Особые условия оплаты медицинской помощи, оказанной в подразделении стационара, оказывающем амбулаторные услуги

Порядок оплаты работы поликлинического отделения, имеющего прикрепившихся лиц, входящего в структуру стационара, соответствует правилам, установленным для медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевым нормативам (далее - МОПФ). Услуги, оказанные в поликлинических отделениях стационара прикрепившимся к данной медицинской организации лицам, оплачиваются из объема средств ОМС, рассчитанных по подушевым нормативам финансирования.

Услуги, оказанные в консультативно-диагностических и иных отделениях стационаров (кроме поликлинического отделения с подушевым финансированием) по назначению врача данного отделения лицам, прикрепившимся к другим медицинским организациям, исключаются из системы горизонтальных расчетов.

При выполнении госпитализированным пациентам биопсии, цитологических и/или иных исследований в другой медицинской организации, эти услуги учитываются медицинской

организацией-исполнителем, как выполненные в амбулаторных условиях, и оплачиваются в соответствии с тарифами на медицинские услуги в системе ОМС города Москвы при наличии в первичной медицинской документации направления медицинской организации – заказчика. При расчете со стационаром, в котором пациент получал медицинскую помощь, оплачивается лечение по тарифу соответствующей медицинской услуги.

Дополнительно оплачивается медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

2.4. Особые условия оплаты медицинской помощи, связанной с беременностью и родами

Оплата медицинских услуг, связанных с наблюдением беременной и родами осуществляется с использованием тарифов соответствующих простых и комплексных медицинских услуг.

Медицинские услуги, оказанные в период беременности по поводу заболеваний иных органов и систем (экстрагенитальная патология), такие как консультации врачей-специалистов (за исключением врачей акушеров-гинекологов), диагностические исследования, лечебно-профилактические мероприятия и др., оказываются по месту прикрепления пациентки. Учет и оплата медицинской помощи в данных случаях осуществляется на общих основаниях, в соответствии с правилами, изложенными в соответствующих разделах настоящей Инструкции.

При условии выполнения в одной медицинской организации следующих требований:

- постановка женщин на учет в срок до 12 недель беременности;
- наблюдение пациенток в период беременности с выполнением всех необходимых диагностических и лечебных процедур;
- родовспоможение в данной медицинской организации (одно юридическое лицо);
- наблюдение и лечение женщин в течение 42 дней в послеродовом периоде в данной медицинской организации

осуществляется доплата в виде разницы между суммарной стоимостью оказанных медицинских услуг и нормативом подушевого финансирования на женщин в период беременности, родов и послеродового периода.

При отсутствии возможности выполнения в данной медицинской организации отдельных скрининговых и лабораторных исследований, проведение их возможно в других медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС (в том числе в соответствии с распорядительными документами Департамента здравоохранения города Москвы); наличие направления на исследования обязательно. Оказание данных медицинских услуг не является причиной отказа в доплате в виде разницы между суммарной стоимостью оказанных медицинских услуг и нормативом подушевого финансирования на женщин в период беременности, родов и послеродовый период.

3. Протокол обмена данными между МО и СМО при согласовании счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным пациентам

Формат файлов - MS-DOS DBASE-III; кодовая страница – «866», регистрация кодовой страницы имени файла - обязательна. При представлении пакета отчётных файлов за отчётный период номер месяца и последняя цифра отчётного месяца mmy регистрируется как расширение файла формата dbf.

Перечень файлов взаимобмена МО и СМО при согласовании счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за отчётный период, приведён в таблице 1.

Таблица 1

№	Имя файла	Содержание	Примечание
---	-----------	------------	------------

1	H+код МО.mmy	Статистический отчет МО о половозрастном составе застрахованного в Москве территориально-прикрепленного населения, всего (без распределения по СМО) по профилю терапия / педиатрия	МО – СМО Обязателен для МО с ПФ) по профилю терапия / педиатрия
2	D+ код МО.mmy	Справочник отделений МО	МО – СМО Обязателен
3	NV+код МО. mmy	Справочник специалистов - исполнителей медицинских услуг	МО – СМО Обязателен
4	R+код СМО.mmy	Реестр пролеченных пациентов, застрахованных СМО	МО – СМО. Обязателен при наличии пациентов, застрахованных в СМО. При отсутствии застрахованных направляется «пустой» файл
5	S+код СМО.mmy	Реестр медицинских услуг, оказанных пролеченным пациентам, застрахованным СМО	МО – СМО Обязателен при наличии пациентов, застрахованных в СМО. При отсутствии застрахованных направляется «пустой» файл
6	HO+код СМО.mmy	Перечень хирургических операций при применении МС в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного)	МО – СМО Обязателен при наличии случаев применения хирургических операций при лечении пациента стационара по МС
7	SPR+код МО.mmy	Справочник «Версии элементов НСИ, использованные при оформлении счета МО» за месяц «тту»	МО – СМО Обязателен.
8	S_+код СМО+mmy.pdf	Счет МО – электронная версия Паспорта счета МО на бумажном носителе	МО – СМО Обязателен
9	CTRL+код СМО.dbf	Перечень ошибочных записей счетов МО за отчётный месяц, не принятых СМО по результатам МЭК	СМО – МО Обязателен при не нулевом счете МО
10	ME+код СМО+код МО .dbf	Отчёт СМО о результате МЭЭ и ЭКМП оплаченных счетов МО	СМО – МО (при наличии снятых с оплаты счетов МО при проведении МЭЭ и ЭКМП)
11	Pr+код СМО+mmy.pdf	Протокол СМО приемки счета МО - электронная версия Протокола СМО на бумажном носителе	СМО – МО Обязателен
12	UD+код СМО+код МО с ПФ.dbf	Перечень услуг, стоимость которых удержана СМО при горизонтальных расчетах между МО	СМО – МО с ПФ Обязателен для МО с ПФ при не нулевом счете МО с ПФ
13	UP+код СМО+код МО с ПФ.dbf	Перечень услуг, оказанных прикрепленным к другим МО с ПФ, стоимость которых не подлежит возмещению при взаимозачетах	СМО – МО с ПФ Обязателен для МО с ПФ при наличии услуг данной категории
14	ONK_SL + код СМО.mmy	Сведения о случае лечения онкологического заболевания	
15	ONK_USL + код СМО.mmy	Сведения об услуге	
16	ONK_CONS + код СМО.mmy	Сведения о консилиуме	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся в случае проведения консилиума. В случае отсутствия консилиума допускается создание записи с PR_CONS = 0, либо отсутствие записи в файле.
17	ONK_LS + код СМО.mmy	Сведения о лекарственном препарате	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся в случае проведения лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии. Допускается создание записи при иных типах услуги.

18	ONK_NAPR_V_OUT + код СМО.mmy	Сведения о цели исходящего направления	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся только в случае выдачи направления.
19	ONK_DIAG + код СМО.mmy	Сведения о диагностическом показателе	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся только в случае забора материала на исследование или получения результата диагностики.
20	ONK_PROT + код СМО.mmy	Сведения о противопоказании или отказе	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся только в случае регистрации противопоказания или отказа.
21	HS+код МО.mmy	Статистический отчет МО о половозрастном составе застрахованного в Москве территориально-прикрепленного населения, всего (без распределения по СМО) по профилю стоматология	МО – СМО Обязателен для МО с ПФ по профилю стоматология

В качестве кода МО в имени файлов применяется идентификатор МО – значение «Lpu_id» по справочнику медицинских организаций, включённых в реестр МО системы ОМС г. Москвы.

В качестве кода СМО в имени файлов применяется код СМО в системе ОМС – значение «qq» по справочнику страховых медицинских организаций, включённых в реестр СМО системы ОМС города Москвы.

В состав отчёта МО по счетам за медицинскую помощь, оказанную застрахованным, МО с ПФ включает файлы, представленные в таблице 1 №№ 1 - 8; остальные МО - с №№ 2 - 8. Код сообщения при формировании ИП = «1».

В состав отчёта СМО о результатах приемки счета МО за медицинскую помощь СМО в общем случае включает файлы №№ 9 - 11, для МО с ПФ - №№ 9 - 13. Код сообщения при формировании ИП = «1».

3.1 Файлы отчёта МО в СМО

3.1.1 Справочники МО

Файл Н+ код МО.mmy — «Прикрепленное население МО с ПФ»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	RECID	Char	6	Уникальный идентификатор строки
2	NAS1	Num	6	до 1 года
3	NAS2	Num	6	1 год -4 года
4	NAS3	Num	6	5 лет - 17 лет
5	NAS4	Num	6	18 - 59 лет мужчины
6	NAS5	Num	6	18 лет- 54 года женщины
7	NAS6	Num	6	60 лет - 64 года мужчины
8	NAS7	Num	6	55 лет - 64 года женщины
9	NAS8	Num	6	65 лет и старше мужчины
10	NAS9	Num	6	65 лет и старше женщины

**Файл HS+ код МО.mtu — «Прикрепленное население МО с ПФ
(стоматология)»**

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	RECID	Char	6	Уникальный идентификатор строки
2	NAS1	Num	6	до 1 года
3	NAS2	Num	6	1 год -4 года
4	NAS3	Num	6	5 лет - 17 лет
5	NAS4	Num	6	18 - 59 лет мужчины
6	NAS5	Num	6	18 лет- 54 года женщины
7	NAS6	Num	6	60 лет - 64 года мужчины
8	NAS7	Num	6	55 лет - 64 года женщины
9	NAS8	Num	6	65 лет и старше мужчины
10	NAS9	Num	6	65 лет и старше женщины

Данные справочники предоставляется МО, имеющей территориально-прикрепленное население, финансирование которых осуществляется по подушевому принципу. Актуализируется ежемесячно. Сведения о прикреплении устанавливаются по Актам сверки между МО и СМО сведений о прикреплении застрахованных. Правила обмена данными между СМО и МО по прикреплению, приведены в соответствующих регламентах [Регламент приёма-передачи данных при информационном взаимодействии участников системы ОМС в АИС ОМС (версия 1.1. от 22.11.2019). Регламент ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям г. Москвы, версия от 21.02.2017.

Файл <D+код МО.mtu> — «Справочник отделений МО»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID	Char	6	Уникальный идентификатор строки	Заполнение обязательно
2	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО как юридического лица	Заполнение обязательно
3	FIL_ID	Num	6	Идентификатор филиала МО.	При отсутствии филиала повторяется идентификатор МО. Заполнение обязательно
4	MCOD	Char	7	Код МО (филиала МО) по справочнику "SprlpuXX" (значение параметра "mcod")	Заполнение обязательно
5	IOTD	Char	8	Уникальный фасетный код отделения МО (отделения филиала МО)	Правила формирования кода отделения приведены ниже Заполнение обязательно
6	NAME	Char	100	Наименование отделения МО (отделения филиала МО)	Заполнение обязательно
7	PR_NAME	Char	100	Наименование профиля отделения по кодификатору ФОМС (значение параметра < PR_NAME > в справочнике "PrV002XX")	Заполнение обязательно
8	CNT_BED	Num	5	Количество коек отделения (в т.ч. отделения дневного стационара) / Расчетное кол-во приемов в смену (для АПУ)	Заполнение обязательно

Правила формирования кода отделения (структурного подразделения, кабинета) МО (филиала МО).

Фасетный код отделения МО (отделения филиала МО) состоит из 4 показателей ВHXF и строится по следующим правилам:

- В – символ, определяющий возраст пациентов отделения: "1" - взрослое (от 18 лет и старше), "2" - детское (до 17 полных лет включительно), "3" - смешанное (границы возраста не установлены);

- Н – двухзначный код условия оказания медицинской помощи. Устанавливается по кодификатору НСИ АИС ОМС "ProfotXX", параметр <Otd>. В обязательном порядке выделяются:

- дневной стационар в составе отделений МО (<80>, <81>);
- центр здоровья (<91>);
- приёмное отделение больничного учреждения без штатных коек (<73>);
- приёмное отделение больничного учреждения с коечным фондом (<70>);
- женская консультация в составе амбулаторно-поликлинического центра/ больничного учреждения / родильного дома (<08>);
- выездная бригада больничного учреждения (<93>);
- отделение патанатомии (<85>).

Для остальных отделений амбулаторно-поликлинических учреждений (в т.ч. для отделений филиалов поликлиник, стоматологических поликлиник и т.д.) и поликлинических отделений с прикрепленным населением МО больничного типа код условия равняется <00>, для консультативно-диагностических поликлиник в составе больничного учреждения код условия равен <01>. Для отделений стационаров круглосуточного пребывания код условия выбирается в соответствии с профилем койки (кодификатор НСИ АИС ОМС "ProfotXX", параметр <Otd>). Например, для отделения нефрологии больничного учреждения код условия <17>, для кабинета нефролога МО с ПФ код условия <00>, для кабинета консультативной поликлиники в составе больничного учреждения код условия <01>;

- Х – трехзначный код профиля отделения МО (филиала МО) по кодификатору ФОМС (НСИ АИС ОМС «PrV002XX», параметр <profil>).

В отделении стационара с дневным или круглосуточным пребыванием профиль отделения устанавливается по профилю коек.

Для амбулаторно-поликлинической МО (филиала МО) в качестве кода отделения, помимо собственно отделений (например, отделение травматологии - профиль <100>, стоматологическое отделение - профиль <085> / <086> и т.д.) указываются специализированные кабинеты (например, кабинет ревматолога - профиль <077>, кабинет невролога - <053>, кабинет окулиста - <065> и т.д.) и лаборатории.

Лаборатории в составе МО описываются как "отделение клинической лабораторной диагностики" - профиль <034> и/или "отделение лабораторной диагностики" - профиль <038>. Код условия выбирается в соответствии с типом учреждения – для лаборатории в составе амбулаторно-поликлинического учреждения код <00>, больничного - <01>.

Примеры сочетаний условия оказания помощи и профиля отделения:

- отделение травматологии в АПУ кодируется <92100>, в больнице – <27100>;
- отделение дневного стационара в АПУ и больнице (профиль показан с учетом возраста пациентов):

1. с койками терапевтического / педиатрического профиля - <180097> /<280068> и <181097> /<281068>;
2. с койками хирургического профиля / хирургического профиля в педиатрии - <180112> /<280020> и <181112> /<281020>;
3. с койками гематологического профиля - <180012> и <181012>;
4. с койками восстановительного лечения детей - <280158> либо <280068> и <281158> либо <281068> (по усмотрению МО).
5. метод ЭКО (в отделении дневного стационара + взрослое население) - <180137> и <181137>.

Примеры кодов отделений (кабинетов) в амбулаторно-поликлинической и больничной МО:

- кабинет невролога в детской городской поликлинике <200053>;
- кабинет невролога в консультативной поликлинике городской больницы <101053>;
- кабинет нефролога в городской поликлинике для взрослого населения <100056>;
- кабинет нефролога в консультативной поликлинике больничного учреждения <101056>;
- кабинет нефролога в поликлиническом отделении с прикрепленным населением МО больничного учреждения <100056>;
- отделение нефрологии (с коечным фондом) в больничном учреждении для взрослого населения <117056>.

- F - уникальный для данного МО (филиала МО) двухзначный код (сочетание цифр и букв любого алфавита), который разделяет отделения одного профиля в одном МО; например, в больничном учреждении - первое отделение нефрологии, второе отделение нефрологии записываются одинаковым кодом условия и профиля с разными ссылками на наименование: <117056a1> и <117056a2> или <11705601> и <11705602>.

Файл <NV+ код МО.mmy> -

"Справочник специалистов - исполнителей медицинской помощи МО"

В справочнике указываются персональные данные исполнителя, его код, специальность и отделение (кабинет) МО, где данный исполнитель работает по указанной специальности. Для больничных учреждений при лечении в отделении круглосуточного стационара в качестве исполнителя указывается лечащий врач пациента.

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	PCOD	Char	10	Идентификационный код (номер) медицинского специалиста, уникальный для данного МО или филиала МО.	Допускаются любые буквенные и цифровые символы, а также знаки "-", "/", "_", "()". Пробел в качестве разделителя идентификатора не допускается. Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер действующего документа ОМС специалиста (в т.ч. номер полиса единого образца) вне зависимости от ТФОМС, выдавшей полис.	Заполнение обязательно.
3	FAM	Char	40	Фамилия (кириллица) специалиста.	Первая буква заглавная, далее строчные. Каждая часть составной фамилии начинается с заглавной буквы. Записывается через тире или пробел в соответствии с записью в документе ОМС. Заполнение обязательно
4	IM	Char	40	Имя специалиста.	Аналогично фамилии. Заполнение обязательно
5	OT	Char	40	Отчество специалиста.	Аналогично фамилии. При отсутствии в документе ОМС не заполняется
6	DR	Char	8	Дата рождения (ГГГГММДД)	Заполнение обязательно
7	W	Num	1	Пол (1 - мужской, 2 - женский)	Заполнение обязательно
8	FIL_ID	Num	6	Идентификатор филиала МО; для головной организации указывается идентификатор МО.	При отсутствии филиала повторяется идентификатор МО LPU_ID. Заполнение обязательно
9	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО	Заполнение обязательно

10	PRVS	Num	4	Специальность (кодификатор НСИ АИС ОМС «SpV015XX», параметр «Code»)	Заполнение обязательно
11	D_SER	Date	8	Дата выдачи сертификата	Заполнение обязательно
12	D_SER2	Date	8	Дата выдачи второго сертификата	Заполняется, если в течение отчётного периода действовали последовательно два сертификата на одну специальность
13	D_PRIK	Date	8	Дата приема на работу по данной специальности	Заполнение обязательно
14	IOTD	Char	8	Код отделения МО, в котором специалист работает по данной специальности, по справочнику отделений "D+код МО" (указывается значение параметра <iotd>)	Заполнение обязательно
15	LGOT_R	Char	1	Метка о включении данного специалиста в перечень врачей, имеющих право выписки льготного рецепта ("1")	
16	C_OGRN	Char	15	Общероссийский государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинского учреждения.	Заполнение обязательно.

МО регистрирует специалистов - исполнителей, включенных в счет за оказанную МО медицинскую помощь, принятых на работу в отчетном периоде, исключает из справочника уволенных в месяце, предшествующем отчётному, обновляет данные о сроке получения исполнителем сертификата по специальности. При получении сертификатов по новой специальности – дополняет справочник «NV».

3.1.2 Файлы отчетов МО по медицинской помощи, оказанной пациентам, застрахованным СМО

Файл <R+код СМО.mtu>

«Реестр пациентов, застрахованных СМО г. Москвы»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки.	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС (полиса) пациента / матери или иного законного представителя новорожденного, не имеющего свидетельства о рождении (далее – незарегистрированного новорожденного)	Заполнение обязательно
3	TIP_P	Char	1	Тип документа ОМС (полиса): "С" - полис старого образца "В" - временное свидетельство Е - временное свидетельство в форме электронного документа "П" - полис единого образца на бумажном носителе "К"(кириллица) - полис в составе УЭК "Э" – электронный полис "Х"(кириллица) - Состояние на учёте без полиса ОМС (используется для состояний на учёте, возникших при распределении по СМО застрахованных лиц, не подавших заявление на выбор СМО)	Заполнение обязательно
4	QQ	Char	2	Идентификатор СМО по справочнику "SprsmoXX".	НСИ АИС ОМС. Заполнение обязательно

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
5	ENP	Char	16	Идентификатор ЗЛ в системе ОМС (номер действующего полиса единого образца либо расчетный номер полиса единого образца, который зарегистрирован в ЦС ЕРЗЛ по полису старого образца).	Для старого полиса (тип «С») и ВС (тип «В») указывается расчетный номер полиса единого образца (ЕНП), считанный с ответа РС ЕРЗЛ; при отсутствии ВС в РС ЕРЗЛ - не заполняется. Для полиса типа П, К, Э – повторяется номер полиса.
6	FAM	Char	40	Фамилия пациента / матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного.	Кириллица, Первая буква заглавная, далее строчные. Каждая часть составной фамилии начинается с заглавной буквы. Записывается через тире или пробел в соответствии с записью в документе ОМС. Заполнение условно
7	IM	Char	40	Имя пациента/ матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного.	Аналогично фамилии. Заполнение условно
8	OT	Char	40	Отчество (при наличии) пациента/ матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного. При отсутствии отчества не заполняется. Отсутствие отчества подтверждается соответствующим кодом кодификатора «OsoreeXX».	Аналогично фамилии. Заполнение обязательно при наличии отчества в документе ОМС.
9	W	Num	1	Пол пациента: 1 - мужской, 2 – женский.	Заполнение обязательно
10	DR	Date	8	Дата рождения пациента в последовательности ГГГГММДД. При отсутствии дня или дня и месяца в документе, удостоверяющем личность, указывается ГГГГММ01/ ГГГГ0101	Заполнение обязательно
11	D_TYPE	Char	1	Признак «Особый случай в реестре пациентов» по кодификатору "OsoreeXX"	НСИ АИС ОМС. Заполнение обязательно
12	SV	Char	3	Значение вектора сверки по РС ЕРЗЛ по кодификатору «OsoregXX»).	НСИ АИС ОМС. Заполнение обязательно в т.ч. в случае отрицательного ответа на запрос РС ЕРЗЛ
13	PRIK	Num	6	Идентификатор МО (Lpu_id), к которой прикреплен застрахованный.	Заполнение обязательно. Для застрахованных, не имеющих прикрепления либо незарегистрированных в РС ЕРЗЛ, указывается значение "0". Применяется для формирования Паспорта счета МО. Не контролируется СМО.
14	PRIKS	Num	6	Идентификатор МО (Lpu_id), к которой прикреплен застрахованный по профилю «стоматология».	Заполнение обязательно. Для застрахованных, не имеющих прикрепления по профилю «стоматология» либо незарегистрированных в РС ЕРЗЛ, указывается значение "0". Применяется для формирования Паспорта счета МО. Не контролируется СМО.

Файл <S+ код СМО.mtu>

«Реестр медицинских услуг на пролеченных пациентов», застрахованных СМО.

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки в файле.	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента/ матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного, зарегистрированного в файле «R+код СМО».	Заполнение обязательно
3.	C_I	Char	30	Номер медицинской карты /амбулаторного талона.	Правила записи приведены в примечании 1 к настоящей таблице. Заполнение обязательно.
4	TIP	Char	1	Форма учета медицинской помощи: - при регистрации услуги (по справочнику «ReesusXX») не заполняется; - при регистрации МС (по справочнику «ReesmsXX», разделы 61 – 92/ 161 - 192) указывается код прерывания лечения по справочнику "KprerslXX"; - при регистрации ВМП (по справочнику «ReesmsXX», раздел 200) в общем случае указывается "v".	Заполнение обязательно при регистрации медицинской помощи по МС/ВМП
5	IOTD	Char	8	Код отделения МО (отделения филиала МО) по справочнику отделений "D+код МО"	Заполнение обязательно
6.	D_U	Date		Дата оказания услуги (дата выписки из стационара, в т.ч. дневного).	Заполнение обязательно.
7.	DS	Char	6	Код диагноза основного /выписного по МКБ -10 по справочнику «Mkb_10XX». При множественной и сочетанной травме - код множественной травмы по справочнику "Дополнительные диагнозы при политравме" («Ptr_mkbXX»)	НСИ АИС ОМС При регистрации медицинской помощи в виде услуги и МС применение кода рубрики при наличии в справочнике подрубрики не допускается. При регистрации МС и ВМП проверяется по справочнику соответствия «Ms_Mkb».
8	DS_2	Char	6	Код диагноза сопутствующего заболевания (при наличии) по МКБ-10 по справочнику «mkb_10XX» (при наличии). При учете медицинской помощи по КСГ при множественной и сочетанной травме - код травмы области тела по справочнику "Дополнительные диагнозы при политравме" («Ptr_mkbXX»)	НСИ АИС ОМС Заполнение обязательно при регистрации КСГ в случае множественной и сочетанной травмы.
9	DS_3	Char	6	Код дополнительного диагноза осложнения заболевания (при наличии). При множественной и сочетанной травме - код тяжести состояния по справочнику "Дополнительные диагнозы при политравме" («Ptr_mkbXX»).	Указывается при регистрации КСГ в случае множественной и сочетанной травмы в нескольких областях тела.
10	Kur	Num	5.3	Коэффициент сложности курации пациента. Определяется возрастом и иными характеристиками состояния пациента	Устанавливается МГФОМС (по параметрам пациента). Учитывается при расчете стоимости случаев лечения по КСГ (Kur*Тarif) Заполнение обязательно при регистрации КСГ в соответствии с возрастом пациента (по умолчанию равен 1,000)
11	COD	Num	6	Код медицинской помощи	Правила регистрации

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
				(услуги/МС/ВМП) по справочникам «ReesusXX», «ReesmsXX», «ReesvpXX» (=раздел 200 «ReesmsXX»), соответственно (параметр <Cod>).	медицинской помощи приведены в примечании 2 к настоящей таблице. Заполнение обязательно.
12	CODNOM	Char	14	При регистрации КСГ - код номенклатуры (хирургической операции) по кодификатору "ReesnmXX", параметр <Codnom>.	НСИ АИС ОМС Заполнение обязательно при хирургическом и/или комбинированном КСГ в соответствии с нормативным справочником КСГ [11].
13	DET	Num	1	Признак детского профиля медицинской помощи: 0-нет, 1-да.	При регистрации услуги/МС устанавливается автоматически по первой позиции кода. При регистрации ВМП /КСГ - вычисляется в соответствии с возрастом пациента (1- для детей в возрасте до 18 лет). Заполнение обязательно.
14	K_U	Num	4	Количество услуг одного кода, зарегистрированных по данному диагнозу на данную дату у данного специалиста/ количество пациенто-дней при лечении в отделении дневного стационара /количество койко-дней при лечении госпитализированного в стационаре круглосуточного пребывания.	Заполнение обязательно.
15	D_TYPE	Char	1	Признак «Особый случай счета пациента» (кодификатор «ososchXX», параметр <D_type>)	НСИ АИС ОМС Заполнение обязательно.
16	NOVOR	Char	9	Признак незарегистрированного новорожденного по правилам ФОМС. Оформляется автоматически по анализу номера медицинской карты незарегистрированного новорожденного по шаблону: ПДДММГГН, где П – пол новорождённого (1/2) ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние 2 цифры года рождения; Н – порядковый номер новорождённого (до двух знаков). При обычном пациенте признак отсутствует.	
17	VNOV_M	Num	4	Вес при рождении (в граммах).	Заполнение обязательно при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям весом <= 1500 грамм.
18	TIPGR	Char	1	Указывается тип группы КСГ (параметр <Tipgr> кодификатора "TipGrXX")	НСИ АИС ОМС. Заполнение обязательно для учета КСГ в соответствии с определением группы: терапевтический / хирургический/ комбинированный);
19	RSLT	Num	3	Результат лечения (по кодификатору «RSV009xx», параметр <Rslt>).	При регистрации комплексной услуги по диспансеризации, профилактическому и/или предварительному осмотру

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
					указывается установленная группа здоровья ¹ . Заполнение обязательно.
20	PCOD	Char	10	Код исполнителя услуги / лечащего врача (для госпитализированных) по справочнику NV+код МО.mmy (параметр <Pcod>).	Заполнение обязательно.
21	PRVS	Num	4	Специальность исполнителя медицинской помощи по справочнику <NV+код МО.mmy>. Указывается параметр <Prvs> справочника, соответствующий отделению (параметр <iotd> справочника), где была оказана медицинская помощь (<iotd> счета).	Заполнение обязательно.
22	ORD	Num	1	<p>Для пациентов, получивших медицинскую помощь в условиях стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара и пациентов, которым оказаны услуги специалистами приемных отделений без коек и с коечным фондом, указывается тип госпитализации:</p> <p>1 – плановая (кроме госпитализации в МО, подведомственные федеральным органам власти; 2 – экстренная (пациент доставлен бригадой СМП / НМП); 3 – пациент обратился самостоятельно; 5- плановая госпитализация в МО, подведомственные федеральным органам власти; 6 – допризывник направлен военкоматом</p> <p>0 – до сдачи счетов за январь 2019 может быть использован для симультанных услуг, а также простых медицинских услуг, выполненных в приёмном отделении. Может быть использован также при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.</p> <p>Для пациентов, получивших медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, указывается канал направления:</p> <p>0 – указывается по умолчанию для пациентов, получивших медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях (в том числе, которым оказаны услуги 59/159 раздела)</p> <p>4 – направление от МО системы ОМС города Москвы, в т.ч. «актив» ССиНМП им. Пучкова</p> <p>6 – допризывник направлен военкоматом</p> <p>7 – наличие распределения Москомспорта на проведение углубленных медицинских осмотров</p>	<p>Заполнение обязательно для пациентов, получивших медицинскую помощь в условиях круглосуточного / дневного стационара.</p> <p>Примечания: 1 - Для застрахованных в Москве разрешено использование кодов 1, 2, 3, 5, 6, 0. 2 - Для иностранцев разрешено использование кодов 1, 2, 3, 5, 0. 3 – Для не идентифицированных пациентов разрешено использование кодов 2, 3, 0.</p> <p>Медицинские услуги, включенные в справочник geesus, оказанные в условиях круглосуточного / дневного стационара (в том числе, симультанные), могут маркироваться кодами 1, 2, 3, 5, 6, 0.</p> <p>Заполнение обязательно для пациентов, получивших медицинскую помощь амбулаторно-поликлинических условиях.</p> <p>Примечания: 1 - Для застрахованных в Москве разрешено использование кодов 0, 4, 6, 7, 8. 2 - Для иностранцев разрешено использование кодов 0, 4, 7, 8. 3 – Для не идентифицированных пациентов разрешено</p>

¹ Правила выбора результата диспансеризации и профосмотра подробно изложены в нормативных документах МГФОМС по правилам регистрации в АИС ОМС диспансеризации и иных профилактических мероприятий [15], [16], [17], [18], [19].

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
				8 – наличие договора МО с дошкольным / школьным учреждением в соответствии с приказом ДЗ о раскреплении – в части медицинских услуг, выполняемых в дошкольно-школьном отделении, наличие договора МО с учреждением по проведению вакцинопрофилактики	использование кода 0. Примечание: В амбулаторных условиях не идентифицированным оказываются только медицинские услуги раздела 59 / 159, а также диагностические услуги, выполненные в рамках обращения пациента в приёмный покой стационара. Общее замечание: Условия оказания медицинской помощи определяются по фасетному коду отделения / кабинета (2-3 цифры кода) в соответствии со справочником НСИ «profotXX».
23	DATE_ORD	Date	8	Дата госпитализации / выдачи направления / дата начала действия договора МО с дошкольным / школьным учреждением, дата начала действия договора МО с учреждением по проведению вакцинопрофилактики, дата письма Москомспорта о проведении углубленных медицинских осмотров.	Для застрахованных в Москве заполнение обязательно при значении <ORD> = 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8. Для иногородних пациентов заполнение обязательно при значении <ORD> = 1, 2, 4, 5, 7, 8. Примечания: - при оказании неотложной помощи в стационаре (раздел медицинских услуг 84 / 184, а также простые медицинские услуги, оказанные в приёмном отделении с койками и без коечного фонда), заполнение обязательно для любого значения ORD. - при использовании значения ORD = «0» в условиях стационара и дневного стационара – заполнение обязательно. Для не идентифицированных пациентов заполнение обязательно при значении <ORD> = 2, 3. Общее замечание: Условия оказания медицинской помощи определяются по фасетному коду отделения / кабинета (2-3 цифры кода) в соответствии со справочником НСИ «profotXX».

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
24	LPU_ORD	Num	6	<p>Учреждение, выдавшее направление / доставившее больного при экстренной госпитализации</p> <p>Замечание:</p> <p>1. В счете выписавшего пациента, планово госпитализированного по направлению амбулаторно-поликлинической МО системы ОМС, ссылка на код МО, выписавшей направление, обязательна.</p> <p>2. В счете пациента амбулаторно-поликлинической МО с ПФ (отделения) ссылка на направление, выданное в данной МО пациенту, прикрепленному к иной МО, игнорируется – данная услуга во взаимозачете не участвует.</p> <p>3. В счете пациента амбулаторно-поликлинической МО (отделения) при наличии ссылки на письмо Москомспорта о проведении углубленных медицинских осмотров - данная услуга оплачивается по тарифу и во взаимозачетах не участвует.</p>	<p>Для застрахованных в Москве заполнение обязательно при значениях поля <ORD> = 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8.</p> <p>0 - не контролируется;</p> <p>1 – указывается <Lpu_id> МО системы ОМС Москвы;</p> <p>2 – при экстренной госпитализации пациента, доставленного бригадой ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ», указывается код «4708». При доставке пациента иной службой скорой медицинской помощи, работающей в системе ОМС РФ и состоящей в справочнике НСИ ФОМС «F003» - «Реестр медицинских организаций», допускается указание соответствующего ей «LPU_ID»;</p> <p>3 – не контролируется;</p> <p>4 – указывается <Lpu_id> МО системы ОМС Москвы;</p> <p>5 – указывается <Lpu_id> МО, направившей в МО, подведомственные федеральным органам власти;</p> <p>6 – указывается код «5650»;</p> <p>7 – указываются последние четыре цифровых символа номера письма Москомспорта о проведении углубленных медицинских осмотров</p> <p>указывается код=7665;</p> <p>8 – указывается код=8888;</p> <p>Для иногородних пациентов заполнение обязательно при значении <ORD> = 1, 2, 4, 5, 7, 8.</p> <p>0 – в случае оказания медицинской помощи в условиях стационара / дневного стационара указывается «LPU_ID» направившей / оказавшей МП МО по справочнику «F003» НСИ ФОМС, в иных случаях – не заполняется;</p> <p>1 – в случае направления МО системы ОМС Москвы указывается «LPU_ID» по справочнику НСИ МГФОМС «SPRLPU». В случае направления МО системы ОМС РФ указывается «LPU_ID» по справочнику «F003» НСИ ФОМС;</p> <p>2 – при экстренной госпитализации пациента, доставленного бригадой ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова</p>

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
					<p>ДЗМ», указывается код «4708». При доставке пациента иной службой скорой медицинской помощи, работающей в системе ОМС РФ и состоящей в справочнике НСИ ФОМС «F003» - «Реестр медицинских организаций», допускается указание соответствующего ей «LPU_ID», при оказании неотложной медицинской помощи в стационаре (раздел медицинских услуг 84 / 184, а также простые медицинские услуги, оказанные в приёмном отделении с койками и без коечного фонда) указывается «LPU_ID» направившей / оказавшей МП МО по справочнику «F003» НСИ ФОМС;</p> <p>3 – при оказании неотложной медицинской помощи в стационаре (раздел медицинских услуг 84 / 184, а также простые медицинские услуги, оказанные в приёмном отделении с койками и без коечного фонда) указывается «LPU_ID» направившей / оказавшей МП МО по справочнику «F003» НСИ ФОМС;</p> <p>4 – указывается <Lpu_id> МО системы ОМС Москвы;</p> <p>5 – в случае направления МО системы ОМС Москвы указывается «LPU_ID» по справочнику НСИ «SPRLPU». В случае направления МО системы ОМС РФ указывается «LPU_ID» по справочнику «F003» НСИ ФОМС;</p> <p>7 – указываются последние четыре цифровых символа номера письма Москомспорта о проведении углубленных медицинских осмотров указывается код=7665;</p> <p>8 – указывается код=8888.</p> <p>Для не идентифицированных пациентов заполнение обязательно при значении <ORD> = 2.</p> <p>0 - указывается «LPU_ID» МО системы ОМС Москвы в случае доставки тела / аутопсийного материала из иной МО;</p> <p>2 – при экстренной госпитализации пациента, доставленного бригадой ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ», указывается код «4708»;</p>

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
					3 – не контролируется. Общее замечание: Условия оказания медицинской помощи определяются по фасетному коду отделения / кабинета (2-3 цифры кода) в соответствии со справочником НСИ «profotXX».
25	DS_0	Char	6	Код диагноза первичного /направительного (по кодификатору "Mkb_10XX")	Заполнение обязательно при госпитализации пациента в стационар круглосуточного пребывания
26	N_U	Char	14	Номер наряда вызова бригады скорой медицинской помощи при ORD=2 номер протокола врачебной комиссии МО, подведомственной федеральным органам власти, при ORD=5 Замечание: в поле <N_U> только при ORD=5 разрешено кроме цифр и разделителей использовать буквы.	Заполнение обязательно при экстренной госпитализации пациента бригадой ССиНМП им. Пучкова (ORD=2, LPU_ORD=4708); - обращения пациента по протоколу врачебной комиссии МО, подведомственной федеральным органам власти (ORD=5).
27	N_VMP	Char	17	Номер талона на оказание ВМП	Заполнение обязательно при госпитализации пациента для оказания ВМП
28	ISHOD	Num	3	Исход заболевания (по кодификатору «ISV012xx», параметр <lshod>).	НСИ АИС ОМС Заполнение обязательно
29	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО, где оказана помощь	Заполнение обязательно
30	FIL_ID	Num	6	Идентификатор филиала МО. Для головной организации указывается идентификатор МО. При отсутствии филиала повторяется идентификатор МО	Заполнение обязательно
31	K2	Num	5.3	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи.	Заполнение обязательно при регистрации КСГ. Устанавливается МГФОМС для учреждения. Включается в параметр файла счета для удобства расчета стоимости случая (по умолчанию равен 1,000)
32	DS_ONK	Num	1	Признак подозрения на злокачественное новообразование	Заполнение обязательно. Значения: «0» - нет подозрения на ЗНО, «1» - есть подозрение на ЗНО.
33	P_CEL	Char	3	Цель посещений	Заполнение обязательно только для амбулаторной помощи. Значение по классификатору «oprcelXX».
34	DN	Num	1	Диспансерное наблюдение	Обязательно для заполнения при P_CEL=1.3 Указываются сведения о

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
					диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1-состоит; 2-взят; 3 - снят; 4 - в т. ч. по выздоровлению В иных случаях значение «пусто».
35	REAB	Num	1	Признак реабилитации	Указывается значение «1» для случаев реабилитации. В иных случаях значение «пусто».
36	TAL_D	Date	8	Дата выдачи талона на ВМП	Заполнение обязательно в случае оказания ВМП. В иных случаях значение «пусто».
37	NAPR_V_IN	Num	1	Цель входящего направления	Значение по классификатору «оппаргХХ». Обязательно только в случае направления пациента из иной МО В иных случаях значение «пусто».
38	C_ZAB	Num	1	Характер основного заболевания	Значение по классификатору «опczabХХ». Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи В иных случаях значение «пусто».
39	NAPR_USL	Char	15	Код услуги, указанной в направлении.	Не заполняется.
40	VID_VME	Char	15	Вид медицинского вмешательства	Может быть заполнено для услуг ПЭТ / КТ и молекулярно-генетические исследования (коды МГР ОМС 29012-29019, 29023) оказанных при наличии подозрения на злокачественное новообразование или при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97)».

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
41	KD_FACT	Num	4	Количество дней, фактически проведенных пациентом в дневном стационаре	Обязательно к заполнению при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара. В остальных случаях может принимать значение 0 или дублировать значение K_U.

В реестр медицинских услуг включаются все медицинские услуги, оказанные пациенту МО за отчетный период, включая стационарозамещающую (см. раздел 2.1 примечаний) и стационарную помощь (см. раздел 2.2 и 2.5 примечаний). Стационарозамещающая помощь (комплексная услуга стационара дневного пребывания) и стационарная помощь (МС/КСГ/ВМП/раздел 99 реестра медицинских услуг) регистрируются на день выписки (выбытия) из стационара дневного / круглосуточного пребывания.

Примечание 1. Особенности регистрации отдельных элементов персонифицированных реестров за оказанную медицинскую помощь

1. Правила регистрации номера медицинской карты пациента

1.1 Для пациентов, госпитализированных в больничное учреждение, а также пациентов приемного отделения без штатных коек, указывается номер истории болезни.

1.2 Для пациентов амбулаторно-поликлинического учреждения (отделения) в общем случае указывается номер медицинской карты пациента. Для пациентов, которым проводятся только лабораторные исследования, допускается ссылка на номер талона (записи в журнале) при регистрации исследований.

При учёте комплексных услуг по диспансеризации, профосмотров и т.п. (см. методические рекомендации [19,20,...,23]) номер медицинской карты строится по правилу: аббревиатура вида диспансеризации и/или профосмотра + номер документа ОМС пациента через знак подчеркивания.

При учёте услуг по углубленному медицинскому осмотру номер медицинской карты строится по правилу: аббревиатура вида осмотра + номер врачебно-контрольной карты диспансерного наблюдения спортсмена (форма 062/у)

Аббревиатура вида диспансеризации/осмотра:

- ДД - диспансеризация отдельных групп взрослого населения,
- ДС - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,
- ДУ - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью,
- ПРОФД - диспансеризация 14-летних подростков и профилактические осмотры несовершеннолетних,
- ПРОФВ – профилактические осмотры взрослого населения,
- ПРЕДД и ПОД - предварительные и периодические осмотры детей.
- УМО - углубленный медицинский осмотр лиц младше 18 лет.

Комплексная услуга профилактического направления (1-ый этап) регистрируется на день завершения исследований; услуги, выполненные в составе комплексной услуги, в реестр счетов не включаются.

Ссылка на указанный номер медицинской карты сохраняется при проведении осмотров и исследований второго этапа диспансеризации, профосмотров и т.д. Завершение диспансеризации и профосмотров сопровождается установлением группы здоровья пациента по кодификатору НСИ АИС ОМС «RSV009xx», параметр <RSLT> соответствующего раздела.

1.2 Правила регистрации услуг, оказанных в центре здоровья

Учёт пациентов центра здоровья разделяется на этапы – первичное обращение (комплексное обследование в центре здоровья – коды 15001/115001) и последующие обращения данного пациента в этот центр в течение календарного года, начиная от месяца проведения комплексного обследования. Комплексная услуга оплачивается один раз в течение года. СМО ведёт и контролирует список пациентов, в отношении которых проведено комплексное обследование. Медицинские услуги, оказанные зарегистрированному в центре здоровья пациенту, регистрируются в штатном порядке.

1.3 Особые правила для регистрации новорожденных, не имеющих государственной регистрации рождения (незарегистрированные новорожденные) в сопровождении законного представителя

При оформлении счёта за лечение незарегистрированного новорожденного в качестве сведений о пациенте и его документе по ОМС указываются сведения о матери новорожденного либо иного его законного представителя (элементы sn_pol, sn_pasp (для иногородних), tip_p, fam, im, ot, w, dr реестра пациентов), при этом даётся обязательная ссылка на «особый случай в реестре пациентов» по кодификатору НСИ АИС ОМС «OSOREExx» (код = «9»). Номер медицинской карты (амбулаторной либо истории болезни) незарегистрированного новорожденного дополняется сведениями о поле, дате рождения и «условном номере», которые разделены символом «#» («решётка»):

- собственно номер карты (не более 12 символов, в котором могут присутствовать цифровые и буквенные символы за исключением символа «#»)²;
- пол (один символ: «1» – мужской, «2» – женский);
- дата рождения (8 символов, записывается в последовательности ГГГГММДД);
- «условный номер» ребёнка при многоплодных родах (при единственном новорожденном указывается символ «1»).

При переводе незарегистрированного новорожденного из роддома данной МО больничного типа в профильное отделение той же МО номер истории болезни новорожденного в профильном отделении дополняет номер истории родов в последовательности: номер истории родов (форма 96/у)#номер истории болезни#пол(1/2)#ГГГГММДД#номер ребенка из многоплодных родов (1,2, ...)/1. При госпитализации незарегистрированного новорожденного по иному каналу (не переводом из роддома данной МО) номер истории родов (форму 96/у) не регистрируется.

При одновременном лечении новорожденных из многоплодных родов номер медицинской карты каждого из них должен быть уникален: для пациентов амбулаторно-поликлинических МО – в течение отчётного периода, стационаров – в течение календарного года.

При одновременном лечении (в один и тот же отчётный период) незарегистрированного новорожденного и его матери / законного представителя в счёте на представителя в обязательном порядке указывается номер медицинской карты без дополнительных символов по полу и дате рождения, при этом сведения о матери /законном представителе не требуют отдельной записи в файле «реестр пациентов».

² Для незарегистрированных новорожденных из многоплодных родов собственно номер медицинской карты каждого пролеченного новорожденного должен быть уникальным: для пациента амбулаторно-поликлинического МО / отделения – в течение отчетного периода, для госпитализированного новорожденного – в пределах одного страхового случая.

Для МО с ПФ / ПО с ПФ МО незарегистрированного новорожденного, лечение которого оформлено по документу его матери / законного представителя, следует отнести в группу «неприкрепленные застрахованные».

Для не зарегистрированного новорожденного, матерью / законным представителем которого является лицо, отнесённое к категории "не идентифицированные", или лицо не установленное, правила регистрации новорожденных аналогичны, при этом вместо документа ОМС в счёте используется номер документа «Лист регистрации», оформленный на мать или иного законного представителя.

В счёт МО вводят 1 запись о взрослом пациенте в соответствии со сведениями, указанными в «Листе регистрации», при этом ставится особый случай реестра пациентов в поле «D_type»=9 (по кодификатору НСИ АИС ОМС «OSOREEхх»).

Правила оформления счёта изложены в «Регламенте приёма-передачи данных по медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям пациентам, не идентифицированным в системе ОМС, при информационном взаимодействии в АИС ОМС участников системы ОМС (версия 1.6 от 22.11.2019)».

1.4 Особые правила для регистрации новорожденных, не имеющих государственной регистрации рождения (незарегистрированные новорожденные), находившихся в стационаре без матери или иного законного представителя, сведения о которых отсутствуют (только для категории лиц, не идентифицированных по ОМС)

При оформлении счёта за лечение находившегося в стационаре незарегистрированного новорожденного, отнесённого к категории лиц, не идентифицированных по ОМС, сведения о матери или ином законном представителе которого не установлены, в базу данных МО сведения о новорожденном вводятся с обязательной ссылкой на особый случай реестра пациентов в поле «D_type»=8 (по кодификатору НСИ АИС ОМС «OSOREEхх»).

Правила оформления счёта изложены в «Регламенте приёма-передачи данных по медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям пациентам, не идентифицированным в системе ОМС, при информационном взаимодействии в АИС ОМС участников системы ОМС (версия 1.6 от 22.11.2019).

Примечание 2. О правилах регистрации комплексных услуг дневного стационара, ВМП

2.1 Учет комплексных услуг дневного стационара проводится по законченному случаю лечения пациента в отделении - на дату выписки пациента в параметре <K_U> указывается:

- для услуг, тариф которых установлен на один пациенто-день, - количество дней лечения в отделении;
- при регистрации ЭКО - количество случаев (<K_U> =1),
- при регистрации ВМП – количество дней лечения в отделении. Оплата производится за оказанный метод ВМП (законченный случай).

2.2 О правилах регистрации ВМП

Выбор ВМП осуществляет врач-специалист МО по Перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение № 12 к Территориальной программе, утвержденной постановлением Правительства Москвы от 24.12.2019 № 1822 -ПП), раздел I. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Объектом кодирования является метод ВМП с соответствующим диагнозом для определенной модели пациента. Описание ВМП в системе АИС ОМС приведено в справочнике «ReesVp», который имеет следующие параметры: код и наименование метода <Cod, Name>, профиль медицинской помощи <ProfMp>, вид ВМП <CodVvp >, модель пациента <CodMod> и вид лечения <TipGr>.

2.3 О правилах регистрации услуг и койко-дней

Код услуги определяется по справочнику НСИ АИС ОМС «Реестр медицинских услуг» "ReesusXX". Услуги раздела 96/196 (вызов бригады СМП) в счете МО не применяются.

Код койко-дня определяется по справочнику НСИ АИС ОМС «Реестр медицинских услуг» "ReesusXX".

2.4 О правилах регистрации МС

Регистрация МС проводится в соответствии с правилами, подробно изложенными в Инструкции по учету медицинской помощи (приложение № 3 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019).

Файл «НО + код СМО.mmy» -

перечень хирургических операций по кодификатору ФОМС³ при применении медицинских стандартов в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного)

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки в данном файле НО. Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного) – совпадает со значением поля в файле Sxx.mmy. Заполнение обязательно
3.	C_I	Char	30	Номер истории болезни Заполнение обязательно.
4	CODHO	Char	14	Код хирургической операции по кодификатору ФОМС (НСИ АИС ОМС «НОРFF_хх»). Заполнение обязательно
5	K_NO	Num	2	Количество проведённых операций данного кода при лечении по одному МС. Заполнение обязательно.
6	COD	Num	6	Код МС (по файлу счета). Заполнение обязательно.

Примечание. В случае выполнения при лечении по одному МС разных хирургических операций значения < SN_POL>, < C_I >, <COD> повторяются.

Примечание 3. Учет хирургических операций в рамках персонифицированного учета в системе ОМС

При оформлении счёта за лечение госпитализированного пациента по МС в случае проведения ему хирургической операции (одной или нескольких) в дополнение к ссылке на МС в счёте на пациента регистрируются проведенные хирургические операции. Учёт хирургических операций ведется по кодам услуги класса «А» подраздела «16 – оперативное лечение» в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Перечень наименований и кодов указанных медицинских услуг приведен в кодификаторе НСИ АИС ОМС «НОРFF_хх», в котором, для удобства его применения при учёте стационарной помощи по МС указаны, в качестве рекомендаций, профили медицинской помощи в кодах разделов МС.

Примечание. Учёт симультанных услуг, оказанных пациенту в период его лечения по МС, проводится согласно правилам, изложенным в нормативном документе МГФОМС по учёту медицинской стационарной помощи [12].

³ Учёт хирургических операций ведется по кодам услуги класса «А» подраздела «16 – оперативное лечение» в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Файл SPR+код МО.mtu —

«Версии элементов НСИ, использованных при оформлении счета МО» за медицинскую помощь, оказанную пациентам в отчетный период «mtu»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1.	RECID	Char	6	Уникальный идентификатор строки. Заполнение обязательно
2.	SCOD	Char	10	Код справочника (кодификатора) Заполнение обязательно
3.	CUR_VER	Char	10	Номер используемой версии справочника Заполнение обязательно

Файл «ONK_SL + код СМО.mtu» -

«Сведения о случае лечения онкологического заболевания»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID_S	Char	7	Идентификатор записи из реестра счетов (из файла «S»).	Заполнение обязательно
2	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки в данном файле.	Заполнение обязательно
3	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного) – совпадает со значением поля в файле Sxx.mtu.	Заполнение обязательно
4	C_I	Char	30	Номер истории болезни	Заполнение обязательно.
5	COD	Num	6	Код услуги	Заполнение обязательно.
6	DS1_T	Num	1	Повод обращения.	Заполняется по классификатору «onreasXX». Обязательно при диагнозе раздела С, или D70 с сопутствующим диагнозом C00 – C80, C97 или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09. Исключение: условие оказания МП вне медицинской организации, REAB = 1, DS_ONK = 1. В иных случаях значение «пусто».
7	STAD	Num	3	Стадия заболевания.	Заполняется по классификатору «onstadXX». Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1_T={0,1,2,3,4}). При оказании ВМП заполнение обязательно только при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2}). В иных случаях значение «пусто».

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
8	ONK_T	Num	3	Значение Tumor.	Заполняется по классификатору «ontum_XX». Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1 T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет В иных случаях значение «пусто».
9	ONK_N	Num	3	Значение Nodus	Заполняется по классификатору «onnod_XX». Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1 T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет В иных случаях значение «пусто».
10	ONK_M	Num	3	Значение Metastasis	Заполняется по классификатору «onmet_XX». Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1 T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет В иных случаях значение «пусто».
11	MTSTZ	Num	1	Признак выявления отдаленных метастазов	Заполнение обязательно при выявлении отдаленных метастазов при DS1_T = 1 или 2. Только значение 1. В иных случаях значение «пусто».
12	SOD	Num	6.2	Суммарная очаговая доза	Заполнение обязательно при проведении лучевой или химиолучевой терапии(USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0». В иных случаях значение «пусто».
13	K_FR	Num	2	Количество фракций проведения лучевой терапии	Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0». В иных случаях значение «пусто».
14	WEI	Num	5.1	Масса тела (кг)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела (USL_TIP = 2 / 4). В иных случаях значение «пусто».
15	HEI	Num	3	Рост (см)	Обязательно к заполнению при

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
16	BSA	Num	4.2	Площадь поверхности тела	проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела. (USL_TIP = 2 / 4). В иных случаях значение «пусто».

Файл «ONK_USL + код СМО.mmu» - «сведения об услуге»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID_SL	Char	7	Уникальный идентификатор из ONK_SL.	Заполнение обязательно
2	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки в данном файле.	Заполнение обязательно
3	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного) – совпадает со значением поля в файле Sxx.mmu.	Заполнение обязательно
4	C_I	Char	30	Номер истории болезни	Заполнение обязательно.
5	COD	Num	6	Код услуги	Заполнение обязательно.
6	USL_TIP	Num	1	Тип услуги	Заполняется по классификатору «onlechXX». При оказании ВМП обязательно при диагнозе раздела С, или D70 с сопутствующим диагнозом С00 – С80, С97 или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09. При оказании медицинских услуг (кроме ВМП) обязательно при диагнозе раздела С, или D70 с сопутствующим диагнозом С00 – С80, С97 или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 при оказании медицинской помощи в стационаре / дневном стационаре (USL_OK = 1 / 2) при противоопухолевом лечении (DS1_T = 0 / 1 / 2). Исключение: условие оказания МП вне медицинской организации, REAB = 1, DS_ONK = 1.. В иных случаях значение «пусто».
7	HIR_TIP	Num	1	Тип хирургического лечения	Заполняется по классификатору «onhir_XX». Заполнение обязательно при USL_TIP=1.

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
					В иных случаях значение «пусто».
8	LEK_TIP_L	Num	1	Линия лекарственной терапии	Заполняется по классификатору «onlekIXX». Заполнение обязательно при USL_TIP=2. В иных случаях значение «пусто».
9	LEK_TIP_V	Num	1	Цикл лекарственной терапии	Заполняется по классификатору «onlekvXX». Заполнение обязательно при USL_TIP=2. В иных случаях значение «пусто».
10	LUCH_TIP	Num	1	Тип лучевой терапии	Заполняется по классификатору «onluchXX». Заполнение обязательно при USL_TIP=3, 4. В иных случаях значение «пусто».
11	PPTR	Num	1	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса	Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала. В иных случаях значение «пусто».

Файл «ONK_CONS + код СМО.mmy» - «сведения о консилиуме»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID_S	Char	7	Идентификатор записи из реестра счетов (из файла «S»).	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного) – совпадает со значением поля в файле Sxx.mmy.	Заполнение обязательно
3	C_I	Char	30	Номер истории болезни	Заполнение обязательно.
4	COD	Num	6	Код услуги	Заполнение обязательно.
5	PR_CONS	Num	1	Цель проведения консилиума.	Заполняется по классификатору «onconsXX». Обязательно при значении DS_ONK = 1, или диагнозе раздела С, или D70 с сопутствующим диагнозом C00 – C80, C97 или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09.

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
					В иных случаях значение «пусто».
6	DT_CONS	Date	8	Дата проведения консилиума	Обязательно к заполнению, Заполнение обязательно, если консилиум проведен (PR CONS={ 1,2,3}). В иных случаях значение «пусто».

Файл «ONK_LS + код СМО.mmy» - «сведения о лекарственном препарате»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID_USL	Char	7	Идентификатор записи из ONK_USL.	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного) – совпадает со значением поля в файле Sxx.mmy.	Заполнение обязательно
3	C_I	Char	30	Номер истории болезни	Заполнение обязательно.
4	COD	Num	6	Код услуги	Заполнение обязательно.
5	REGNUM	Char	40	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии	Обязательно к заполнению при USL_OK = 2 / 4. В иных случаях значение «пусто».
6	DATE_INJ	Date	8	Дата введения лекарственного препарата	Обязательно к заполнению при заполненном REGNUM. В иных случаях значение «пусто».
7	CODE_SH	Char	10	Код схемы лекарственной терапии	Заполняется по справочнику ondporkXX обязательно к заполнению при USL_OK = 2 / 4 для пациентов, которым на начало лечения исполнилось 18 лет. Не заполняется / заполняется значением «нет» при основном диагнозе С81-С96. В иных случаях значение «пусто».
8	N_PAR	Char	40	Номер партии ЛС. lotNumber	Со счетов за апрель будет реализован алгоритм МЭК, контролирующей ввод параметра для ЛС, которые оплачиваются в дополнение к тарифу на МС.
9	R_UP	Char	13	Розничная упаковка. Код упаковки (packagingCode)	Заполняется по справочнику medicament_man_pack. Обязательно для заполнения в случае выбора схемы учёта стоимости лекарственных препаратов в дополнение к базовому тарифу ОМС.

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
10	TIP_OPL	Num	1	Источник финансирования ЛС. paymentSource	Заполнение обязательно при заполненном REGNUM Возможные значения: 1 - ОМС 2 - Бюджет 3 - Личные средства 4 - ДМС 5 - Иное
11	N_RU	Char	20	Регистрационный номер ЛС. Номер регистрационного удостоверения ЛС по справочнику medicament_mfc (поле Номер РУ)	Заполнение обязательно при заполненном REGNUM Заполняется по справочнику medicament_mfc.
12	OT_D	Num	11.4	Разовая доза. oneTimeDose	Заполнение обязательно при заполненном REGNUM
13	DT_Q	Num	2	Кратность приема в день. courseQuantityDose	Заполнение обязательно при заполненном REGNUM
14	DT_D	Num	11.4	Курсовая доза (дневная). courseAmount	Заполнение обязательно при заполненном REGNUM
15	SID	Char	10	Код (полное торговое наименование, полное МНН наименование). medicamentCode (справочник medicament)	Заполнение обязательно при заполненном REGNUM

**Файл «ONK_NAPR_V_OUT + код СМО.mmy» -
«Сведения о цели исходящего направления»**

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID_S	Char	7	Идентификатор записи из реестра счетов (из файла «S»)..	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного) – совпадает со значением поля в файле Sxx.mmy.	Заполнение обязательно
3	C_I	Char	30	Номер истории болезни	Заполнение обязательно.
4	COD	Num	6	Код услуги	Заполнение обязательно.
5	NAPR_DATE	Date	8	Дата выдачи направления	Заполняется автоматически.
6	NAP_NUMBER	Char	16	Номер направления	Составной номер направления ГГММДД_XXXX_XXXX Заполняется автоматически

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
7	NAPR_V_OUT	Num	1	Цель исходящего направления	Значение по классификатору «опнарXX». Заполнение обязательно.
8	NAPR_MO	Num	6	МО, в которую выдано направление	Заполнение обязательно

**Файл «ONK_DIAG + код СМО.mmy» -
«Сведения о диагностическом показателе»**

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID_SL	Char	7	Идентификатор записи из ONK_SL.	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного) – совпадает со значением поля в файле Sxx.mmy.	Заполнение обязательно
3	C_I	Char	30	Номер истории болезни	Заполнение обязательно.
4	COD	Num	6	Код услуги	Заполнение обязательно.
5	DIAG_TIP	Num	1	Тип диагностического показателя.	Обязательно к заполнению при взятии материала и получении результата диагностики. 1 - гистологический признак; 2 - маркёр (ИГХ). В иных случаях значение «пусто».
6	DIAG_CODE	Num	3	Код диагностического показателя	Заполняется только при заполненных DIAG_DATE и DIAG_TIP. При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником «onmrf_XX»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onigh_XX». В иных случаях значение «пусто».
7	DIAG_RSLT	Num	3	Код результата диагностики	Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC RSLT=1). При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником «onmfrXX»; При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником «onigtXX». В иных случаях значение «пусто».
8	DIAG_DATE	Date	8	Дата взятия материала	Обязательно к заполнению при взятии материала и получении результата диагностики. В иных случаях значение

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
					«пусто».
9	REC_RSLT	Num	1	Признак получения результата диагностики	Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики. В иных случаях значение «пусто».
10	MET_ISSL	Num	2	Метод диагностического исследования	Не заполняется

**Файл «ONK_PROT + код СМО.mmy» -
«Сведения о противопоказании или отказе»**

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID_SL	Char	7	Идентификатор записи из ONK_SL..	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного) – совпадает со значением поля в файле Sxx.mmy.	Заполнение обязательно
3	COD	Num	6	Код услуги	Заполнение обязательно.
4	PROT	Num	1	Код противопоказания или отказа	Заполнение обязательно.
5	D_PROT	Date	8	Дата регистрации противопоказания или отказа	Заполнение обязательно.

3.2 Отчёт СМО в МО по результату автоматизированного контроля / проведенной экспертизы персонифицированных счетов МО за медицинскую помощь, оказанную застрахованным за отчётный период

Файл «CTRL+код СМО.DBF» —

«Реестр ошибок, выявленных СМО при экспертизе счёта пациентов МО при приёмке к оплате»
В файл включаются ошибки, выявленные при проведении форматно-логического контроля и МЭК пакета отчетных файлов МО в объеме заявленного счета.

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	FILE	Char	12	Имя файла, в котором обнаружена ошибка (реестр, счет-фактура, дополнение к счёту-фактуре)
2	RECID	Char	7	Идентификатор ошибочной записи по файлу
3	ERRORS	Char	5	Код ошибки (классификатор НСИ «Sookod») и этап проверки по классификатору – «А» (латинская) - выявлена при проведении автоматизированного контроля, «Е» (латинская) - экспертом
4	E_COD	Num	6	Код услуги, принятой к оплате. Заполняется в случае, если при согласовании счёта проводится замена услуги, зарегистрированной в реестре Sqd, не принятой к оплате, на иную услугу, подлежащую оплате.
5	E_KU	Num	3	Количество услуг/фактических койко-дней, принятых к оплате. Заполняется при наличии данных в параметр E_COD

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
6	E_TIP	Char	1	Код типа прерывания МС, принятого к оплате. Заполняется при замене МС, зарегистрированного в реестре Sqg
7	REFREASON	Char	3	Код ошибки по классификатору ФОМС F014
8	ET230	Num	1	Этап экспертизы по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36
9	Osn230	Char	9	Цифровая идентификации оснований для отказа в оплате медицинской помощи в свете приложения 8 к приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36
10	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО
11	FIL_ID	Num	6	Идентификатор филиала МО, счет которого признан ошибочным (по файлу счета). Для записей реестра пациентов, снятых с оплаты по ошибкам реестра, не заполняется

Примечание: может быть несколько записей с ошибками, относящиеся к одной записи проверенных файлов реестров пациентов и медицинских услуг на на пациентов МО.

Файл «ME + код СМО + код МО(Lpu_id).dbf»
– «Экспертиза принятых к оплате счетов МО»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки файла
2	PERIOD	Char	6	Отчетный период, в котором проводится удержание средств по результатам экспертизы, в формате полный год и номер месяца без разделителя (201201 – январь 2012 года)
3	PERIOD_E	Char	6	Отчетный период (полный год и номер месяца), по счету которого проведена экспертиза
4	SN_POL	Char	25	Реквизиты документа ОМС из файла счета, по которому проводилась экспертиза
5	LPU_PRIK	Num	6	Идентификатор МО, к которому прикреплен пациент. Заполняется для пациентов МО – участников горизонтальных расчетов
6	C_I	Char	30	Номер медицинской карты
7	DS	Char	6	Код диагноза (основного/выписного) по МКБ-10 .
8	TIP	Char	1	Форма учета медицинской помощи (параметр <Tip> счета)
9	D_U	Date		Дата оказания услуги (дата перевода/выписки из отделения стационара)

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
10	PCOD	Char	20	Код исполнителя услуги. Для отчета по счету МО, принятому до 05.2014, сохранена прежняя размерность PCOD
11	PRVS	Num	9	Специальность исполнителя. Для отчета по счету МО, принятому до 05.2014, сохранена прежняя размерность PRVS
12	IOTD	Char	8	Код отделения
13	COD	Num	6	Код услуги/ МС/ВМП/КСГ
14	CODNOM	Char	14	Номенклатура / вид ВМП (при регистрации КСГ/ ВМП)
15	K_U	Num	3	Количество услуг одного кода, зарегистрированных по данному диагнозу на данную дату (фактических койко-дней при регистрации выписки из отделения дневного стационара, при лечении по МС/ВМП/КСГ)
16	DET	Num	1	Признак детского профиля медицинской помощи
17	F_TYPE	Char	2	Признак, указывающий на порядок финансирования: fp – при оплате из средств подушевого финансирования данной МО пациентов, прикрепленных к данной МО с ПФ; up – при оплате из средств подушевого финансирования данной МО пациентов, прикрепленных к другим МО с ПФ; ft – при оплате по тарифу; vz – при возмещении средств за МП, оказанную прикрепленным к другим МО (взаимозачеты); fh - оплата по тарифу раздела «Дополнительные услуги» МО с ПФ Обязателен для экспертизы со счетов за июль 2014г.
18	D_TYPE	Char	1	Признак «Особый случай в счёте» (кодификатор НСИ «ososchXX»)
19	S_OPL	Num	12.2	Оплаченная СМО стоимость
20	ER_C	Char	2	Код ошибки, установленной экспертом, по кодификатору НСИ АИС ОМС «sookodXX».
21	ET	Char	1	Этап экспертизы. Заполнение обязательно.
22	OSN230	Char	9	Код дефекта /нарушения (в свете приложения 8 к приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36)
23	DS_E	Char	6	Код диагноза (основного) по МКБ-10, подтверждённого при экспертизе – <i>указывается в случае приемки счета с изменениями, согласованными экспертом</i>
24	TIP_E	Char	1	Форма учета медицинской помощи (код прерванного случая лечения при МС), подтверждённая при экспертизе – <i>указывается в случае приемки счета с изменениями, согласованными экспертом</i>
25	COD_E	Num	6	Код услуги/МС/ВМП/КСГ, подтверждённый при экспертизе - <i>указывается в случае приемки счета с изменениями, согласованными экспертом</i>
26	CODNOM_E	Char	14	Номенклатура (при регистрации КСГ)
27	K_U_E	Num	3	Количество услуг (фактических койко-дней при услуге дневного стационара, МС/ВМП/КСГ), подтверждённых при экспертизе - <i>указывается в случае приемки счета с изменениями, согласованными экспертом</i>
28	S_OPL_E	Num	12.2	Сумма счета, подлежащего оплате по заключению эксперта (т.е. сумма удержаний по счету)
29	S_SANK	Num	12.2	Штрафные санкции, наложенные экспертом, в дополнение к сумме удержаний по результатам экспертизы собственно счета. Регистрируется на последнюю (по дате) запись сводного счета пациента.
30	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО. Заполнение обязательно.
31	FIL_ID	Num	6	Идентификатор филиала МО. Заполнение обязательно.
32	ACT	Char	15	Идентификатор акта, ставший основанием для снятия (наложения штрафа) по результатам экспертизы. Заполнение обязательно. Идентификатор акта, в случае отсутствия дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи. Заполнение обязательно.
33	D_A	Date	8	Дата формирования акта. Заполнение обязательно.
34	EXPERT	Char	7	Индивидуальный идентификационный номер эксперта качества медицинской помощи. Заполнение обязательно при указании следующих кодов этапа экспертизы: 3, 4, К, Z, J, Q, U.
35	LPU_PRIKS	Num	6	Идентификатор МО, к которому прикреплен пациент по профилю «стоматология». Заполняется для пациентов МО – участников горизонтальных расчетов по профилю «стоматология».
36	EXPERT2	Char	7	Индивидуальный идентификационный номер эксперта качества медицинской помощи.

37	EXPERT3	Char	7	Индивидуальный идентификационный номер эксперта качества медицинской помощи.
----	---------	------	---	--

Примечание.

1. О правилах записи оплаченного счета, снятого с оплаты по результатам экспертизы

Поля 4 – 19 заполняются по данным записей оплаченного СМО счета пациента.

Поля 20 и 22 – указывается код выявленной ошибки.

Поле 21 – указывается код этапа экспертизы

Поля 23 – 27 заполняются только в случае, если счет снят не полностью, т.е. проведена коррекция показателей счета и к оплате принят скорректированный счет с измененными показателями.

Поле 28 <S_OPL_E> обязательно к заполнению. Указывается стоимость полностью снятого счета либо, при проведении коррекции, сумма удержания (разность между оплаченной стоимостью и стоимостью скорректированного счета).

2. О правилах записи восстановленного к оплате счета (реэкспертиза)

Поля 4 - 19 заполняются данными снятого с оплаты по результатам МЭК счета пациента.

Поля 20, 22 - не заполняются (ноль либо пусто в соответствии с типом данных).

Поле 21 – указывается код этапа экспертизы

Поля 23 - 27 заполняются показателями счета, восстановленного к оплате.

Поле 28 <S_OPL_E> обязательно к заполнению. Указывается стоимость восстановленного счета со знаком «минус» (сумма удержаний = 0 - стоимость восстановленного счета).

3. О правилах унификации идентификатора акта (Поле 32)

1. Код СМО – 2 знака (пример R2). Указанная кодировка установлена Правилами ИО.

2. Код МО – 4 знака (Iru-id).

3. Вид контрольного мероприятия – 1 знак. (1-МЭЭ, 2-ЭКМП).

4. Подвид мероприятия – 1 знак (1-плановая, 2-целевая).

5. Подвид 4 – 1 знак.

К плановой:

0 – плановая;

Т – тематическая (относится к значению выше 1).

К целевой:

1 – получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;

2 – летальных исходов при оказании медицинской помощи;

3 – внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

4 – первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

5 – повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 15 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 30 дней - при повторной госпитализации;

6 – в течение 24 часов от момента предшествующего вызова – при повторном вызове скорой медицинской помощи; .

6. Порядковый номер акта для одной медицинской организации (содержит 6 разрядов и может принимать значения от 000 001 до 999 999).

4. О правилах заполнения индивидуального идентификационного номера эксперта качества медицинской помощи (Поле 34)

«Индивидуальный идентификационный номер эксперта качества медицинской помощи»,

принимающего 7-значное значение из реестра экспертов качества медицинской помощи,

размещаемого на официальном сайте МГФОМС. Указывать номера, не используемые в реестре экспертов качества, не допускается.

Файл «UD+код СМО+код МО с ПФ.dbf» -

"Перечень услуг, стоимость которых удержана СМО при горизонтальных расчетах между МО"

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
---	----------	-----	--------	------------

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки в данном файле НО. Заполнение обязательно
2	PERIOD	Char	6	Отчетный период в формате: ГГГГММ
3	LPU_ID	Num	6	Код МО, где оказана услуга прикрепленному
4	COD	Num	6	Код услуги. Заполнение обязательно
5	K_U	Num	6	Количество услуг данного кода, оказанных прикрепленным к другому МО. Заполнение обязательно.
6	PR_ALL	Num	12.2	Стоимость оказанных услуг. Заполнение обязательно.
7	VZ	Num	1	Основание для включения услуги во взаимозачет: 1 – направление, в т.ч. договор с ДШО/ШО, договор на проведение вакцинопрофилактики и «актив» ССиНМП, 2 - неотложная помощь (по реестру медицинских услуг), 3 - услуги, оказанные в травмпункте (в дополнение к коду 2), 4 – услуги ЖК, 5 – услуги ЦЗ

Файл «UP+код СМО+код МО с ПФ.dbf» -

"Перечень услуг, оказанных прикрепленным к другим МО с ПФ, стоимость которых не подлежит возмещению при взаимозачетах"

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки в данном файле НО. Заполнение обязательно
2	PERIOD	Char	6	Отчетный период в формате: ГГГГММ. Заполнение обязательно
3	LPU_ID	Num	6	Код МО с ПФ, к которой прикреплен пациент. Заполнение обязательно
4	COD	Num	6	Код услуги с отметкой f_type='up' . Заполнение обязательно
5	K_U	Num	6	Количество услуг данного кода, оказанных прикрепленным к другому МО. Заполнение обязательно.
6	PR_ALL	Num	12.2	Стоимость оказанных услуг. Заполнение обязательно.

4. Отчёт СМО в МГФОМС по принятым персонифицированным счетам, заявленным МО за отчётный период.

Формат файлов - MS-DOS DBASE-III; кодовая страница – «866», регистрация кодовой страницы имени файла - обязательна. При представлении пакета отчётных файлов за отчётный период номер месяца и последняя цифра отчётного месяца mmy регистрируется как расширение файла формата dbf.

4.1 Отчёт СМО в МГФОМС по персонифицированным счетам МО за отчётный период.

В состав архивного файла - отчета по реестрам и реестрам медицинских услуг на пациентов, застрахованных в СМО, включаются файлы, представленные в таблице 2.

Код сообщения при формировании ИП по файлам №№ 1 -7 (пакет) равен «1», № 8 - «ТМ», № 9 - «RM».

Таблица 2

№	Имя файла	Содержание информации	Примечание
1	H+код МО.mmy	Статистический отчет МО о половозрастном составе застрахованного в Москве прикрепленного населения (без учёта распределения по СМО)	СМО – МГФОМС Обязателен для МО с ПФ
2	D+код МО.mmy	Справочник отделений МО.	СМО – МГФОМС Обязателен
3	NV+код МО.mmy	Справочник специалистов-исполнителей медицинских услуг	СМО – МГФОМС Обязателен
4	SPR+код МО.mmy	Справочник «Версии элементов НСИ, использованные при оформлении счета МО» за месяц «mmy»	СМО – МГФОМС Обязателен
5	R +код СМО+Y. mmy	Реестр пациентов, застрахованных СМО с результатом автоматизированного контроля /экспертизы	СМО – МГФОМС Обязателен при наличии не нулевой ИП от МО
6	S+код СМО+Y.mmy	Реестр медицинских услуг, оказанных пролеченным пациентам, застрахованным СМО, с результатами приемки СМО	СМО – МГФОМС Обязателен при наличии не нулевой ИП от МО
7	HO+код СМО.mmy	Перечень хирургических операций при применении медицинских стандартов в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного)	СМО – МГФОМС Обязателен при наличии поступлений от МО.
8	F13+код СМО.dbf	Сводная ведомость счетов МО, предъявленных и принятых к оплате	СМО – МГФОМС Обязателен
9	ME + код СМО + код МО. dbf	Экспертиза принятых к оплате счетов МО	СМО – МГФОМС Обязателен при наличии экспертизы
10	Файл «CTRL +код СМО+Y.mmy»	Реестр ошибок, выявленных СМО при автоматизированном контроле и/или при экспертизе счёта	СМО – МГФОМС Обязателен

11	ONK_SL + код СМО.mmy	Сведения о случае лечения онкологического заболевания	
12	ONK_USL + код СМО.mmy	Сведения об услуге	
13	ONK_CONS + код СМО.mmy	Сведения о консилиуме	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся в случае проведения консилиума. В случае отсутствия консилиума допускается создание записи с PR_CONS = 0, либо отсутствие записи в файле.
14	ONK_LS + код СМО.mmy	Сведения о лекарственном препарате	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся в случае проведения лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии. Допускается создание записи при иных типах услуги.
15	ONK_NAPR_V_OUT + код СМО.mmy	Сведения о цели исходящего направления	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся только в случае выдачи направления.
16	ONK_DIAG + код СМО.mmy	Сведения о диагностическом показателе	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся только в случае забора материала на исследование или получения результата диагностики.
17	ONK_PROT + код СМО.mmy	Сведения о противопоказании или отказе	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся только в случае регистрации противопоказания или отказа.

Файл R+код СМО+Y.mmy — «Реестр пациентов, застрахованных в СМО».

Файл реестра пациентов, заявленных и принятых СМО к оплате, отвечает по первым 13 параметрам структуре файла реестра пациентов, принятого СМО от МО (<R+код СМО.mmy>), и дополнен сообщением об ошибках .

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки.	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС (полиса) пациента / матери или иного законного представителя новорожденного, не имеющего государственной регистрации (свидетельства о рождении), далее – незарегистрированного новорожденного.	Заполнение обязательно
...
13	PRIK	Num	6	Идентификатор МО (Lpu_id), к которой прикреплен застрахованный.	Заполнение обязательно. Для застрахованных, не имеющих прикрепления либо незарегистрированных в РС ЕРЗЛ, указывается значение "0". Осуществляется СМО.
14	SN_POLY	Char	25	Серия и номер документа ОМС, принятого СМО к оплате.	Заполняется при расхождении документа ОМС, заявленного МО, от принятого к оплате.
15	ER_C	Char	3	Код ошибки по классификатору НСИ АИС ОМС «sookodXX», параметр <ER_C>. Заполняется для ошибочных записей (по ошибкам реестра и/или счета)	
16	ET	Char	2	Этап проверки по кодификатору НСИ АИС ОМС «sookodXX», параметр <codexpXX>	

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
17	REFREASON	Char	3	Код ошибки по классификатору ФОМС F014 (кодификатору НСИ АИС ОМС «sookodXX», параметр <refreason>)	
18	ET230	Num	1	Этап экспертизы в классификации ФОМС (приказ ФОМС от 28.02.2019 № 36)	
19	OPLATA	Num	1	Тип оплаты в классификации ФОМС: 1 – полная оплата; 2 – полный отказ (по ошибке реестра либо по полному снятию счёта); 3 – частичный отказ. Учитывается по результату экспертизы сводного счёта на пациента в данном МО при разнице в стоимости заявленного счёта и принятого к оплате	Заполнение обязательно
20	PRIKS	Num	6	Идентификатор МО (Lpu_id), к которой прикреплен застрахованный по профилю «стоматология».	Заполнение обязательно. Для застрахованных, не имеющих прикрепления по профилю «стоматология» либо незарегистрированных в РС ЕРЗЛ, указывается значение "0". Осуществляется СМО.

Файл «S+код СМО+Y.mtu» —

«Реестр медицинских услуг на пациентов», застрахованных СМО

Файл реестра счетов на пациентов, заявленных МО и принятых СМО, отвечает по первым 28 параметрам структуре файла реестра медицинских услуг, принятого СМО от МО (<S+код СМО.mtu>) и дополнен сообщением об ошибках (параметры 34 - 37), показателем «Расчетная величина подушевого финансирования» (параметр 38):

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки в файле.	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента/ матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного, зарегистрированного в файле «R+код СМО».	Заполнение обязательно
.....
29	PRIK	Num	6	Идентификатор МО (Lpu_id), к которой прикреплен застрахованный.	Заполнение обязательно. Для застрахованных, не имеющих прикрепления либо незарегистрированных в РС ЕРЗЛ, указывается значение "0"
30	F_TYPE	Char	2	Признак, указывающий на порядок финансирования медицинских услуг: fp – при оплате из средств подушевого финансирования данной МО пациентов, прикрепленных к данной МО с ПФ; up – при оплате из средств подушевого финансирования данной МО пациентов, прикрепленных к другим МО с ПФ; ft – при оплате по тарифу vz – при возмещении средств за МП, оказанную прикрепленным к другим МО (взаимозачеты) fh – оплата по тарифу раздела «Дополнительные услуги» МО с ПФ	Заполнение обязательно за исключением случаев стационарной медицинской помощи (МС, ВМП, раздел 99 КСГ). Пояснение: Для МО, не включенных в подушевое финансирование, медицинские услуги реестра (за искл. раздела 99) отмечаются кодом «ft»
31	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО	Заполнение обязательно

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
32	FIL_ID	Num	6	Идентификатор филиала МО. Для головной организации указывается идентификатор МО.	Заполнение обязательно
33	K2	Num	5.3	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи.	Заполнение обязательно при регистрации КСГ. Устанавливается МГФОМС для учреждения; включается в параметр счета для удобства расчета стоимости случая (по умолчанию равен 1,000)
34	ER_C	Char	3	Код ошибки по классификатору НСИ АИС ОМС «sookodXX», параметр <ER_C>. Заполняется для ошибочных записей (по ошибкам реестра и/или счета)	
35	ET	Char	2	Этап проверки по кодификатору НСИ АИС ОМС «sookodXX», параметр <codexpXX>	
36	REFREASON	Char	3	Код ошибки по классификатору ФОМС F014 (кодификатору НСИ АИС ОМС «sookodXX», параметр < REFREASON >	
37	ET230	Num	1	Этап экспертизы в классификации ФОМС (приказ ФОМС от 28.02.2019 № 36)	
38	S_CALC_PF	Num	12.2	Расчетная величина подушевого финансирования	Заполнение обязательно для МО с ПФ любого типа
39	PRIKS	Num	6	Идентификатор МО (Lpu_id), к которой прикреплен застрахованный по профилю «стоматология».	Заполнение обязательно. Для застрахованных, не имеющих прикрепления по профилю «стоматология» либо незарегистрированных в РС ЕРЗЛ, указывается значение "0"
40	DS_ONK	Num	1	Признак подозрения на злокачественное новообразование	Заполнение обязательно. Значения: «0» - нет подозрения на ЗНО, «1» - есть подозрение на ЗНО.
41	P_CEL	Char	3	Цель посещений	Заполнение обязательно только для амбулаторной помощи. Значение по классификатору «oprce1XX».
42	DN	Num	1	Диспансерное наблюдение	Обязательно для заполнения при P_CEL=1.3 Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1-состоит; 2-взят; 3 - снят; 4 - в т. ч. по выздоровлению В иных случаях значение «пусто».
43	REAB	Num	1	Признак реабилитации	Указывается значение «1» для случаев реабилитации. В иных случаях значение «пусто».
44	TAL_D	Date	8	Дата выдачи талона на ВМП	Заполнение обязательно в случае оказания ВМП. В иных случаях значение

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
					«пусто».
45	NAPR_V_IN	Num	1	Цель входящего направления	Значение по классификатору «оппаргХХ». Обязательно только в случае направления пациента из иной МО. В иных случаях значение «пусто».
46	C_ZAB	Num	1	Характер основного заболевания	Значение по классификатору «опсзabХХ». Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи В иных случаях значение «пусто».
47	NAPR_USL	Char	15	Код услуги, указанной в направлении.	Не заполняется.
48	VID_VME	Char	15	Вид медицинского вмешательства	Может быть заполнено для услуг ПЭТ / КТ и молекулярно-генетические исследования (коды МГР ОМС 29012-29019, 29023) оказанных при наличии подозрения на злокачественное новообразование или при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97)».
49	KD_FACT	Num	4	Количество дней, фактически проведенных пациентом в дневном стационаре	Обязательно к заполнению при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара. В остальных случаях может принимать значение 0 или дублировать значение K_U.

Замечание.

При отсутствии счета МО в связи с отсутствием застрахованных СМО, пролеченных за отчетный период, пакет отчетной информации по данному учреждению СМО в МГФОМС не направляет.

Файл «НО + код СМО.mmy» -

Перечень хирургических операций по кодификатору ФОМС при применении медицинских стандартов в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного)

При наличии данного файла от МО СМО транслирует указанный файл полностью в МГФОМС.

Файл «ONK_SL + код СМО.mmy» -

«Сведения о случае лечения онкологического заболевания»

При наличии данного файла от МО СМО транслирует указанный файл полностью в МГФОМС.

Файл «ONK_USL + код СМО.mmy» - «сведения об услуге»

При наличии данного файла от МО СМО транслирует указанный файл полностью в МГФОМС.

Файл «ONK_CONS + код СМО.mmy» - «сведения о консилиуме»

При наличии данного файла от МО СМО транслирует указанный файл полностью в МГФОМС.

Файл «ONK_LS + код СМО.mmy» - «сведения о лекарственном препарате»

При наличии данного файла от МО СМО транслирует указанный файл полностью в МГФОМС.

Файл «ONK_NAPR_V_OUT + код СМО.mmy» -

«Сведения о цели исходящего направления»

При наличии данного файла от МО СМО транслирует указанный файл полностью в МГФОМС.

Файл «ONK_DIAG + код СМО.mmy» -

«Сведения о диагностическом показателе»

При наличии данного файла от МО СМО транслирует указанный файл полностью в МГФОМС.

Файл «ONK_PROT + код СМО.mmy» -

«Сведения о противопоказании или отказе»

При наличии данного файла от МО СМО транслирует указанный файл полностью в МГФОМС.

Файл «CTRL +код СМО+Y.mmy»

«Реестр ошибок, выявленных СМО при автоматизированном контроле и/или при экспертизе счёта».

В файл включаются все ошибки, выявленные при проведении форматно-логического контроля и МЭК пакета отчетных файлов МО в объеме заявленного счета.

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID	Char	7	Указывается в соответствии с файлом «S+код СМО+Y.mmy»/ R +код СМО+Y.mmy.	Заполнение обязательно
2	ER_C	Char	3	Код ошибки по классификатору НСИ АИС ОМС «sookodXX», параметр <ER_C>. Заполняется для ошибочных записей (по ошибкам реестра и/или счета)	Заполнение обязательно
3	ER_F	Char	1	Указание файла с ошибкой	Заполнение обязательно. «S» для файла «S+код СМО+Y.mmy», «R» для файла «R+код СМО+Y.mmy».

4.2. Отчёт СМО в МГФОМС по финансовому взаимодействию с МО за отчётный период.

Файл «F13+код СМО. dbf» -

«Сводная ведомость финансового обеспечения счетов МО, предъявленных и принятых к оплате за отчётный период»

Представляется по всем МО, счета которых были приняты СМО, включая и счет за вызовы бригад СМП. При представлении файла F13+код СМО за отчётный период расширение файла указывается по его формату «dbf».

№	Имя поля	Тип	Размер	Назначение
1	RECID	Char	6	Уникальный идентификатор строки в файле
2	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО
3	INFO_TYPE	Char	1	Категория пациентов (М – латинская)
4	PERIOD	Char	6	Отчетный период в формате полный год и месяц без разделителя (201401 – январь 2014 года)
5	S_AVANS	Num	12.2	Авансовый платеж МО, полученный в отчетном месяце. Для МО с ПФ больничного типа включает авансирование организации в целом (всех отделений МО)
6	S_PRED	Num	12.2	Сумма средств, рассчитанная по тарифу по счету МО, заявленному за отчетный период, всего
7	S_PRED_PF*	Num	12.2	Сумма средств, рассчитанная по тарифу заявленных услуг подушевого финансирования, оказанных пациентам, прикрепленным и пролеченным в данной МО
8	S_CALC_PF*	Num	12.2	Расчетный объем подушевого финансирования
9	S_PR_OPL	Num	12.2	Стоимость медицинской помощи, принятой СМО к оплате по счету МО за отчетный период, всего. Рассчитывается по тарифу
10	S_PR_P*	Num	12.2	Стоимость принятых СМО к оплате медицинских услуг подушевого финансирования, оказанных пациентам, прикрепленным и пролеченным в данной МО
11	S_PR_PNO*	Num	12.2	Возмещаемая стоимость принятых СМО к оплате медицинских услуг подушевого финансирования, оказанных пациентам, прикрепленным к данной МО и пролеченным в других МО с ПФ (подлежит удержанию)
12	S_PR_OUTP*	Num	12.2	Возмещаемая стоимость принятых СМО к оплате медицинских услуг подушевого финансирования, оказанных пациентам, прикрепленным к другому МО с ПФ и пролеченным в данной МО (подлежит дополнению)
13	S_PR_NOPF*	Num	12.2	Стоимость медицинской помощи, оплачиваемой МО с ПФ больничного типа сверх подушевого финансирования = Дополнительные услуги + Стационарная помощь или Стоимость медицинской помощи, оплачиваемой МО с ПФ амбулаторного типа сверх подушевого финансирования = Дополнительные услуги
14	S_PR_NOP*	Num	12.2	Стоимость услуг подушевого финансирования, оказанных неприкрепленным пациентам в МО с ПФ и ПО МО с ПФ больничного типа
15	S_PR_AVANS*	Num	12.2	Авансовый платеж при подушевом финансировании ПО МО с ПФ больничного типа. Для МО с ПФ повторяет значение S_AVANS
16	S_FACT	Num	12.2	Не заполняется
17	S_PROFUSL	Num	12.2	Не заполняется
18	S_DAYHOS	Num	12.2	Не заполняется
19	S_REST_PF	Num	12.2	Не заполняется
20	PERIOD_E	Char	6	Отчетный период в формате полный год и месяц (201401- январь 2014 года) счёта МО, по которому проведена экспертиза ранее оплаченного СМО счёта (на этапах МЭЭ, ЭКМП)
21	ET	Char	1	Этап экспертизы ранее оплаченного счёта МО (кодификатор НСИ, «codexpXX», поле <cod_e>)
22	S_EXPERT1	Num	12.2	Сумма средств, удержанных (со знаком минус) / доплаченных (со знаком плюс) по результатам данного этапа экспертизы, всего
23	KOR_EXP*	Num	12.2	Сумма средств, удержанных по результатам данного этапа экспертизы ПО МО с ПФ больничного типа. Для МО с ПФ повторяет значение S_EXPERT1
24	S_SANK	Num	12.2	Сумма штрафных санкций, перечисленных МО в СМО в данном отчетном месяце. По умолчанию 0.00
25	S_FINE	Num	12.2	Сумма штрафных санкций, начисленных СМО в МО в данном отчетном месяце. По умолчанию 0.00
26	S_K_PERECH	Num	12.2	Итого к оплате за отчетный период: <i>для МО с ПФ / МО с ПФ больничного типа=</i>

№	Имя поля	Тип	Размер	Назначение
				S_CALC_PF - S_AVANS - S_PR_PNO+S_PR_OUTP+S_PR_NOP + S_PR_NOPF - S_EXPERT1 <u>для МО, не участвующих в подушевом финансировании =</u> S_PR_OPL-S_AVANS -S_EXPERT1
27	ИТОГ*	Num	12.2	Итого к оплате по Акту за отчетный период <u>для МО с ПФ (в т.ч. МО с ПФ</u> <u>больничного типа) =</u> S_CALC_PF- S_PR_AVANS-S_PR_PNO+S_PR_OUTP+S_PR_NOP - KOR_EXP
28	S_DOP1	Num	12.2	Авансовый платеж МО, полученный в текущем месяце. Для МО с ПФ больничного типа включает авансирование организации в целом (всех отделений МО)

Примечание:

Код сообщения ИП по данному отчету – «ТМ» (по застрахованным в г. Москве).

В отчет (один файл от СМО) включаются данные по всем МО, лечение пациентов которых СМО приняла к оплате.

Отчетный месяц – месяц оказания медицинской помощи

Текущий месяц – месяц осуществления платежей.

Поля 16 – 19 – резервные. Заполняются значением 0.00.

Для МО, не участвующих в подушевом финансировании, поля 7, 8, 10–15, 27 принимают нулевое значение.

При отсутствии в данном медицинском учреждении экспертизы ранее оплаченных счетов и штрафных санкций поля 20 и 21 не заполняются, поле 22 заполняется нулевым значением.

При отсутствии в данном учреждении финансовых удержаний/доплат по результатам проведенной экспертизы поля 22 и 24 заполняются нулевым значением. В полях 20 и 21 указывается отчетный период, по счету которого проводилась экспертиза, и ее вид соответственно.

В случае если в одной МО проводились 2 и более видов экспертизы счетов за один и тот же период, запись по МО повторяется, при этом поля с 5 по 15 включительно, и с 24 по 28 включительно заполняются нулевыми значениями.

В случае если в одном МО экспертиза проводилась по счетам за 2 и более месяцев, запись по МО повторяется, при этом поля с 5 по 15 включительно, и с 24 по 28 включительно заполняются нулевыми значениями.

При определении показателей в полях 26 и 27 следует учитывать: в случае, если в одной МО проводились несколько этапов экспертизы, либо экспертная проверка осуществлялась за 2 и более месяцев, фактическая сумма средств рассчитывается с учетом всех удержаний (доплат), зарегистрированных по данной МО в отчете за один и тот же период отчёта (<PERIOD>)

4.3. Отчёт СМО в МГФОМС о дефектах/ нарушениях, выявленных СМО в оплаченных счетах МО при проведении медико-экономической экспертизы (плановой, целевой) и экспертизы качества медицинской помощи (плановой, целевой).

Файл «МЕ + код СМО + код МО (Lpu_id).dbf»

– «Экспертиза принятых к оплате счетов МО»

СМО транслирует отчет по результатам проведенной экспертизы ранее оплаченных счетов, направленный в МО (п. 3.2), в МГФОМС.

В файл МО включаются ВСЕ проведенные экспертизы оплаченных персонафицированных счетов на пролеченных пациентов. При выявлении ошибок поля <ER_C> и <OSN230> заполняются кодом выявленного дефекта счета, при отсутствии дефектов все параметры «ошибок», за исключением параметра <ER_C> = 99, остаются пустыми.

5. Отчёт СМО в МГФОМС по объёму и стоимости медицинской помощи, принятой СМО к оплате

5.1 Файлы отчёта СМО в МГФОМС по объёму и стоимости медицинской помощи, принятой СМО к оплате

Формат файлов – MS-DOS DBASE-III, кодовая страница – «866», регистрация кодовой страницы имени файла обязательна. При представлении пакета отчётных файлов за отчётный период расширение файлов указывается в соответствии с форматом файла – dbf.

СМО предоставляет в МГФОМС файл «РС+код СМО+mmyu» – Zip-архив пакета <N+3> файлов, где N – число МО, с которыми СМО взаимодействовало в отчётном месяце по согласованию реестров пациентов и медицинской помощи, оказанной застрахованным в СМО.

В состав пакета входят:

– файл–отчёт по количеству пролеченных пациентов «РС+код СМО+mmyu.dbf». Представляется в едином файле по всем МО, предъявившим в СМО отчет по медицинской помощи, оказанной застрахованным СМО, после проведения СМО автоматизированного МЭК;

– N файлов «L+код МО.dbf» (по каждой МО в отдельности) по количеству и стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным СМО, и принятой СМО к оплате по итогам проведенного МЭК;

– электронные версии 2-х отчетов СМО на бумажном носителе:

- файл «РС+код СМО+mmyu.{xls,doc,pdf}» «Паспорт принятой по итогам МЭК медицинской помощи, оказанной пролеченным пациентам МО»;
- файл «РС+код СМО+mmyu+p.{xls,doc,pdf}» «Паспорт принятой по итогам МЭК медицинской помощи, оказанной пролеченным пациентам МО с подушевым финансированием».

Файл «РС+код СМО+mmyu.dbf»,

где mmyu – отчётный период – отчёт по количеству пациентов, счета за оказанную медицинскую помощь которым приняты СМО к оплате

№	Имя поля	Тип	Размер	Назначение
1	qs	Char	2	Код СМО
2	lpu_id	Num	6	Идентификатор МО
3	mcod	Char	7	Код МО
4	tms	Num	2	Номер отчетного месяца
5	krank	Num	7	Количество пациентов МО, за исключением выбывших из стационара круглосуточного пребывания, всего
6	kr_p*	Num	7	Количество пациентов, прикрепленных к <u>данной МО</u>
7	kr_outp*	Num	7	Количество пациентов, прикрепленных к <u>другим МО с ПФ</u> , пролеченных в данной МО или ПО МО с ПФ больничного типа, всего
8	kr_outvz*	Num	7	Количество пациентов, прикрепленных к <u>другим МО с ПФ</u> , пролеченных в данной МО или ПО МО с ПФ больничного типа, счета которых учтены при взаимозачете (дополнение)
9	kr_nop*	Num	7	Количество <u>неприкрепленных</u> пациентов, пролеченных в данной МО или ПО МО с ПФ больничного типа
10	kr_pno*	Num	7	Количество пациентов, прикрепленных к <u>данной МО и пролеченных в других МО - участниках горизонтальных расчетов</u> , счета которых учтены при взаимозачете (удержание)

11	krank_g	Num	7	Количество пациентов, выбывших из стационара круглосуточного пребывания, всего
12	krank_m	Num	7	Количество пациентов, пролеченных по МС (из числа выбывших из стационара)
13	kr_vmp	Num	7	Количество пациентов, пролеченных по ВМП (из числа выбывших из стационара)
14	s_pno*	Num	12.2	Стоимость средств, подлежащих исключению из финансирования по результатам взаимозачета с другими МО за пациентов, прикрепленных к данному МО и пролеченных в других МО – участниках горизонтальных расчетов
15	s_pf*	Num	12.2	Расчетная величина подушевого финансирования

Замечание. Общее количество пациентов, подсчитанное по одному МО по показателям файла «РС+код СМО+mmyu.dbf», может превышать количество пациентов МО, зарегистрированное в реестре пролеченных пациентов «R+код СМО+Y», так как одному пациенту МО в один отчетный период может быть оказана медицинская помощь в поликлиническом отделении МО и в стационарном отделении.

Файл «Медицинская помощь, принятая СМО по итогам МЭК» – «L+код МО.dbf»,
код МО – семизначный код МО системы ОМС (mcod) по справочнику медицинских организаций (НСИ АИС ОМС «SPRLPUxx»)

№	Имя поля	Тип	Размер	Назначение
1	tip	Char	1	Код прерывания МС
2	cod	Num	6	Код услуги/код МС/код КСГ/ код ВМП
3	det	Num	1	Признак детского профиля медицинской помощи: 0-нет, 1-да. При регистрации услуги/МС устанавливается автоматически по первой позиции кода. При регистрации ВМП /КСГ - вычисляется в соответствии с возрастом пациента (1- для детей в возрасте до 18 лет).
4	ord	Num	1	Признак услуги, участвующей во взаимозачетах МО для негоспитализированных пациентов, прикрепленных к другой МО: 0 - нет , 1- да

№	Имя поля	Тип	Размер	Назначение
5	k_u	Num	6	<p>Количество услуг одного кода с одинаковым признаком «особый случай».</p> <p>Для услуг «дневной стационар...» (разделы 97/197 реестра услуг) проводится суммирование законченных случаев лечения в отделении с одинаковым кодом услуги, что отвечает количеству случаев выписки пациентов из отделения дневного стационара, пролеченных по одинаковому коду услуги</p> <p>При учете МС указывается количество МС одного кода и одного типа прерывания, в т.ч. МС отделения реанимации для взрослого населения (раздел 83 реестра МС).</p> <p>При учёте медицинской помощи, оказанной детям в отделении реанимации (раздел 183 реестра МС), проводится суммирование случаев пребывания детей в отделении, пролеченных по одинаковому коду МС с одинаковым кодом прерывания.</p> <p>При учете КСГ указывается количество КСГ одного кода.</p> <p>При учете ВМП указывается количество методов ВМП одного кода.</p> <p>При подсчете услуг «койко-день...» (разделы 99/ реестра услуг) проводится суммирование законченных случаев лечения в профильном отделении стационара с одинаковым кодом услуги, что отвечает количеству случаев выписки пациентов из отделения стационара, пролеченных по одинаковому коду услуги.</p>
6	pr_all	Num	12.2	Стоимость (руб.)
7	k_dn	Num	6	<p>При учёте МС/КСГ/ВМП вычисляется количество фактических койко-дней при лечении по всем случаям МС/КСГ/ВМП, указанных в поле <k_u>, в т.ч. для МС реанимации (разделы 83 и 183 реестра МС).</p> <p>При учете услуг «дневной стационар...», «койко-день...» вычисляется количество фактических дней лечения для всех случаев, указанных в поле <k_u>.</p>
8	tpn	Char	1	<p>Признак «Особый случай» заполняется только для МО с ПФ</p> <p>Выделяются услуги, выполненные следующим категориям пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – прикрепленным к данной МО кодом = «3»; – прикрепленным к другим МО с ПФ, пролеченных в данной МО или ПО МО с ПФ больничного типа кодом = «2»; – неприкрепленным пациентам, пролеченных в данной МО или ПО МО с ПФ больничного типа кодом = «1»; – прикрепленным к данной МО, прикрепленным к другим МО с ПФ, неприкрепленным пациентам, финансируемым из средств больничного учреждения = «4»; – прикрепленным к данной МО, прикрепленным к другим МО с ПФ, неприкрепленным пациентам, исключенным из средств подушевого финансирования = «4»; <p>Услуги стационарной помощи не выделяются (поле не заполняется)</p>

Файл-отчёт по объёму и стоимости оплаченной медицинской помощи формируется по файлам персонифицированных реестров пролеченных пациентов и реестров медицинской помощи, оказанной пролеченным застрахованным (**R+код СМО+Y.mtu** и **S+код СМО+Y.mtu**) – проводится суммирование принятых к оплате услуг, фактических койко-дней при лечении по МС(КСГ)/ВМП и их стоимости с учетом категории пациентов – прикрепленных к МО и неприкрепленных.

5.2 Форма отчёта СМО по объёму и стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным МО за отчётный период, и принятой СМО к оплате

Представляется в МГФОМС ежемесячно по всем МО, счета которых за медицинскую помощь, оказанную застрахованным СМО, приняты к оплате, в составе архива отчётных файлов СМО (электронная версия) и на бумажном носителе в двух экземплярах – по одному для каждой.

Форма отчёта по МО, не участвующих в подушевом финансировании

Паспорт принятой по итогам МЭК медицинской помощи, оказанной пациентам МО

за _____ 202... год

(месяц)

Страховая медицинская организация _____

(наименование, код)

№ п/п	Наименование МО	Код МО	Округ	Принято к оплате					
				Количество пациентов			Стоимость, руб.		
				Всего	Из них:		Всего	Из них:	
					Негоспитализированных	Выбывших		Негоспитализированных	Выбывших
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Итого:									

**Паспорт
принятой по итогам МЭК медицинской помощи, оказанной пациентам МО с подушевым финансированием**

Страховая организация _____
(наименование, код)

№ п/п	Наименование МО	Код МО	Округ	Принято к оплате															Расчетная величина подушевого финансирования, руб.	Итого к оплате за отчетный период, руб.**	
				Количество пациентов							Стоимость, руб.										
				Всего	Из них пролеченных в ПО МО:			Прикрепленных к данной МО и пролеченных в других МО с горизонтальными расчетами (взаимозачеты, удержание)	Выбывших	АПП			Дополнительные услуги	Стационарная МП	Итого, расчет по тарифу*	Прикрепленных к данной МО и пролеченных в других МО с горизонтальными расчетами (взаимозачеты, удержание)					
					прикрепленных к данной МО	прикрепленных к другим МО с ПФ	в т.ч. по взаимозачетам (дополнение)			неприкрепленных	прикрепленных к данной МО	всего					в т.ч. по взаимозачетам (дополнение)	неприкрепленных			
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21					
1																					
...																					
109																					
Итого:																					

*графа 18=графа 12+графа 13+графа 15+графа 16+графа17
(*графа 18=<S_PR_OPL> в F13-файле)

**графа 21=графа 20-графа19+графа 14+графа 15+графа 16+графа17
(**<S_K_PERECH>= графа 21-<S_AVANS>-<S_EXPERT1> в F13-файле)

Руководитель информационной службы СМО _____
(должность, подпись, фамилия)

Подготовил от СМО _____
(должность, подпись, фамилия)

Дата _____ 202...г.
МП

6. Протокол обмена данными МО и МГФОМС при согласовании счетов за медицинскую помощь, оказанную иногородним пациентам за отчётный период.

Формат файлов - MS-DOS DBASE-III; кодовая страница – «866», регистрация кодовой страницы имени файла - обязательна. При представлении пакета отчётных файлов за отчётный период расширение файлов формата dbf указывается как *тту* (номер месяца и последняя цифра года).

6.1 Отчёт МО в МГФОМС по персонифицированным счетам за медицинскую помощь, оказанную иногородним пациентам.

В пакет архивного файла при отчёте по иногородним пациентам МО направляет в МГФОМС аналогичные файлы, перечисленные в таблице 1 настоящего приложения. Код ИП с присоединённым архивным файлом равен 2. В наименовании файлов код СМО заменяется на сочетание «IN».

Таблица 3

№	Имя файла	Содержание	Примечание
----------	------------------	-------------------	-------------------

1	D+ код МО. <i>mmy</i>	Справочник отделений МО	МО – МГФОМС Обязателен
2	NV+ код МО. <i>mmy</i>	Справочник специалистов - исполнителей медицинских услуг	МО – МГФОМС Обязателен
3	RIN . <i>mmy</i>	Реестр пролеченных иногородних пациентов	МО – МГФОМС Обязателен при наличии иногородних пациентов. При их отсутствии направляется «пустой» файл
4	SIN . <i>mmy</i>	Реестр медицинских услуг на пролеченных иногородних пациентов	МО – МГФОМС Обязателен при наличии иногородних пациентов. При их отсутствии направляется «пустой» файл
5	HOIN . <i>mmy</i>	Перечень хирургических операций при применении медицинских стандартов в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного)	МО – МГФОМС Обязателен при наличии случаев применения хирургических операций при лечении пациента стационара
6	SPR +код МО. <i>mmy</i>	Справочник «Версии элементов НСИ, использованные при оформлении счета МО» за месяц «тту»	МО – МГФОМС Обязателен.
7	S_IN+ <i>mmy.pdf</i>	Паспорт счета МО – электронная Паспорта счета МО на бумажном носителе	МО – МГФОМС Обязателен
8	ONK_SL IN . <i>mmy</i>	Сведения о случае лечения онкологического заболевания	
9	ONK_USLIN . <i>mmy</i>	Сведения об услуге	
10	ONK_CONSIN . <i>mmy</i>	Сведения о консилиуме	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся в случае проведения консилиума. В случае отсутствия консилиума допускается создание записи с PR_CONS = 0, либо отсутствие записи в файле.
11	ONK_LSIN . <i>mmy</i>	Сведения о лекарственном препарате	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся в случае проведения лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии. Допускается создание записи при иных типах услуги.
12	ONK_NAPR_V_OUTIN . <i>mmy</i>	Сведения о цели исходящего направления	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся только в случае выдачи направления.
13	ONK_DIAGIN . <i>mmy</i>	Сведения о диагностическом показателе	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся только в случае забора материала на исследование или получения результата диагностики.
14	ONK_PROTIN . <i>mmy</i>	Сведения о противопоказании или отказе	Файл не является обязательным. Запись в файле создаётся только в случае регистрации противопоказания или отказа.

Файлы - справочники отделений МО и специалистов - исполнителей медицинской помощи (типа <D> и <NV>), версии элементов НСИ, использованные при оформлении счета МО (типа <SPR>) - это та же отчетность, что МО направляет в СМО при ИП о счете за лечение застрахованных.

Файл «RIN.mtu» — «Реестр иногородних пациентов»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки в файле. Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента /матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного. Заполняется один раз и для незарегистрированных новорожденных из многоплодных родов и в случае регистрации счётов и на мать и на незарегистрированного новорожденного. Заполнение обязательно. В случае ссылки на документ ОМС матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного в параметр «особый случай в реестре пациентов» D_TYPE указывается код «9». В качестве разделителя серии и номера допускаются символы: точка, пробел, тире, слеш («.», « », «-», «/»)
3	Tip_P	Char	1	Тип документа ОМС (полиса): "С" - полис старого образца "В" - временное свидетельство, выданное на территории другого субъекта РФ Е - временное свидетельство в форме электронного документа "П" - полис единого образца на бумажном носителе "К"(кириллица) - полис в составе УЭК "Э" – электронный полис "Х"(кириллица) - Состояние на учёте без полиса ОМС (используется для состояний на учёте, возникших при распределении по СМО застрахованных лиц, не подавших заявление на выбор СМО) Заполнение обязательно
4	Q	Char	2	Категория пациента = IN. Заполнение обязательно
5	ENP	Char	16	Единый номер полиса (ЕНП) – идентификатор застрахованного лица в системе ОМС. Обязательный параметр на этапе перехода ко 2-му этапу МЭК после идентификации пациента в ЦС ЕРЗЛ: - для действующего полиса единого образца типов «П», «К», «Э» – ЕНП повторяет номер полиса (параметр <Sn_pol>); - для полиса старого образца (тип «С») и временного свидетельства (тип «В») используется расчетный номер полиса единого образца, зарегистрированный в ЦС ЕРЗЛ. Определяется при запросе к ЦС ЕРЗЛ. ЕНП в счёте при наличии сведений может быть указан оператором МО, либо определён МГФОМС автоматически в ходе МЭК в случае успешной идентификации пациента в ЦС ЕРЗЛ. В противном случае в качестве иногороднего пациента счёт оплате не подлежит.
6	C_T	Num	3	Код территории страхования (по кодификатору НСИ АИС ОМС "TerritXX", параметр <C_T>). Заполнение обязательно.
7	FAM	Char	40	Фамилия пациента. Для незарегистрированного новорожденного, в т.ч. в случае регистрации незарегистрированных новорожденных из многоплодных родов указывается фамилия матери или иного законного представителя ребёнка единожды. При одновременном лечении матери и незарегистрированного новорожденного также указывается один раз. Фамилия пациента записывается полностью с первой позиции поля, без сокращений и точек, буквами русского алфавита, допускаются также пробел и символы «'» и «-». -При отсутствии в документе УДЛ фамилии пациента поле <Fam> не заполняется (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type>=«4»; --При отсутствии в документе УДЛ фамилии и отчества пациента поля

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
				<Fam>, <Ot> не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type>=«6»; -Фамилия, состоящая из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов <D_type>= «U».
8	IM	Char	40	Имя пациента. Аналогично фамилии. -При отсутствии в документе УДЛ имени и отчества пациента поля <Im>, <Ot> не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type>= «5»; -Имя пациента, состоящее из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов <D_type>= «U».
9	OT	Char	40	Отчество пациента. Аналогично фамилии. -При отсутствии отчества у пациента – не заполняется при ссылке на «особый случай реестра пациентов» (параметр <D_type>= «2»); --При отсутствии в документе УДЛ имени и отчества пациента поля <Im>, <Ot> не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type>= «5»; --При отсутствии в документе УДЛ фамилии и отчества пациента поля <Fam>, <Ot> не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type>=«6».
10	W	Num	1	Пол пациента (кодификатор НСИ «кодrolXX»). Для незарегистрированного новорожденного, в т.ч. в случае регистрации незарегистрированных новорожденных из многоплодных родов, указывается пол законного представителя ребёнка. Заполнение обязательно
11	DR	Date	8	Дата рождения пациента в последовательности: ГГГГММДД. При отсутствии дня/дня и месяца указывается «ГГГГММ01» / «ГГГГ0101» при обязательной ссылке на соответствующее значение признака "Особый случай в реестре пациента" Для незарегистрированного новорожденного, в т.ч. в случае регистрации незарегистрированных новорожденных из многоплодных родов указывается дата рождения матери или иного законного представителя ребёнка. Заполнение обязательно
12	PLACE_W	Char	100	Место рождения пациента (матери или иного законного представителя для незарегистрированного новорожденного) по документу, удостоверяющему личность пациента (представителя).
13	C_A	Num	3	Код территории места жительства (кодификатор НСИ «territXX») по документу, удостоверяющему личность пациента. Для детей до 14 лет – по месту жительства матери / законного представителя, в т.ч. для незарегистрированных новорожденных. Заполнение обязательно
14	RN	Char	60	Название района (по месту жительства) при наличии сведений о районе в документе записывается заглавными буквами
15	GOR	Char	60	Название населенного пункта со ссылкой на его тип (ГОРОД ОМСК, СЕЛО КАРАЧАЕВО, ПОСЕЛОК РАБОЧИЙ и т.п.) записывается заглавными буквами/ Заполнение обязательно
16	UL	Char	60	Название улицы со ссылкой на тип (ПЛОЩАДЬ СВОБОДЫ, УЛИЦА ГАРИБАЛЬДИ, ПРОЕЗД СТАЛЕВАРОВ, ПРОСПЕКТ ЛЕНИНСКИЙ и т.п.) записывается заглавными буквами. Заполнение обязательно
17	DOM	Char	7	Номер дома. При отсутствии – не заполняется
18	KOR	Char	5	Номер корпуса (строения). При отсутствии – не заполняется
19	KV	Char	5	Номер квартиры. При отсутствии – не заполняется
20	SN_PASP	Char	20	Серия и номер предъявленного документа, удостоверяющего личность пациента / матери или иного законного представителя для незарегистрированного новорожденного. Для детей в возрасте до 14 лет – свидетельства о рождении. Строго по шаблону. Серия и номер разделены одним пробелом. Заполнение обязательно для лиц, предъявивших полис старого образца или ВС

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
21	Q_PASP	Char	1	Код вида документа, удостоверяющего личность (классификатор НСИ АИС ОМС «viddocXX», параметр <Q_pasp>). Заполнение обязательно при ссылке на полис старого образца
22	DOCDATE	Date	10	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность. Заполнение обязательно для лиц, предъявивших полис старого образца или ВС
23	DOCORG	Char	250	Орган, выдавший документ, удостоверяющий личность. Заполнение обязательно для лиц, предъявивших полис старого образца или ВС
24	SNILS	Char	14	СНИЛС пациента (законного представителя)
25	D_TYPE	Char	1	Признак «Особый случай в реестре пациентов» по кодификатору НСИ АИС ОМС «osoreeXX», параметр <>: "Y" - день рождения по документу, удостоверяющему личность, не указан; "W" - день и месяц рождения по документу, удостоверяющему личность, не указаны; "9" - незарегистрированный новорожденный оформлен по полису матери (законного представителя). Код имеет наивысший ранг. Заполнение обязательно
26	FAM1	Char	40	Заполняется только для незарегистрированных новорожденных повторами значений параметров FAM, IM, OT данной строки в автоматическом режиме
27	IM1	Char	40	
28	OT1	Char	40	

Внимание! Запись номера паспорта в качестве документа ОМС не допускается.

Примечание. О правилах записи сведений о ВС.

Временное свидетельство, выданное на другой территории (тип документа ОМС = «В»). Состоит из 9 цифровых символов с ведущими левыми нулями. Если во временном свидетельстве, выданном на иной территории, девять цифровых символов разделены на серию и номер, в счете записывается серия и номер подряд без пробела. Пример: временное свидетельство состоит из серии 029 и номера 634287. В реестре пациентов записывается: тип документа ОМС = «В», номер документа 029634287. Сведения о документе, удостоверяющем личность, обязательны.

Файл «SIN.mmy» -

«Реестр медицинских услуг на пролеченных иногородних пациентов»

Файл <SIN.mmy> полностью соответствует структуре, формату и правилам заполнения файла "Реестр медицинских услуг на пролеченных пациентов, застрахованных СМО" (типа <S>), описание которого приведено в п.3.1 настоящего документа.

Файл «HOIN + код МО.mmy»

- перечень хирургических операций по кодификатору ФОМС при применении медицинских стандартов в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного). Структура, формат и правила заполнения приведены в п. 3.1 настоящего документа (файл типа <HO>)

Файл «ONK_SL + код СМО.mmy» -

«Сведения о случае лечения онкологического заболевания»

Структура, формат и правила заполнения приведены в п. 3.1 настоящего документа (файл типа <ONK_SL>)

Файл «ONK_USL + код СМО.mmy» - «сведения об услуге»

Структура, формат и правила заполнения приведены в п. 3.1 настоящего документа (файл типа <ONK_USL>)

Файл «ONK_CONS + код СМО.mmy» - «сведения о консилиуме»

Структура, формат и правила заполнения приведены в п. 3.1 настоящего документа (файл типа <ONK_CONS>)

Файл «ONK_LS + код СМО.mmy» - «сведения о лекарственном препарате»

Структура, формат и правила заполнения приведены в п. 3.1 настоящего документа (файл типа <ONK_LS>)

Файл «ONK_NAPR_V_OUT + код СМО.mmy» -

«Сведения о цели исходящего направления»

Структура, формат и правила заполнения приведены в п. 3.1 настоящего документа (файл типа <ONK_NAPR_V_OUT>)

Файл «ONK_DIAG + код СМО.mmy» -

«Сведения о диагностическом показателе»

Структура, формат и правила заполнения приведены в п. 3.1 настоящего документа (файл типа <ONK_DIAG>)

Файл «ONK_PROT + код СМО.mmy» -

«Сведения о противопоказании или отказе»

Структура, формат и правила заполнения приведены в п. 3.1 настоящего документа (файл типа <ONK_PROT>)

Файл «SPR+код МО.mmy» —

«Версии элементов НСИ, использованных при оформлении счета МО» за медицинскую помощь, оказанную иногородним пациентам в отчетный период «mmy»

Структура, формат и правила заполнения приведены в п. 3.1 настоящего документа

6.2 Отчёт МГФОМС в МО по результату автоматизированного контроля персонифицированных счетов МО за медицинскую помощь, оказанную иногородним пациентам за отчётный период

Файл «CTRLIN.Mmy» —

«Реестр ошибок, выявленных МГФОМС при автоматизированном контроле и/или при экспертизе счёта иногородних пациентов МО»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	FILE	Char	12	Имя файла, в котором обнаружена ошибка (реестр, счет-фактура, дополнение к счёту-фактуре)
2	RECID	Char	7	Идентификатор ошибочной записи по файлу
3	ERRORS	Char	5	Код ошибки (классификатор НСИ «Sookod») и этап проверки по классификатору – «А» (латинская) - выявлена при проведении автоматизированного контроля, «Е» (латинская) - экспертом
4	E_COD	Num	6	Код услуги, принятой к оплате. Заполняется в случае, если при согласовании счёта проводится замена услуги, зарегистрированной в реестре SIN, не принятой к оплате, на иную услугу, подлежащую оплате.
5	E_KU	Num	3	Количество услуг/фактических койко-дней, принятых к оплате. Заполняется при наличии данных в параметр E_COD
6	E_TIP	Char	1	Код типа прерывания МС, принятого к оплате. Заполняется при замене МС, зарегистрированного в реестре SIN
7	REFREASON	Char	3	Код ошибки по классификатору ФОМС F014
8	ET230	Num	1	Этап экспертизы по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36
9	Osn230	Char	9	Цифровая идентификации оснований для отказа в оплате медицинской помощи в свете приложения 8 к приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36
10	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО
11	FIL_ID	Num	6	Идентификатор филиала МО, счет которого признан ошибочным (по файлу счета). Для записей реестра пациентов, снятых с оплаты по

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
				ошибкам реестра, не заполняется

Примечание: может быть несколько записей с ошибками, относящиеся к одной записи проверенных файлов реестров пациентов и медицинских услуг на пациентов МО.

7. Протокол обмена данными МО и МГФОМС при согласовании счетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в Москве, по методам ВМП профиля «онкология», в дополнение к базовой программе ОМС и проведению пренатальной диагностики не установленной базовой программой ОМС за отчётный период.

Формат файлов - MS-DOS DBASE-III; кодовая страница – «866», регистрация кодовой страницы имени файла - обязательна. При представлении пакета отчётных файлов за отчётный период расширение файлов формата dbf указывается как *тту* (номер месяца и последняя цифра года).

7.1 Отчёт МО в МГФОМС по персонифицированным счетам за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в Москве, по методам ВМП профиля «онкология», в дополнение к базовой программе ОМС и проведению пренатальной диагностики не установленной базовой программой ОМС за отчётный период.

В пакет архивного файла при отчёте по иногородним пациентам МО направляет в МГФОМС файлы, перечисленные в таблице 4. Код ИП с присоединённым архивным файлом равен «V» - по методам ВМП профиля «онкология», в дополнение к базовой программе ОМС, «Р» - по пренатальной диагностики, не установленной базовой программой ОМС москвичи, «PI» - по пренатальной диагностики, не установленной базовой программой ОМС иногородние.

В пакет архивного файла входит штатный набор файлов-справочников МО (справочник отделений МО и справочник исполнителей медицинских услуг), перечень хирургических операций (только для данных по ВМП профиля онкология), реестр пациентов, реестр медицинских услуг.

Таблица 4

№	Имя файла	Содержание	Примечание
1	D+ код МО. <i>тту</i>	Справочник отделений МО	МО – МГФОМС Обязателен
2	NV +код МО. <i>тту</i>	Справочник специалистов - исполнителей медицинских услуг	МО – МГФОМС Обязателен
3	RVV . <i>тту</i>	Реестр пролеченных иногородних пациентов	МО – МГФОМС Обязателен при наличии иногородних пациентов. При их отсутствии направляется «пустой» файл
4	SVV . <i>тту</i>	Реестр медицинских услуг на пролеченных иногородних пациентов	МО – МГФОМС Обязателен при наличии иногородних пациентов. При их отсутствии направляется «пустой» файл
5	HO +код МО. <i>тту</i>	Перечень хирургических операций при применении медицинских стандартов в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного)	МО – МГФОМС Обязателен при наличии случаев применения хирургических операций при лечении пациента стационара
6	SPR +код МО. <i>тту</i>	Справочник «Версии элементов НСИ, использованные при оформлении счета МО» за месяц «тту»	МО – МГФОМС Обязателен.
7	S_VV + <i>тту.pdf</i>	Паспорт счета МО – электронная Паспорта счета МО на бумажном носителе	МО – МГФОМС Обязателен

7.2 Файлы отчёта МО в МГФОМС

7.2.1 Справочники МО

По методам ВМП профиля «онкология», в дополнение к базовой программе ОМС в соответствии с п. 3.1.1

7.2.2 Справочники МО

По пренатальной диагностики не установленной базовой программой ОМС.

Файл <D+код МО.мту> — «Справочник отделений МО»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID	Char	6	Уникальный идентификатор строки	Заполнение обязательно
2	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО как юридического лица	Заполнение обязательно
3	FIL_ID	Num	6	Идентификатор филиала МО.	При отсутствии филиала повторяется идентификатор МО. Заполнение обязательно
4	MCOD	Char	7	Код МО (филиала МО) по справочнику "SprlpuXX" (значение параметра "mcod")	Заполнение обязательно
5	IOTD	Char	8	Уникальный фасетный код отделения МО (отделения филиала МО)	Правила формирования кода отделения приведены ниже Заполнение обязательно
6	NAME	Char	100	Наименование отделения МО (отделения филиала МО)	Заполнение обязательно
7	PR_NAME	Char	100	Наименование профиля отделения по кодификатору ФОМС (значение параметра < PR_NAME > в справочнике "PrV002XX")	Заполнение обязательно
8	CNT_BED	Num	5	Количество коек отделения	Заполнение обязательно

**Файл <NV+ код МО.mtu> - "Справочник специалистов - исполнителей
медицинской помощи МО"**

В справочнике указываются персональные данные исполнителя, его код, специальность и отделение (кабинет) МО, где данный исполнитель работает по указанной специальности. Для больничных учреждений при лечении в отделении круглосуточного стационара в качестве исполнителя указывается лечащий врач пациента.

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1		Char	10	Идентификационный код (номер) медицинского специалиста, уникальный для данного МО или филиала МО.	Допускаются любые буквенные и цифровые символы, а также знаки "-", "/", "_", "()". Пробел в качестве разделителя идентификатора не допускается. Заполнение обязательно
2	L	Char	25	Серия и номер действующего документа ОМС специалиста (в т.ч. номер полиса единого образца) вне зависимости от ТФОМС, выдавшего полис.	Заполнение обязательно.
3	FAM	Char	40	Фамилия (кириллица) специалиста.	Первая буква заглавная, далее строчные. Каждая часть составной фамилии начинается с заглавной буквы. Записывается через тире или пробел в соответствии с записью в документе ОМС. Заполнение обязательно
4	IM	Char	40	Имя специалиста.	Аналогично фамилии. Заполнение обязательно
5	OT	Char	40	Отчество специалиста.	Аналогично фамилии. При отсутствии в документе ОМС не заполняется
6	DR	Char	8	Дата рождения (ГГГГММДД)	Заполнение обязательно
7	W	Num	1	Пол (1 - мужской, 2 - женский)	Заполнение обязательно
		Num	6	Идентификатор филиала МО; для головной организации указывается идентификатор МО.	При отсутствии филиала повторяется идентификатор МО LPU_ID. Заполнение обязательно
	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО	Заполнение обязательно
10	PRVS	Num	4	Специальность (кодификатор НСИ АИС ОМС «SpV015XX», параметр «Code»)	Заполнение обязательно
11	D_SER	Date	8	Дата выдачи сертификата	Заполнение обязательно
12	D_SER2	Date	8	Дата выдачи второго сертификата	Заполняется, если в течении отчетного периода действовали последовательно 2 сертификата на одну специальность
13	D_PRIK	Date	8	Дата приема на работу по данной специальности	Заполнение обязательно
14		Char	8	Код отделения МО, в котором специалист работает по данной специальности, по справочнику отделений "D+код МО" (указывается значение параметра <iotd>)	Заполнение обязательно

15	LGOT_R	Char	1	Метка о включении данного специалиста в перечень врачей, имеющих право выписки льготного рецепта ("1")	
16	C_OGRN	Char	15	Общероссийский государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинского учреждения.	Заполнение обязательно.

МО регистрирует специалистов - исполнителей, указанных в счете по оказанной МО медицинской помощи, принятых на работу в отчетном периоде.

Файл «НО + код СМО.mmy» -

перечень хирургических операций по кодификатору ФОМС⁴ при применении медицинских стандартов в больничных учреждениях (только для данных о ВМП профиля онкология)

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки в данном файле НО. Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента (матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного) – совпадает со значением поля в файле Sxx.mmy. Заполнение обязательно
3.	C_I	Char	30	Номер истории болезни Заполнение обязательно.
4	CODHO	Char	14	Код хирургической операции по кодификатору ФОМС (НСИ АИС ОМС «НОРFF_хх»). Заполнение обязательно
5	K_NO	Num	2	Количество проведенных операций данного кода при лечении по одному МС. Заполнение обязательно.
6	COD	Num	6	Код МС (по файлу счета). Заполнение обязательно.

Файл «RVV.mmy» — «Реестр пациентов»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки.	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС (полиса) пациента / матери или иного законного представителя новорожденного, не имеющего свидетельства о рождении (далее – незарегистрированного новорожденного)	Заполнение обязательно
3	TIP_P	Char	1	Тип документа ОМС (полиса): "С" - полис старого образца "В" - временное свидетельство Е - временное свидетельство в форме электронного документа "П" - полис единого образца на бумажном носителе "К"(кириллица) - полис в составе УЭК "Э" – электронный полис "Х"(кириллица) - Состояние на учёте без полиса ОМС (используется для состояний на учёте, возникших при распределении по СМО застрахованных лиц, не подавших заявление на выбор СМО)	Заполнение обязательно

⁴ Учёт хирургических операций ведется по кодам услуги класса «А» подраздела «16 – оперативное лечение» в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
4	QQ	Char	2	Идентификатор СМО по справочнику "SprsmoXX".	НСИ АИС ОМС. Заполнение обязательно
5	ENP	Char	16	Идентификатор ЗЛ в системе ОМС (номер действующего полиса единого образца либо расчетный номер полиса единого образца, который зарегистрирован в ЦС ЕРЗЛ по полису старого образца).	Для старого полиса (тип «С») и ВС (тип «В») указывается расчетный номер полиса единого образца (ЕНП), считанный с ответа РС ЕРЗЛ; при отсутствии ВС в РС ЕРЗЛ - не заполняется. Для полиса типа П, К, Э – повторяется номер полиса.
6	FAM	Char	40	Фамилия пациента / матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного.	Кириллица, Первая буква заглавная, далее строчные. Каждая часть составной фамилии начинается с заглавной буквы. Записывается через тире или пробел в соответствии с записью в документе ОМС. Заполнение условно
7	IM	Char	40	Имя пациента/ матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного.	Аналогично фамилии. Заполнение условно
8	OT	Char	40	Отчество (при наличии) пациента/ матери или иного законного представителя незарегистрированного новорожденного. При отсутствии отчества не заполняется. Отсутствие отчества подтверждается соответствующим кодом кодификатора «OsoreeXX».	Аналогично фамилии. Заполнение обязательно при наличии отчества в документе ОМС.
9	W	Num	1	Пол пациента: 1 - мужской, 2 – женский.	Заполнение обязательно
10	DR	Date	8	Дата рождения пациента в последовательности ГГГГММДД. При отсутствии дня или дня и месяца в документе, удостоверяющем личность, указывается ГГГГММ01/ ГГГГ0101	Заполнение обязательно
11	D_TYPE	Char	1	Признак «Особый случай в реестре пациентов» по кодификатору "OsoreeXX"	НСИ АИС ОМС. Заполнение обязательно
12	SV	Char	3	Значение вектора сверки по РС ЕРЗЛ по кодификатору «OsorzXX»).	НСИ АИС ОМС. Заполнение обязательно, в т.ч. в случае отрицательного ответа на запрос РС ЕРЗЛ
13	PRIK	Num	6	Идентификатор МО (Lpu_id), к которой прикреплен застрахованный.	Заполнение обязательно. Для застрахованных, не имеющих прикрепления, либо незарегистрированных в РС ЕРЗЛ, указывается значение "0". Применяется для формирования Паспорта счета МО.

Файл «SVV.mmu» - «Реестр медицинских услуг, оказанных пациентам»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
1	RECID	Char	7	Уникальный идентификатор строки в файле.	Заполнение обязательно
2	SN_POL	Char	25	Серия и номер документа ОМС пациента/ матери или иного законного представителя незарегистрированного	Заполнение обязательно

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
				новорожденного, зарегистрированного в файле «R+код СМО».	
3.	C_I	Char	30	Номер медицинской карты /амбулаторного талона.	Правила записи приведены в примечании 1 к настоящей таблице. Заполнение обязательно.
4	TIP	Char	1	Форма учета медицинской помощи:	
5	IOTD	Char	8	Код отделения МО (отделения филиала МО) по справочнику отделений "D+код МО"	Заполнение обязательно
6.	D_U	Date		Дата оказания услуги (дата выписки из стационара).	Заполнение обязательно.
7.	DS	Char	6	Код диагноза основного /выписного по МКБ -10 по справочнику «Mkb_10XX».	
8	DS_2	Char	6	Код диагноза сопутствующего заболевания (при наличии) по МКБ-10 по справочнику «mkb_10XX» (при наличии).	
9	DS_3	Char	6	Код дополнительного диагноза осложнения заболевания (при наличии).	
10	Kur	Num	5.3	Коэффициент сложности курации пациента. Определяется возрастом и иными характеристиками состояния пациента	
11	COD	Num	6	Код медицинской помощи (услуги /ВМП) по справочникам «ReesusXX», «ReesmsXX», «ReesvpXX» (=раздел 300 «ReesmsXX»), соответственно (параметр <Cod>).	Правила регистрации медицинской помощи приведены в примечании 2 к настоящей таблице. Заполнение обязательно.
12	CODNOM	Char	14	Код номенклатуры (хирургической операции) по кодификатору "ReesnmXX", параметр <Codnom>).	НСИ АИС ОМС
13	DET	Num	1	Признак детского профиля медицинской помощи: 0-нет, 1-да.	При регистрации услуги устанавливается автоматически по первой позиции кода. При регистрации ВМП - вычисляется в соответствии с возрастом пациента (1- для детей в возрасте до 18 лет). Заполнение обязательно.
14	K_U	Num	4	Количество услуг одного кода, зарегистрированных по данному диагнозу на данную дату у данного специалиста/количество койко-дней при лечении госпитализированного в стационаре круглосуточного пребывания.	Заполнение обязательно.
15	D_TYPE	Char	1	Признак «Особый случай счета пациента» (кодификатор «ososchXX», параметр <D_type>)	НСИ АИС ОМС Заполнение обязательно.
16	NOVOR	Char	9	Признак незарегистрированного новорожденного по правилам ФОМС.	Не заполняется.
17	VNOV_M	Num	4	Вес при рождении (в граммах).	Не заполняется.
18	TIPGR	Char	1	параметр <Tipgr> кодификатора "TipGrXX")	
19	RSLT	Num	3	Результат лечения (по кодификатору «RSV009xx», параметр <Rslt>).	Заполнение обязательно.

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание	Комментарий
20	PCOD	Char	10	Код исполнителя услуги / лечащего врача (для госпитализированных) по справочнику NV+код МО.mmy (параметр <Pcod>).	Заполнение обязательно.
21	PRVS	Num	4	Специальность исполнителя медицинской помощи по справочнику <NV+код МО.mmy>. Указывается параметр <Prvs> справочника, соответствующий отделению (параметр <iotd> справочника), где была оказана медицинская помощь (<iotd> счета).	Заполнение обязательно.
22	ORD	Num	1	Для пациентов, выписанных из отделения стационара круглосуточного пребывания указывается тип госпитализации: 1 – плановая (кроме госпитализации в МО, подведомственные федеральным органам власти (список ведёт УО ОМС); 2 – экстренная (пациент доставлен бригадой СМП / НМП); 3 – пациент обратился самостоятельно; 5- плановая госпитализация в МО, подведомственные федеральным органам власти.	Заполнение обязательно для пациентов стационара круглосуточного пребывания.
23	DATE_ORD	Date	8	Дата выдачи направления Заполнение поля обязательно.	Заполнение обязательно при значении <ORD> = 1, 4, 5. Для остальных значений ORD заполнение/ не заполнение параметра DATE_ORD игнорируется.
24	LPU_ORD	Num	6	Учреждение, выдавшее направление / доставившее больного при экстренной госпитализации	Заполнение обязательно при заполнении поля <ORD>
25	DS_0	Char	6	Код диагноза первичного /направительного (по кодификатору "Mkb_10XX")	Заполнение обязательно при госпитализации пациента в стационар круглосуточного пребывания
26	N_U	Char	14	Номер наряда вызова бригады скорой медицинской помощи при ORD=2 номер протокола врачебной комиссии МО, подведомственной федеральным органам власти, при ORD=5 Замечание: в поле <N_U> только при ORD=5 разрешено кроме цифр и разделителей использовать буквы.	Заполнение обязательно при экстренной госпитализации пациента бригадой ССНМП им. Пучкова (ORD=2, LPU_ORD=4708); - обращении пациента по протоколу врачебной комиссии МО, подведомственной федеральным органам власти (ORD=5).
27	N_VMP	Char	17	Номер талона на оказание ВМП	Заполнение обязательно при госпитализации пациента для оказания ВМП
28	ISHOD	Num	3	Исход заболевания (по кодификатору «ISV012xx», параметр <Ishod>).	НСИ АИС ОМС Заполнение обязательно
29	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО, где оказана помощь	Заполнение обязательно
30	FIL_ID	Num	6	Идентификатор филиала МО. Для головной организации указывается идентификатор МО. При отсутствии филиала повторяется идентификатор МО	Заполнение обязательно
31	K2	Num	5.3	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи.	

Файл SPR+код МО.mtu — «Версии элементов НСИ, использованных при оформлении счета МО» за медицинскую помощь, оказанную пациентам в отчетный период «mtu»

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1.	RECID	Char	6	Уникальный идентификатор строки. Заполнение обязательно
2.	SCOD	Char	10	Код справочника (кодификатора) Заполнение обязательно
3.	CUR_VER	Char	10	Номер используемой версии справочника Заполнение обязательно

7.3 Отчёт МГФОМС в МО по результату автоматизированного контроля / проведенной экспертизы персонифицированных счетов МО за медицинскую помощь, по методам ВМП профиля «онкология», в дополнение к базовой программе ОМС и проведению пренатальной диагностики не установленной базовой программой ОМС за отчетный период.

Файл «CTRL+код МО.mtu» — «Реестр ошибок, выявленных при экспертизе счёта пациентов МО при приёмке к оплате»

В файл требуется включение ошибок, выявленных при проведении форматно-логического контроля и МЭК пакета отчетных файлов МО в объеме заявленного счета.

№	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	FILE	Char	12	Имя файла, в котором обнаружена ошибка (реестр, счет-фактура, дополнение к счёту-фактуре)
2	RECID	Char	7	Идентификатор ошибочной записи по файлу
3	ERRORS	Char	5	Код ошибки (классификатор НСИ «Sookod») и этап проверки по классификатору – «А» (латинская) - выявлена при проведении автоматизированного контроля, «Е» (латинская) - экспертом
4	E_COD	Num	6	Код услуги, принятой к оплате. Заполняется в случае, если при согласовании счёта проводится замена услуги, зарегистрированной в реестре Sqg, не принятой к оплате, на иную услугу, подлежащую оплате.
5	E_KU	Num	3	Количество услуг принятых к оплате. Заполняется при наличии данных в параметр E_COD
6	E_TIP	Char	1	Код типа прерывания принятого к оплате.
7	REFREASON	Char	3	Код ошибки по классификатору ФОМС F014
8	ET230	Num	1	Этап экспертизы по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36
9	Osn230	Char	9	Цифровая идентификации оснований для отказа в оплате медицинской помощи в свете приложения 8 к приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36
10	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО
11	FIL_ID	Num	6	Идентификатор филиала МО, счет которого признан ошибочным (по файлу счета). Для записей реестра пациентов, снятых с оплаты по ошибкам реестра, не заполняется

Примечание: может быть несколько записей с ошибками, относящихся к одной записи проверенных файлов реестров пациентов и медицинских услуг на пациентов МО.

8. НСИ АИС ОМС – перечень справочников и кодификаторов АИС ОМС
Справочник «Абоненты АИС ОМС» – «SPRABOxx.dbf»

Справочник предназначен для обеспечения автоматизированного обмена информацией в АИС ОМС и применяется при рассылке и получении информационных посылок различного назначения, а также для контроля работы корпоративной сети.

Объектами классификации в Справочнике являются абоненты АИС ОМС.

Признаком классификации является «Мнемоническое имя абонента» в совокупности с «Типом абонента».

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Abn_ID	Числ.	6	Идентификатор абонента
Abn_name	Симв.	27	Мнемоническое имя абонента
Abn_type	Симв.	1	Тип абонента по кодификатору «tipaboXX»
Object_ID	Числ.	6	Идентификатор объекта
Tip_otveta	Симв.	1	Тип ответа на запрос РС ЕРЗЛ по кодификатору «tipotvXX»
Status	Симв.	1	Статус абонента
Name	Симв.	40	Краткое наименование абонента
Pilot	Симв.	1	Резерв

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр Abn_name.

Кодификатор «Тип абонента» – «ТИРАВОxx.dbf»

Кодификатор типов абонентов АИС ОМС используется в качестве вспомогательного для справочника абонентов АИС ОМС с целью определения ответственности абонента как юридического лица.

Пояснения. Ряд абонентов АИС ОМС имеют более одного физически различного АРМа пользователя корпоративной сети. Для однозначности в предоставлении отчётов по счетам ОМС юридического лица системы ОМС тип абонента устанавливает единственный адрес, по которому проводится взаимобмен данными между юридическим лицом, СМО и ЦОД МГФОМС при взаимобмене данными по счету ОМС. Остальным АРМам данного юридического лица предоставляется возможность доступа к базам данных АИС ОМС без права предоставления отчётности по счетам ОМС.

Элементами множества объектов, включенных в Кодификатор, являются возможные типы абонентов АИС ОМС.

Признаком классификации является наименование типа абонента.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Tip_ab	Симв.	1	Код типа абонента
Name_tip	Симв.	40	Наименование типа

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Tip_ab.

Кодификатор «Тип ответа на запрос ЕРЗ» – «ТИРОТВxx.dbf»

Кодификатор типа ответов на запрос РС ЕРЗЛ используется в качестве вспомогательного для справочника абонентов АИС ОМС с целью обозначения объема данных, предоставляемых различным типам абонентов АИС ОМС по запросу РС ЕРЗЛ.

Элементами множества объектов, включенных в кодификатор, являются типы ответов на запрос РС ЕРЗЛ («0» - полный, «1» - сокращённый).

Признаком классификации является наименование типа ответа на запрос. Устанавливает МГФОМС

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
----------	-----	--------	------------

Tip_otveta	Симв.	1	Код типа ответа (объем данных о застрахованном)
Name_tip	Симв.	50	Описание ответа

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Tip_otveta.

Справочник «Улицы г. Москвы» – «SPR_ULxx.dbf»

Справочник предназначен для формирования данных по московскому адресу объекта (организации и физического лица) в системе АИС ОМС. Применяется в подсистемах АИС ОМС по ведению РС ЕРЗЛ, в формировании московского адреса пациента при оформлении и ведении персонифицированной базы данных по счетам пациентов, пролеченных по Московской городской программе ОМС, в подсистемах НСИ по ведению баз данных об объектах системы ОМС (МО, СМО).

Элементами множества объектов, включённых в Справочник, являются улицы города Москвы по «Общемосковскому классификатору улиц», поддержку которого осуществляет Служба ведения общегородских классификаторов (далее СВОК).

Признаком классификации является наименование улицы.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Kod_fo	Симв.	6	Код улицы по классификатору СВОК
Nmstreet	Симв.	80	Наименование улицы по классификатору СВОК
Priznak	Симв.	1	Признак актуальности наименования улиц

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Kod_fo в совокупности с признаком актуальности (параметр Priznak).

Кодификатор «Административно-территориальные округа г. Москвы» – «ADMOKRxx.dbf»

Кодификатор предназначен для определения административно-территориального расположения объекта системы ОМС в г. Москве. Применяется в АИС ОМС в качестве вспомогательной информации по московскому адресу объекта – в подсистемах ведения РС ЕРЗЛ, элементов НСИ ОМС, в иных подсистемах АИС ОМС и т.д.

Объектами классификации в Кодификаторе являются административно-территориальные образования (округа) города Москвы. Ведется на основании «Общемосковского классификатора территориальных единиц Москвы», поддержку которого осуществляет СВОК.

Признаком классификации является наименование административного округа.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Sokr	Симв.	2	Код округа
Name_okr	Симв.	40	Наименование

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Sokr.

Кодификатор «Территории РФ» – «TERRITxx.dbf»

Кодификатор предназначен для определения административно-территориального расположения субъекта системы ОМС в РФ. Применяется в подсистеме РС ЕРЗЛ по ведению базы данных застрахованных граждан в расчёте номера полиса единого образца, при взаимодействии с ФОМС для регистрации полиса застрахованного и с ЦВДП для персонализации и выпуска полиса. Также при формировании и ведении персонифицированной базы данных счетов пациентов, пролеченных в МО по Московской городской программе ОМС, зарегистрированных по месту страхования и жительства в ином субъекте РФ.

Объектом классификации в кодификаторе является территориальное образование РФ.

Признаком классификации является наименование административно-территориального образования РФ.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
C_t	Числ.	3	Код территории страхования (проживания)
Name_t	Симв.	40	Наименование территории
C_ОКАТО	Симв.	5	Код территории по Общероссийскому классификатору административно-территориальных образований РФ (ОКАТО)

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр C_t.

Кодификатор стран и государств - «COUNTRxx.dbf».

Кодификатор стран и государств предназначен для автоматизации учёта гражданства населения, застрахованного по ОМС. Применяется в подсистеме АИС ОМС по ведению РС ЕРЗЛ. Включает коды Общероссийского классификатора стран и государств: цифровые и трёхбуквенные.

Объектом кодификатора является государственное образование.

Признаком классификации является краткое наименование страны/государства.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
C_oksm	Числ.	3	Цифровой код страны по Общероссийскому классификатору стран и государств ОКСМ
Name	Симв.	35	Краткое наименование страны/государства
Code	Симв.	2	Код краткого наименования страны
Alfa3	Симв.	3	Буквенный код страны по ОКСМ

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Code.

Страховые медицинские организации системы ОМС г. Москвы «SPRSMOxx.dbf»

Справочник предназначен для обеспечения автоматизированной обработки и обмена информацией в системе ОМС. Применяется:

- в подсистеме РС ЕРЗЛ по ведению базы данных застрахованных граждан, при взаимодействии с ФОМС для регистрации полиса застрахованного и с ЦВДП для персонализации и выпуска полиса;
- при файловом обмене в АИС ОМС МО со СМО и СМО с МГФОМС;
- при обработке запросов РС ЕРЗЛ для регистрации СП застрахованного;
- при формировании реестра пролеченных застрахованных и оказанной им медицинской помощи на АПК МО;
- в подсистеме АИС ОМС по ведению персонифицированной базы данных по счетам пролеченных застрахованных /иностранцев;
- в аналитической подсистеме при проведении анализа финансовых потоков системы ОМС в Москве и статистических расчётах баз данных АИС ОМС в разрезе СМО.

Объектами классификации в Справочнике являются СМО г. Москвы, заключившие договора финансирования с МГФОМС.

Включает действующие на отчётный период договоры на финансирование.

Признаком классификации является полное наименование СМО.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Qq	Симв.	2	Код СМО в файловом обмене данных в АИС ОМС
Smo_id	Числ.	6	Идентификатор СМО как объекта системы АИС ОМС, в т.ч. и правопреемник СМО, вышедшей из договора финансирования
Name	Симв.	120	Краткое наименование СМО
Full_name	Симв.	250	Полное наименование
Q_ogrn	Симв.	15	ОГРН СМО
Cod_foms	Симв.	5	Кодификатор (номер) СМО в реестре СМО ФОМС

Old_qq	Симв.	2	Код СМО, вышедшей из договора о финансировании, правопреемником которой является действующая СМО.
Old_id	Числ.	6	Идентификатор СМО, вышедшей из договора (см. выше)

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр qq

Справочник «Перечень СМО, работающих в РФ в системе ОМС» -«TERSMOxx.dbf»

Справочник формирует МГФОМС на основании сведений о страховых медицинских организациях, работающих в системе ОМС, считанных с сайта Федерального ФОМС. Справочник предназначен для установления и проверки сведений о СП гражданина - территории страхования и ОГРН СМО, зарегистрировавшей полис. Применяется при взаимобмене данными о движении полисов ОМС в РС ЕРЗЛ, при взаимодействии МГФОМС с ЦС ЕРЗЛ при анализе ответов о СП застрахованных.

Признаком классификации является полное наименование СМО и код территории по ОКАТО

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
TF_OKATO	Симв.	5	Код ОКАТО территории страхования (в кодировке ФОМС)
C_T	Числ.	3	Код территории страхования по кодификатору НСИ ОМС «territXX»
NAME_T	Симв.	40	Наименование территории страхования по кодификатору НСИ ОМС «territXX»
Q_NAME	Симв.	150	Наименование СМО
Q_FNAME	Симв.	250	Полное наименование СМО
Q_OGRN	Симв.	15	ОГРН СМО
SMOCOD	Симв.	5	Кодификатор (номер) СМО в реестре СМО ФОМС

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр SMOCOD

Кодификатор «Виды документов» – «VIDDOCxx.dbf»

Кодификатор вида документов предназначен:

- для автоматизации процедуры учёта иногородних пациентов, пролеченных по Московской городской программе ОМС(АПК МО, ПБД МГФОМС);
- для организации запросов МГФОМС в ЦС ЕРЗЛ для определения СП пациента;
- для ведения РС ЕРЗЛ при взаимобмене данными между СМО и МГФОМС по гражданам, застрахованным по ОМС после 01.05.2011;
- при регистрации застрахованных в ЦС ЕРЗЛ.

Кодификатор адаптирован к требованиям ФОМС [4].

Объектом классификации является документ, удостоверяющий личность и место жительства гражданина.

Признаком классификации является наименование документа, удостоверяющего личность гражданина.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Q_rasp	Симв.	1	Код документа, удостоверяющего личность
Q_name	Симв.	20	Краткое наименование документа
Full_name	Симв.	60	Полное наименование документа
C_doc	Симв	2	Код документа, удостоверяющего личность, по кодификатору ФОМС

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Q_rasp.

Справочник «МО системы ОМС г. Москвы» – «SPRLPUxx.dbf»⁵

⁵ Для справочника «МО системы ОМС г.Москвы» ведется вспомогательный перечень МО (юридических лиц), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население, сформированный в соответствии с действующим Тарифным соглашением, и включающий сведения о возрастной категории ЗЛ,

Справочник предназначен для обеспечения автоматизированного обмена информацией в АИС ОМС. Включает все медицинские организации системы ОМС. Применяется при взаимообмене данными в АИС ОМС, в ПБД, РС ЕРЗЛ (учёт МО, выбранной застрахованным для прикрепления) и в аналитической подсистеме АИС ОМС при формировании и анализе финансовых потоков в системе ОМС. Является рабочей версией эталонной таблицы, отвечающей интересам файлового взаимообмена в АИС ОМС.

Объектом классификации является МО, зарегистрированная в реестре МО г. Москвы (юридическое лицо), а также амбулаторно-поликлинические учреждения, вошедшие в состав юридического лица (филиалы). Признаком классификации является наименование МО как объекта реестра

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Содержание
Lpu_ID	Числ.	6	Идентификатор МО (юридического лица) как объекта АИС ОМС
Mcod	Симв.	7	Фасетный код МО системы ОМС*
Name	Симв.	40	Наименование МО (филиала МО), краткое
Fullname	Симв.	120	Наименование МО (филиала МО), полное
Cokr	Симв.	2	Код округа, где территориально расположена МО (филиал МО)
Adres	Симв.	80	Адрес МО (филиала): почтовый индекс, город, наименование улицы (выбирается по справочнику), номер дома, корпуса/строения (через “;”)
In	Симв.	2	Код, подтверждающий дополнительное соглашение МО с МГФОМС по оплате медицинской помощи, оказанной иногородним пациентам.
Dn_in	Дата	8	Дата начала работы по соглашению
Du_in	Дата	8	Дата окончания (прекращения) работы по соглашению
Prn_kodved	Числ.	5	Код ведомства МО по кодификатору «PRILPUxx»
Cod_uz	Симв.	2	Код Дирекции городской структуры здравоохранения по управлению МО по кодификатору «UZAOKRxx»
Lpu_ogrn	Симв.	15	ОГРН МО
Fcod	Симв.	6	Номер (идентификатор) МО в реестре ФОМС
Fil_ID	Числ.	6	Идентификатор филиала МО. При отсутствии филиала указывается значение Lpu_id (идентификатор юридического лица)
TPN	Симв.	1	Признак прикрепленного населения: 1- МО больничного типа с ПО с территориально-прикрепленным населением (указывается для головной организации); 2 – структурное подразделение /филиал МО с территориально – прикрепленным населением; 3 – амбулаторно-поликлиническое МО с территориально-прикрепленным населением (указывается для головной организации). 4 – МО - участник горизонтальных расчетов без подушевого финансирования. Для остальных МО – не заполняется.
VMP	Симв.	3	Вид медицинской помощи по кодификатору НСИ АИС ОМС «USVMP_xx», параметр «VMP» (коды по классификатору ФОМС <V008>).
TPNS	Симв.	1	Признак прикрепленного населения по профилю «стоматология»: 1- МО больничного типа с ПО с территориально-прикрепленным населением (указывается для головной организации); 2 – структурное подразделение /филиал МО с территориально – прикрепленным населением; 3 – амбулаторно-поликлиническое МО с территориально-прикрепленным населением (указывается для головной организации). 4 – МО - участник горизонтальных расчетов без подушевого финансирования. Для остальных МО – не заполняется.

Фасетный (наборный) код МО отражает номенклатуру МО, ведомственное подчинение и возраст пациентов. Разработан в целях автоматизации аналитических и статистических выборок по отдельным показателям объёма и стоимости медицинской помощи, оказанной в учреждении.

Формула фасетного кода XYZZNNN, где:

прикрепленных к МО, с обозначением заглавными русскими буквами — В-взрослое, Д-детское, С-смешанное с учетом актуализации на 01 число месяца, следующего за отчетным, транслируется лицом, ответственным за ведение справочника «SPRLPUxx», в АИС ОМС и СМО ежемесячно до 20 числа.

- X - код группы организаций, в подчинении одной из которых находится МО, по кодификатору «Ведомства, состоящие в договорных отношениях по ОМС»;
- Y - код обслуживаемого населения по кодификатору «Возрастные категории обслуживаемого населения».
- ZZ - код номенклатуры (типа) МО по кодификатору «Номенклатура МО».
- NNN - номер МО. Учреждения, не имеющие номера, а только название, получают условный номер (присвоение условных номеров осуществляется МГФОМС).

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используются 2 поля Lpu_id+Fil_id.

Идентификатор структурного подразделения МО, выполняющего роль головного для филиалов, совпадает с идентификатором МО как юридического лица (<Lpu_id>=<Fil_id>).

Виды медицинской помощи МО записываются без разделителя (например, МО оказывает первичную медико-санитарную помощь и специализированную. Запись в параметр: «13»)

Кодификатор «Ведомства МО, которые включены в реестр МО г. Москвы» - «PRILPUxx.dbf».

Кодификатор ведомств предназначен для автоматизации процесса контроля о расходовании средств на ОМС в медицинских организациях ведомственного подчинения, включённых в реестр МО г. Москвы. Код ведомства включён в описание (справочник) МО и отражается в коде МО системы ОМС. Косвенно применяется при ведении справочника тарифов медицинских услуг по ОМС. Применяется в аналитической подсистеме АИС ОМС и для формирования и анализа финансовых потоков в системе ОМС.

Объектом классификации Кодификатора является ведомство.

Признаком классификации является наименование ведомства.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
K_prin	Симв.	1	Код группы ведомств в составе фасетного кода МО «mcod»
N_prin	Симв.	40	Краткое наименование ведомства
Kodved	Числ.	5	Код ведомства
Onved	Симв.	70	Наименование ведомства
Idved	Симв.	2	Код ведомства по классификатору ведомственной принадлежности МО ФОМС <F007>

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Kodved

Кодификатор «Возрастные категории обслуживаемого населения» – «VOZOBsxx.dbf»

Кодификатор возрастной категории обслуживаемого населения является атрибутом возрастной характеристики кодов МО и кодов отделений МО, которые, в свою очередь, определяют перечень медицинских услуг ОМС, выполняемых в данных организациях. Применяется в качестве показателя фасетного кода МО (вторая позиция), при проведении МЭК персонифицированной счетов за медицинскую помощь, оказанную МО, включён в качестве атрибута в ПБД АИС ОМС, применяется при анализе финансовых потоков в системе ОМС, в статистических показателях объёмов и стоимости медицинской помощи, оказанной пациентам в МО.

Объектом классификации Кодификатора является возраст обслуживаемого населения.

Признаком классификации является наименование возрастной категории.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
K_voz	Симв.	1	Код возрастной категории населения, обслуживаемого в МО
N_voz	Симв.	20	Наименование возрастной категории

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр K_voz.

Кодификатор «Номенклатура МО» – «NOMLPUxx.dbf»

Кодификатор предназначен для автоматизации процесса контроля по видам и стоимости медицинской помощи, оказанной пациентам МО по ОМС. Применяется в качестве показателя фасетного кода МО (третья и четвертая позиции), включён как элемент ПБД АИС ОМС, применяется при проведении различных статистических отчётов по объёмам и стоимости медицинской помощи, в аналитической подсистеме АИС ОМС для анализа финансовых потоков в системе ОМС.

Объектом классификации Кодификатора является номенклатура МО (поликлиника, консультационно-диагностический центр, медико-санитарная часть, больница и т.д.).

Признаком классификации является наименование номенклатуры МО.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
K_nom	Симв.	2	Код типа МО
N_nom	Симв.	40	Наименование типа
Stac	Симв.	1	Тип МО («s» - больничное, «р» - амбулаторно-поликлиническое)

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр K_nom.

Кодификатор «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения административно-территориального округа города Москвы» - «UZAOKRxx.dbf»

Кодификатор используется для определения внутриведомственной подчиненности медицинских организаций Департамента здравоохранения.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod_uz	Симв.	2	Код Дирекции
Name_uz	Симв.	40	Наименование
Uzao	Симв.	7	Сокращенное наименование

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Cod_uz.

Кодификаторы «Особый случай» в реестре и счете пациентов

Кодификатор предназначен для описания нестандартного набора сведений о пациенте, и документе ОМС, в т.ч. случая регистрации сведений о матери незарегистрированного новорожденного пациента или иного законного представителя и нестандартного набора элементов счёта за медицинскую помощь, оказанную пациенту. Является обязательным элементом счёта пациента. Применяется при автоматизации учёта медицинской помощи, оказанной пациенту МО, при проведении в автоматизированном режиме МЭК, при иных этапах согласования счетов между МО и СМО и МО и МГФОМС.

Структура справочника «Особый случай в реестре» - «OSOREExx.dbf».

Признаком классификации является особенность в сочетании сведений о пациенте и его документе ОМС.

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
D_type	Симв.	1	Код признака "особый случай"
N_type	Симв.	80	Наименование

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр D_type.

Структура справочника «Особый случай в счёте» - «OSOSCHxx.dbf»

Признаком классификации является особенности в учёте (применении) стандартной медицинской услуги или МС.

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
D_type	Симв.	1	Код признака "особый случай"
N_type	Симв.	80	Наименование

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр D_type.

Примечание. Определённые коды кодификатора применяются, в соответствии с инструкцией [11], при обосновании МО лечения по МС решением клинико-экспертной комиссии МО (наличием Протокола решения), иные коды свидетельствуют о результате лечения, а также указывают на особенности в учёте МС и комплексной услуги, зарегистрированных в счёте.

Кодификатор «Вектор ответа на запрос РС ЕРЗЛ» – «OSOERZxx.dbf»

Кодификатор обеспечивает автоматизацию процедуры идентификации пациента по РС ЕРЗЛ. Формирование векторов осуществляет ПО ЦОИ МГФОМС при оценке алгоритма обработки и результата запроса РС ЕРЗЛ и его архива. Элементы кодификатора являются обязательным элементом персонифицированной отчётности МО по счетам пролеченных застрахованных. Элементы кодификатора приведены в таблице 2 настоящего порядка.

Признаком классификации является ответ РС ЕРЗЛ

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Ans_r	Симв.	3	Код "вектора ответа на запрос"
Comment	Симв.	100	Наименование
KI	Симв.	1	Оценка ответа – «положительный»(y) / «отрицательный»(#)

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Ans_r.

Кодификатор «Сообщения о результатах экспертизы отчетной информации» – «SOOKODxx.dbf»

Кодификатор «Сообщения о результатах экспертизы отчетной информации» (далее Кодификатор) разработан в обеспечение автоматического контроля персонифицированных реестров счетов МО за оказанную медицинскую помощь и причин отказов в оплате медицинской помощи, принятой экспертом СМО.

Элементами множества объектов, включенных в Кодификатор, являются заключения, сделанные по результатам экспертизы отчетной информации.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Eg_c	Симв.	2	Код ошибки
Comment	Симв.	100	Наименование
Et	Симв.	1	Этап проверки
Osn230	Симв.	9	Цифровая идентификации оснований для отказа в оплате медицинской помощи в свете приложения 8 к приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36
Refreason	Симв.	3	Код по классификатору ФОМС F014 причин отказа в оплате
F_Komment	Симв.	100	Комментарий причины отказа по справочнику ФОМС F014
F_Naim	Симв.	250	Наименование отказа в оплате медицинской помощи в свете приложения 8 к приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр ER_C.

Справочник «Основные характеристики медицинских услуг» – «CODWDRxx.dbf».

Справочник предназначен для контроля записи файлов медицинских услуг на пациентов. Контролирует соответствие медицинской услуги, зарегистрированной в счете, типу МО, категории МО по возрасту обслуживаемого населения, полу и возрасту пациента, которому была оказана данная услуга. Кроме того, обеспечивает контроль по применению диагнозов

раздела МКБ-10 «Дополнительная классификация факторов, влияющих на состояние здоровья...» («Z-код») для группы услуг разделов 43/143 Реестра медицинских услуг. При наличии в счете услуги раздела 43/143 и шифра диагноза, отличного от указанного в параметре «z_ds», счет считается ошибочным.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код медицинской помощи
Kp		1	Метка соответствия услуги и категории МО по возрасту обслуживаемого населения (1 - услуги, которые могут быть оказаны в МО, обслуживающей только взрослое население, 2 - только детское). Счета МО, обслуживающих обе возрастные категории населения, по данному разделу не контролируются
Stac	Симв.	1	Метка, выделяющая услуги, которые могут быть оказаны: «s»- только в профильном и патологоанатомическом отделениях стационара; «b» - станцией СМП; «пусто/пробел» - услуги, не подлежащие контролю по данному разделу справочника
Sex	Симв.	1	Метка, выделяющая услуги, которые могут быть оказаны только мужчине («1») или женщине («2»). Значение «пусто/пробел» - услуга не имеет половой ориентации
Min_ms	Числ.	3	Минимальный возраст пациента (в месяцах), которому может быть оказана данная услуга
Max_ms	Числ.	4	Максимальный возраст пациента (в месяцах), которому может быть оказана данная услуга
Z_ds	Симв.	6	Диагноз раздела «Z-код», который может быть применен в сочетании с определенной услугой контролируемых по данному показателю медицинских услуг. Значение «пусто/пробел» - услуги, не подлежащие контролю по данному разделу справочника

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр Cod.

Справочник «Перечень диагнозов, исключаящих контроль кода медицинской помощи по возрасту пациента» – «NOCODRxx.dbf».

Справочник предназначен для исключения контроля записи счета пациента на сочетание «услуга-возраст» по справочнику «Основные характеристики медицинских услуг» - «CODWDRxx.dbf», раздел «min_ms» – «max_ms». Для записей счета, в которых зарегистрирован диагноз, включенный в справочник, контроль сочетания услуги и возраста пациента не проводится при условии, что медицинская помощь оказана пациенту в первый день лечения по этому диагнозу.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Maska	Числ.	1	Длина (количество) значащих символов шифра диагноза слева направо
Ds	Симв.	6	Шифр диагноза

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр Ds.

Справочник «Допустимые услуги в профильном отделении стационара» – «CODOTDxx.dbf».

Справочник предназначен для контроля услуг, оказанных в определенных отделениях больничного ЛПУ. Контролируется:

- Услуга счета. Запись счёта, в которой зарегистрирована услуга, включенная в справочник с меткой «#», считается правильной при совпадении профиля отделения счета со значением поля «otd» справочника;
- Отделение, зарегистрированное в счете. Запись счета, в которой зарегистрирован профиль отделения, включенный в справочник с меткой «у», считается правильной при совпадении услуги счета и услуги справочника (параметр «cod»).

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код медицинской услуги
Otd	Симв.	3	Код профиля отделения (по кодификатору <PrV002xx>, параметр <Profil>)
Kl	Симв.	1	Значение ключа («#» - услуга может быть выполнена только в отделении данного профиля, «у» - в отделении указанного профиля могут быть эти услуги)

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется совокупность параметров Cod и Otd.

Кодификатор «Должность исполнителя медицинской услуги» – «KDOLGxx.dbf»

Кодификатор должностей исполнителей медицинской помощи предназначен для ведения справочника исполнителей. Является составляющей ПБД АИС ОМС в части специалистов-исполнителей.

Объектом кодирования является должность медицинского специалиста.

Признаком классификации является наименование должности специалиста.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Prvd	Числ.	4	Код должности
Name_vd	Симв.	80	Наименование должности

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется поле Prvd.

Справочник «Совместимые/несовместимые услуги» – «SOVMNOxx.dbf».

Справочник предназначен для контроля сочетаний медицинских услуг, оказанных одному пациенту в одной МО.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код медицинской услуги
Cod_1	Числ.	6	Код медицинской услуги
Stac	Симв.	1	Метка, определяющая место применения показателя («s» - в стационаре, «р» - в поликлинике, «пусто/пробел» - для стационара и поликлиники)
Kl	Симв.	1	Метка, определяющая «совместимость»/ «несовместимость» в сочетании услуг (значения «у»/ «#» соответственно)

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется совокупность параметров Cod и Cod_1.

Справочник «Нормативные объемы услуг» – «CODKU_xx.dbf».

Справочник предназначен для контроля количества услуг, оказанных пациенту в амбулаторно-поликлиническом ЛПУ или в отделении стационара в один день/ за отчетный месяц. Для применения справочника необходимо вначале провести подсчет количества услуг одного кода (включенных в справочник), зарегистрированных в счете одного пациента за один день/ за отчетный период. Рассчитанные числа не должны превышать показатели справочника по данному коду услуг.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код медицинской помощи
Mdayp	Числ.	3	Количество допустимых услуг в день в поликлинике
Mmsp	Числ.	3	Количество допустимых услуг в месяц в поликлинике
Mdays	Числ.	3	Количество допустимых услуг в день в стационаре
Mmss	Числ.	3	Количество допустимых услуг в месяц в стационаре

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр Cod.

Справочник «Перечень недопустимых прерываний лечения по МС» – «TIPNO_xx.dbf».

Справочник предназначен для контроля типа прерывания лечения по МС. Ошибкой считается сочетание кода МС совместно с типом прерывания и диагнозом (при наличии в справочнике).

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код МС
Tip	Симв.	1	Код прерывания
Ds	Симв.	6	Шифр диагноза. При значении «пусто»/ «пробел» диагноз не контролируется (для данного МС прерывание лечения считается ошибочным при любом диагнозе)

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется сочетание параметров Cod, Tip и Ds.

Справочник «Элементы НСИ» - «SPRSPRxx.dbf»

Справочник предназначен для регистрации версий всех элементов НСИ, действующих на отчетный месяц. Ведение справочника осуществляет Центр НСИ.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Scod	Симв.	10	Код справочника (элемента НСИ)
Cur_ver	Симв.	10	Код используемой версии, состоящий из трехсимвольного номера версии, точки, и даты (ДДММГГ) создания версии
Full_name	Симв.	120	Полное название справочника (элемента НСИ)
Intr_data	Дата	8	Дата начала действия данной версии справочника
Name_eta	Симв.	8	Имя файла-эталона элемента НСИ (без расширения MS-DOS)
Crc_eta	Симв.	10	CRC файла-эталона элемента НСИ

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется сочетание параметр Scod.

Кодификатор «Этапы МЭК и виды экспертизы счетов МО» - «CODEXPxx.dbf»

Кодификатор сообщений по результатам экспертизы отчетной информации используется при формировании сообщений в МО о счетах пациентов, не принятых к оплате.

Элементами множества объектов, включенных в Кодификатор, являются этапы МЭК и виды экспертизы, проводимые по результатам экспертизы отчетной информации.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Комментарий
Cod_E	Симв.	1	Код этапа контроля счета МО
Name_cod	Симв.	60	Наименование этапа контроля счета МО
Et230	Числ.	1	Код этапа контроля счета МО согласно приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36
Name230	Симв.	40	Наименование этапа контроля счета МО согласно приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Cod_E.

Справочник «Профиль медицинской услуги» - «PROFUSxx.dbf»

Справочник предназначен для согласования системы учёта медицинской помощи по ОМС.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код услуги / МС
Profil	Симв.	3	Код профиля медицинской помощи

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется поле Cod.

Кодификатор «Результат обращения за медицинской помощью» - «RSV009xx.dbf»

Объектом кодирования является результат обращения за медицинской помощью. Данный показатель является обязательным элементом счёта за оказанную медицинскую помощь, который регистрирует МО.

Признаком классификации является наименование результата в соответствии с кодификатором ФОМС V009.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Rslt	Числ.	3	Код результата обращения за медицинской помощью
Rs_name	Симв.	60	Наименование результата обращения за медицинской помощью

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Rslt.

Кодификатор «Условия оказания медицинской помощи» – «PROFOTxx.dbf»

Кодификатор предназначен для ведения справочника отделений МО. Применяется в качестве составляющей фасетного кода отделения МО, который является обязательным элементом персонифицированного счёта медицинской помощи, оказанной пациенту. В составе фасетного кода отделения, в котором оказана медицинская помощь, включён в ПБД АИС ОМС. В качестве атрибута условий оказания медицинской помощи применяется при проведении контроля счетов, заявленных МО.

Объектом классификации в Кодификаторе является профиль коек (отделений).

Признаком классификации является профиль отделения МО.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Otd	Симв.	2	Код условия оказания медицинской помощи
Full_name	Симв.	120	Наименование

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Otd.

Справочно: кодификатор **PROFOT** в предыдущих версиях данного документа имел наименование «Профили коек (отделений) МО».

Кодификатор «Профиль отделения/ кабинета» - «PRV002xx.dbf»

Объектом кодирования является профиль отделения (кабинета, профиль коек). В системе АИС ОМС применяется в составе фасетного кода отделения (см. п.3.1, файл типа <D>).

Признаком классификации является наименование профиля отделения. Построен в соответствии с кодификатором ФОМС по профилю отделений (коек) **V002. Определяет профиль медицинской помощи госпитализированных пациентов (в т.ч. в отделение дневного стационара).**

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Profil	Симв.	3	Код профиля отделения
Pr_name	Симв.	100	Наименование профиля медицинской помощи

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Profil.

Кодификатор «Специальность исполнителя медицинской услуги» – «SPV015xx.dbf»

Кодификатор специальности исполнителей медицинской помощи (услуги) соответствует данным справочника ФОМС V015. Применяется при ведении справочника исполнителей медицинской помощи, в качестве обязательного элемента персонифицированного счёта МО по медицинской помощи, оказанной пациентам. Для амбулаторной помощи (услуги) определяет профиль медицинской помощи. Включён в ПБД АИС ОМС.

Объектом кодирования является специальность исполнителя медицинской помощи. Признаком классификации является наименование специальности.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Code	Числ.	4	Код специальности по кодификатору ФОМС v015
Name	Симв.	51	Наименование специальности
High_2	Числ.	4	Объединение специальности в иерархическую группу
Name_2	Симв.	51	Наименование группы
High_3	Числ.	4	Объединение специальности в иерархическую группу общего плана
Name_3	Симв.	9	Наименование группы

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Code.

Кодификатор «Пол пациента» – «KODPOLxx.dbf»

Кодификатор описывает пол гражданина, застрахованного по ОМС, и пол пациента, пролеченного по ОМС в МО. Применяется во всех видах персонифицированного учёта системы ОМС.

Объектом кодирования является пол гражданина.

Признаком классификации является наименование пола (в т.ч. отсутствие сведений).

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
W	Числ.	1	Код пола пациента
Name_w	Симв.	10	Наименование

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр W.

Кодификатор системы ОМС «Шифры основных диагнозов по МКБ-10» – «МКБ10_xx.dbf»

Кодификатор предназначен для автоматизации процесса учёта персонифицированной медицинской помощи, оказанной пациенту МО системы ОМС по основному заболеванию. Является обязательным элементом персонифицированного счёта пролеченного пациента. Применяется во всех базах данных персонифицированных счетов пациентов.

Объектом кодирования является заболевание, выделенное как основное по исключению из МКБ-10 разделов V01 – Y98 класса XX «Внешние причины заболеваемости и смертности», и диагнозов двойной системы кодирования (в МКБ-10 отмечены символом '+/'*').

Признаком классификации является шифр заболевания по МКБ-10.

Структура кодификатора

Имя	Тип	Размер	Назначение
DS	Символьный	6	Код диагноза (шифр по МКБ-10)
Name_DS	Символьный	160	Название диагноза
Sex	Символьный	1	Половая ориентация диагноза (по «кодификатору пола пациента»). При ее отсутствии параметр не заполняется

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Ds.

Справочник «Реестр медицинских услуг» – «REESUSxx.dbf»

Справочник содержит основные единицы учёта амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, включённые в Московский городской реестр медицинских услуг системы ОМС. Включает атрибуты, составляющие неотъемлемую часть медицинской услуги – условная единица трудозатрат при выполнении услуги. Атрибуты отсутствуют в услуге «койко-день в отделении» стационара либо стационара дневного пребывания. Учёт услуг ведётся по количественным показателям.

Объектом кодирования является амбулаторно-поликлиническая медицинская услуга.

Признаком классификации является наименование услуги.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код медицинской услуги
Name	Симв.	250	Наименование услуги
Uet1	Числ.	6.2	Условная единица трудозатрат врача
Uet2	Числ.	6.2	Условная единица трудозатрат среднего медперсонала
TPN	Симв.	1	Признак финансирования услуг. Учитывается при расчете финансирования МО с ПФ: «р» - амбулаторно-поликлиническая услуга, финансируемая из подушевых средств. «q» - амбулаторно-поликлиническая услуга, которая, в случае оказания услуги прикрепленному к другой МО, оплачивается из средств МО прикрепления без наличия направления; «г» - услуги, исключенные из подушевого финансирования; «b» - вызов бригады СМП (не участвует в счете МО). «s» - медицинские услуги пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, не установленной базовой программой ОМС, признак финансирования – услуги, исключенные из подушевого финансирования
VIDUS	Числ.	1	Вид услуги: «0» - не относится к диагностической услуге при госпитализации. «1» - услуга является диагностической при госпитализации.

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр Cod.

Справочник «Реестр медицинских стандартов» – «REESMSxx.dbf»

Справочник содержит основные единицы учёта медицинской помощи, оказанной в стационаре, включённые в Московский городской реестр медицинских услуг системы ОМС. Включает атрибуты, составляющие неотъемлемую часть МС, а также коды ВМП, атрибуты которой адаптированы к атрибутике МС. Применяется в совокупности со справочниками «Соответствие МС и шифров диагнозов» и «Признак прерывания МС».

Реестр медицинских стандартов предназначен для автоматизации процедуры учёта и анализа персонифицированных счетов МО по медицинской помощи, оказанной госпитализированным пациентам, при статистических расчётах различного направления.

Объектом кодирования является медицинский стандарт стационарного лечения.

Признаком классификации является наименование стандарта.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код медицинского стандарта стационарного лечения (МС) или ВМП
Names	Симв.	250	Наименование МС или ВМП

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр Cod.

Справочник «Соответствие МС / ВМП и шифров диагнозов» – «MS_MKBxx.dbf»

Справочник является структурной составляющей описания медицинского стандарта стационарного лечения (МС) в соответствии с [11], а также нормативного документа Минздрава РФ по ВМП в системе ОМС [7]. Включает перечень заболеваний, при которых применяется определённый МС / ВМП. Предназначен для автоматизации процедуры учёта и анализа персонифицированных счетов МО по оказанной медицинской помощи в стационаре.

Объектом кодирования является заболевание.

Признаком классификации является шифр заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее МКБ-10).

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
----------	-----	--------	------------

Cod	Числ.	6	Код медицинского стандарта (МС) / ВМП
Ds	Симв.	6	Код диагноза (шифр)

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр Cod.

Кодификатор «Признак прерывания (полноты выполнения) МС» – «KPRESLxx.dbf»

Кодификатор обеспечивает регистрацию медицинского стандарта по правилам инструкции [11]. Является атрибутом единиц учёта медицинской помощи, оказанной в стационаре, в виде МС. Применяется во всех случаях регистрации и анализа медицинской помощи, оказанной пациентам стационара.

Объектом кодирования является степень завершенности лечения.

Признаком классификации является наименование степени завершенности лечения.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Tip	Симв.	1	Код прерывания (полноты выполнения) МС
Name_tip	Симв.	200	Наименование

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Tip.

Справочник «Тарифы медицинских услуг» - «TARIMUxx.dbf»

Предназначен для автоматизации расчета стоимости лечения пациентов, пролеченных по ОМС в МО. Применяется в ПО МО, СМО, ПБД АИС ОМС. Стоимость оказанной медицинской помощи при файловом обмене между субъектами ОМС не передается. Каждое ПО АПК МО, СМО, МГФОМС рассчитывает стоимость медицинских услуг /МС /ВМП в соответствии с объемом, заявленным МО, и тарифом.

Замечание.

Утвержденный тариф на медицинские услуги вводится в действие приказом МГФОМС. Рассылка действующего на отчетный период тарифа проводится в пакете с таблицами НСИ, действие которых начинается со следующего за рассылкой месяца.

Объектом кодирования является единица учета медицинской помощи - услуга /МС/ВМП.

Признаком классификации является код медицинской услуги (МС).

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код медицинской услуги / МС/ВМП
Tarif	Числ.	9.2	Тариф рассчитанный
Stkd	Числ.	9.2	Стоимость одного койко-дня МС. Для услуги / ВМП повторяет значение параметра <Tarif>
Doplata	Числ.	9.2	Доплата к тарифу

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр Cod.

Кодификатор «Исход заболевания» - «ISV012xx.dbf»

Кодификатор является функцией условия оказания медицинской помощи. Заполняется согласно справочнику ФОМС v012

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Ishod	Числ.	3	Код исхода заболевания
Is_name	Симв.	60	Наименование исхода заболевания

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Ishod.

Кодификатор «Условия оказания медицинской помощи» - «USV006xx.dbf»

Кодификатор является аналогом кодификатора ФОМС V006.

Объектом классификации являются типы отделений, в которых оказана медицинская помощь.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Ump	Числ.	2	Код условия оказания медицинской помощи
Ump_name	Симв.	30	Наименование условия оказания медицинской помощи

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Ump.

Справочник «Специализированные медицинские услуги» - USVMP_xx.dbf

Справочник предназначен для согласования системы учёта медицинской помощи по ОМС с формой отчетов МО и МГФОМС в ФОМС (приказ ФОМС от 16.08.2011 № 146 «Об утверждении форм отчетности»). Вид медицинской помощи является обязательным элементом персонифицированного счёта за оказанную медицинскую помощь.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код медицинской услуги
Name	Симв.	250	Наименование медицинской услуги
Vmp	Числ.	2	Код вида медицинской помощи по кодификатору ФОМС V008
Vmp_name	Симв.	250	Наименование вида медицинской помощи
Vmp146	Числ.	1	Код вида медицинской помощи по формам, утвержденным приказом ФОМС от 16.08.2011 № 146
Name_146	Симв.	100	Наименование вида медицинской помощи (приказ ФОМС от 16.08.2011 № 146)

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Cod

Кодификатор хирургических операций «НОРFF_xx.dbf»

Предназначен для автоматизации сбора персонифицированных данных о хирургических операциях при лечении госпитализированного пациента в стационаре. Ведется ФОМС.

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Codho	Симв.	14	Код хирургической операции по кодификатору ФОМС
Ms	Симв.	50	Разделы МС (рекомендация)
Name	Симв.	250	Наименование хирургической операции

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр CODHO

Справочник «Перечень услуг, подлежащих контролю по диагнозам раздела Z-код в счетах иногородних пациентов» – «Z_CODxx.dbf»

Справочник предназначен для автоматизированного контроля записей счетов иногородних и не идентифицированных пациентов. Содержит услуги, которые при определенных условиях (в совокупности с основным диагнозом, зарегистрированным в счете) не входят в базовую программу ОМС. Справочник применяется в пакете со справочником «Недопустимые диагнозы раздела Z-код по перечню»

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код медицинской услуги

Справочник «Недопустимые диагнозы раздела Z-код по перечню» – «Z_DSNOxx.dbf».

Справочник предназначен для автоматизированного контроля счета иногородних и не идентифицированных пациентов в части регистрации в счете диагнозов раздела «Z» (МКБ-10) в сочетании с контролируемой услугой, входящей в «Перечень услуг, подлежащих контролю по диагнозам раздела Z-код в счетах иногородних пациентов». При совпадении

услуги и основного диагноза счета на иногороднего пациента с услугой из Перечня и с диагнозом из справочника, запись счета считается ошибочной.

Справочник также включает перечень социально-значимых диагнозов из раздела «F», которые не применяются в случае оказания медицинской услуги непрофильными специалистами, врачами общей практики в детских и взрослых городских поликлиниках, ВФД, КДЦ, ЦЗ и неспециализированных стационарах. Применяется при автоматизированном контроле счетов пациентов всех категорий (см. раздел 9).

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Maska	Числ.	1	Длина (количество) значащих символов шифра диагноза слева направо
Ds	Симв.	6	Код диагноза (маска)

Структура справочника

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр Ds.

Справочник «Реестр ВМП» – «REESVPxx.dbf»

Справочник содержит единицы учёта высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Объектом кодирования является метод ВМП для определенной модели пациента.

Признаком классификации является наименование метода (со ссылкой на модель пациента).

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
CodVp	Числ.	6	Код ВМП
Name	Симв.	250	Наименование метода
ProfMp	Числ.	2	Профиль медицинской помощи
CodVvp	Симв.	9	Код вида ВМП
CodMod	Числ.	3	Модель пациента
TipGr	Симв.	1	Вид лечения
CodFFOMS	Числ.	6	Код метода ВМП по ФОМС

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется поле CodVp.

Кодификатор «Вид ВМП» – «VIDVP_xx.dbf»

Кодификатор содержит виды ВМП. Объектом кодирования является вид ВМП.

Признаком классификации является наименование типа.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
CodVvp	Симв.	9	Код вида ВМП
Name	Симв.	250	Наименование вида

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется поле CodVvp.

Кодификатор «Модель пациента ВМП» – «MODPACxx.dbf»

Кодификатор содержит код и наименование модели пациента. Объектом кодирования является модель пациента. Признаком классификации является наименование модели.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Codmod	Симв.	9	Код модели пациента
Name	Симв.	250	Наименование

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется поле CodVvp.

Кодификатор «Вид лечения ВМП» – «TIPGRxx.dbf»

Кодификатор содержит виды лечения по ВМП. Объектом кодирования является вид лечения. Признаком классификации является наименование вида.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
TipGR	Числ.	1	Код вида лечения по ВМП
Name	Симв.	20	Наименование

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется поле Cod.

Справочник «Реестр медицинских услуг по экстренной помощи неидентифицированным пациентам» – «USLEXTxx.dbf»

Справочник содержит услуги, выполнение которых может потребоваться в экстренных ситуациях на уровне приемного отделения, когда медицинская помощь должна быть оказана для исключения тяжелых заболеваний либо в лечебных целях, но последующая госпитализация не требуется.

Объектом кодирования является медицинская услуга.

Признаком классификации является наименование услуги.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Cod	Числ.	6	Код медицинской услуги
Name	Симв.	250	Наименование услуги
Osmotr	Симв.	1	Метка первичных осмотров врачами-специалистами

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Справочника используется параметр Cod.

Кодификатор «Скоровспомощных диагнозов по неидентифицированным пациентам» – «МКВEXTxx.dbf»

Кодификатор включает заболевания, которые могут представлять угрозу жизни (при неблагоприятном течении).

Объектом кодирования является заболевание, выделенное как основное.

Признаком классификации является шифр заболевания по МКБ-10.

Структура кодификатора

Имя	Тип	Размер	Назначение
DS	Символьный	6	Код диагноза (шифр по МКБ-10)
Name_DS	Символьный	160	Название диагноза

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр Ds.

Кодификатор «Перечень услуг, используемых для лечения острых, в том числе угрожающих жизни, состояний» – «MSEXTxx.dbf»

Кодификатор включает услуги, используемые для лечения состояний, которые могут представлять угрозу жизни (при неблагоприятном течении).

Объектом кодирования является медицинская услуга.

Признаком классификации является код услуги.

Структура кодификатора

Имя	Тип	Размер	Назначение
CODE	Числовой	6	Код медицинской услуги
NAME	Символьный	250	Наименование медицинской услуги

В качестве первичного ключа при индексации файла данных Кодификатора используется параметр CODE.

N001 Классификатор противопоказаний и отказов - (onprotXX)

cod_prot	Num	1	Идентификатор противопоказания или отказа
NAME_prot	Char	250	Наименование противопоказания или отказа

N002 Классификатор стадий - (onstadXX)

cod_St	Num	3	Идентификатор стадии
DS	Char	6	Диагноз
St	Char	5	Стадия

N003 Классификатор Tumor - (ontum_XX)

Cod_T	Num	4	Идентификатор T
DS	Char	6	Диагноз
T	Char	5	Обозначение T
NAME_T	Char	250	Наименование T

N004 Классификатор Nodus - (onnod_XX)

Cod_N	Num	4	Идентификатор N
DS	Char	6	Диагноз
N	Char	5	Обозначение N
NAME_N	Char	250	Наименование N

N005 Классификатор Metastasis - (onmet_XX)

COD_M	Num	3	Идентификатор M
DS	Char	6	Диагноз
M	Char	5	Обозначение M
NAME_M	Char	250	Наименование M

N006 Справочник соответствия стадий TNM - (ontnm_XX)

DS	Char	6	Диагноз
Cod_St	Num	3	Идентификатор стадии
Cod_T	Num	4	Идентификатор T
Cod_N	Num	4	Идентификатор N
Cod_M	Num	3	Идентификатор M

N007 Классификатор гистологических признаков - (onmrf_XX)

Cod_Mrf	Num	2	Идентификатор гистологического признака
NAME_Mrf	Char	250	Наименование гистологического признака

N008 Классификатор результатов гистологических исследований - (onmfrfXX)

ID_R_M	Num	3	Идентификатор записи
COD_Mrf	Num	2	Идентификатор гистологического признака в соответствии с «onmrf_XX»
NAME_R_M	Char	250	Наименование результата гистологического исследования

N009 Классификатор соответствия гистологических признаков диагнозам - (onmrdsXX)

DS	Char	6	Диагноз
Cod_Mrf	Num	2	Идентификатор гистологического признака в соответствии с «onmrf_XX»

N010 Классификатор маркеров - (onigh_XX)

Cod_igh	Num	2	Идентификатор маркера
igh	Char	250	Обозначение маркера
NAME_igh	Char	250	Наименование маркера

N011 Классификатор значений маркеров (onigrtXX)

ID_R_I	Num	3	Идентификатор записи
Cod_igh	Num	2	Идентификатор маркера в соответствии с «onigh_XX»
R_i	Char	250	Обозначение результата
NAME_R_i	Char	250	Наименование результата

N012 Классификатор соответствия маркеров диагнозам - (onigdsXX)

DS	Char	6	Диагноз
Cod_igh	Num	2	Идентификатор маркера в соответствии с «onigh_XX»

N013 Классификатор типов лечения - (onlechXX)

Cod_TLech	Num	1	Идентификатор типа лечения
NAME_TLech	Char	250	Наименование типа лечения

N014 Классификатор типов хирургического лечения - (onhir_XX)

Cod_THir	Num	1	Идентификатор типа хирургического лечения
NAME_THir	Char	250	Наименование типа хирургического лечения

N015 Классификатор линий лекарственной терапии - (onlekIXX)

Cod_TLek_L	Num	1	Идентификатор линии лекарственной терапии
NAMETLek_L	Char	250	Наименование линии лекарственной терапии

N016 Классификатор циклов лекарственной терапии (onlekvXX)

Cod_TLek_V	Num	1	Идентификатор цикла лекарственной терапии
NAMETLek_V	Char	250	Наименование цикла лекарственной терапии

N017 Классификатор типов лучевой терапии - (onluchXX)

Cod_TLuch	Num	1	Идентификатор типа лучевой терапии
NAME_TLuch	Char	250	Наименование типа лучевой терапии

N018 Классификатор поводов обращения (OnkReas) – (onreasXX)

Cod_Reas	Num	2	Идентификатор повода обращения
NAME_Reas	Char	250	Наименование повода обращения

N019 Классификатор целей консилиума (OnkCons) – (onconsXX)

Cod_Cons	Num	1	Идентификатор цели консилиума
NAME_Cons	Char	250	Наименование цели консилиума

V027 Классификатор характера заболевания (C_ZAB) – (onczabXX)

Cod_CZ	Num	1	Идентификатор характера заболевания
NAME_CZ	Char	250	Наименование характера заболевания

V028 Классификатор видов направления (NAPR_V) – (onnaprXX)

Cod_VN	Num	2	Код вида направления
NAME_VN	Char	250	Наименование вида направления

V029 Классификатор методов диагностического исследования (MET_ISSL) – (onmdi_XX)

Cod_MET	Num	2	Код метода диагностического исследования
NAME_MET	Char	250	Наименование метода диагностического исследования

V025 Классификатор целей посещения (KPC) – (onpcelXX)

Cod_PC	Char	3	Код цели посещения
NAME_PC	Char	250	Наименование цели посещения

V024 Классификатор дополнительных классификационных критериев (DopKr) – (ondopkXX)

Cod_DKK	Char	10	Код дополнительного классификационного критерия
NAME_DKK	Char	250	Наименование дополнительного классификационного критерия

N021 Классификатор соответствия лекарственного препарата схеме лекарственной терапии (OnkLpsh) – (onlpshXX)

ID_ZAP	Char	15	Идентификатор записи
CODE_SH	Char	10	Код схемы лекарственной терапии (по справочнику ondopkXX)
ID_LEKP	Char	6	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии (по справочнику лекарственных препаратов)

Кодификатор « Профиль ВМП» (promedXX)

Кодификатор содержит профиль медицинской помощи по ВМП. Объектом кодирования является профиль медицинской помощи. Признаком классификации является наименование профиля медицинской помощи.

Структура кодификатора

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
profmp	Симв.	3	Код профиля медицинской помощи по ВМП
name	Симв.	50	Наименование

Справочник "Тарифы лекарственных препаратов" (tarionXX)

"Предназначен для автоматизации расчета стоимости законченного случая лечения, в условиях КС и ДС онкологического профиля. при учете медицинской помощи с использованием кодов 81094 и 97158 (базовый тариф из справочника TARIMU-Тарифы медицинских услуг). Информация о фактически использованном лекарственном препарате вводится с использованием подсистемы учета химиопрепаратов в АИС ПУМП. Применяется в АИС ПУМП, ПО МО, СМО, ПБД АИС ОМС. "

Признаком классификации является код лекарственного препарата

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
cod	Симв.	14	SID полного МНН (Код лекарственного препарата)
name	Симв.	25	Наименование лекарственных препаратов по МНН
forlek	Симв.	160	Лекарственная форма выпуска
dozlp	Симв.	25	Дозировка лекарственного препарата
mass_value	Числ.	6,2	Массовая характеристика дозировки. Значение.
mass_unit	Симв.	10	Массовая характеристика дозировки. Единицы измерения.
vol_value	Числ.	6,2	Объемная характеристика дозировки. Значение.
vol_unit	Симв.	10	Объемная характеристика дозировки. Единицы измерения.
pr_v_value	Числ.	6,2	Первичная упаковка: Объемная характеристика дозировки. Значение.
pr_v_unit	Симв.	10	Первичная упаковка: Объемная характеристика дозировки. Единицы измерения.
p_mas_valu	Числ.	6,2	Первичная упаковка: Массовая характеристика дозировки. Значение.
p_mas_unit	Симв.	10	Первичная упаковка: Массовая характеристика дозировки. Единицы измерения.
edizm	Симв.	10	Единица измерения по КТРУ
ston	Числ.	9,2	Стоимость лекарственных препаратов за единицу измерения

Справочник соответствия таргетных ЛС локализациям ЗНО (onoplsXX)

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
Name_LS	Симв	250	Наименование ЛС
N020	Симв	6	Код ЛС по справочнику N020
Name_lok	Симв	250	Наименование локализации
DS	Симв	6	Код / раздел основного диагноза
COD_MS	Числ	6	Код медицинского стандарта (ДС / КС)

Name_MS	Симв	250	Наименование медицинского стандарта (ДС / КС)
ID_R_I	Числ	3	Код результата ИГХ / молекулярно-генетического теста
Name_r_i	Симв	250	Наименование результата ИГХ / молекулярно-генетического теста
COD	Числ	6	Код услуги ИГХ / молекулярно-генетического теста
Name	Симв	250	Наименование услуги ИГХ / молекулярно-генетического теста

Перечень услуг, используемых для лечения острых, в том числе угрожающих жизни, состояний – (msexтXX)

COD	Num	6	Код медицинской услуги
Name	Char	250	Наименование медицинской услуги

Справочник «Перечень ведомственных МО, использующих особый порядок учёта направлений для оказания МП» - «sprvedXX.dbf».

Справочник содержит перечень ведомственных МО, использующих особый порядок учёта направлений для оказания МП.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Содержание
Lpu_ID	Числ	6	Идентификатор МО (юридического лица) как объекта АИС ОМС
Fil_ID	Числ	6	Идентификатор МО (филиала) как объекта АИС ОМС
Name	Симв	40	Наименование МО (филиала МО), краткое
Fullname	Симв	120	Наименование МО (филиала МО), полное
Prn_kodved	Числ	5	Код ведомства МО по кодификатору «PRILPUxx»
OVNED	Симв	120	Наименование ведомства по кодификатору «PRILPUxx»

Справочник «Номенклатурные коды медицинских услуг» - «Vid_vmeXX.dbf».

Справочник содержит перечень кодов медицинских услуг по Номенклатуре Минздрава.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Содержание
Vid_vme	Симв.	14	Код медицинской услуги по V001
Name_vme	Симв.	250	Наименование медицинской услуги по V001

Справочник «Номенклатурные коды медицинских услуг» - «Usl_vmeXX.dbf».

Справочник содержит перечень кодов медицинских услуг по Номенклатуре Минздрава в привязке к кодам медицинских услуг системы ОМС города Москвы.

Структура справочника

Имя поля	Тип	Размер	Содержание
Code_usl	Числ.	6	Код медицинской услуги по справочникам reesus или reesms
Name_usl	Симв.	250	Наименование медицинской услуги по справочникам reesus или reesms
Vid_vme	Симв.	14	Код медицинской услуги по V001
Name_vme	Симв.	250	Наименование медицинской услуги по V001

9. Описание кодов ошибок при проведении форматно-логического и семантического контроля реестров пациентов и реестров медицинских услуг.

9.1 Проверка записей файла «Реестр пациентов». Синтаксический контроль записей и проверка кодированной информации

Синтаксический контроль символьных полей и проверки дублирования записей по реквизитам пациента производятся без учета верхнего/нижнего регистров, кроме специально оговоренных случаев. При проверках полей ФИО символы “тире” и “пробел”, “е” и “ё”, “Е” и “Ё” считаются равнозначными.

Код основания для отказа/уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки по кодификатору «SookodXX» и правила проверки	Параметр файла
5.1.4.	E1	Значение признака «особый случай в Реестре пациентов» не отвечает справочнику: <u>Ошибочными считаются следующие случаи:</u> 1. Поле «D_TYPE» не заполнено; 2. Значение поля не соответствует кодификатору «osoreeXX»; 3. Значение поля не соответствует указанной категории пациента.	D_TYPE

5.2.2.	E2	<p>Недопустимый вид документа ОМС в записи Реестра пациентов:</p> <p>1. Проверяется соответствие параметра <Sn_pol> (номер и, при наличии, серия документа ОМС) и параметра <Tr_p> (вид документа ОМС).</p> <p>Ошибкой считается любое отклонение от следующих правил записи типа документа:</p> <p>С - Состоит из серии (6 цифровых символов вида 77xxxx) и номера (10 цифровых символов со значащими левыми нулями числом не более 3-х символов).</p> <p>П - состоит из номера - 16 цифровых символов со значащим левым нулём</p> <p>В - состоит из серии (двухзначный код СМО + трехзначный номер пункта выдачи) и номера (9 цифровых символов со значащим левым нулём без пробелов)</p> <p>К - состоит из номера - 16 цифровых символов со значащим левым нулём</p> <p>Э - состоит из номера - 16 цифровых символов со значащим левым нулём.</p> <p>Только для счетов иногородних пациентов:</p> <p>С – указываются данные предъявленного полиса;</p> <p>В - состоит из номера (9 цифровых символов со значащим левым нулём без пробелов).</p> <p>Если на бланке временного свидетельства девять цифровых символов разделены на серию и номер, в счете записывается серия и номер подряд без пробела.</p> <p>2. Проверяется корректность номера полиса нового образца путём расчета его контрольной суммы.</p> <p>В ходе МЭК при выявлении неверной контрольной суммы указанного номера полиса нового образца выставляется ошибка (условно) с целью информирования операторов МО о необходимости выверки данных. Далее, выполняется запрос к ЦС ЕРЗЛ по форме Erz_sverka5_d. При получении ответа о наличии у данного пациента полиса с указанным номером ошибка снимается.</p> <p>Только для счетов неидентифицированных пациентов:</p> <p>3. Нарушение в формировании серии и номера листа регистрации.</p> <p>3.1 Код округа (2-3 символ серии листа регистрации) не соответствует значению Сокг для Lpu_id МО, оказавшей медицинскую помощь, по данным справочника SPRLPUxx.dbf.</p> <p>3.2 Идентификатор МО (Lpu_id) (5-8 символ серии листа регистрации) не соответствует Lpu_id МО, оказавшей медицинскую помощь.</p> <p>3.3 Общее количество символов в номере листа регистрации < 9.</p> <p>3.4 В случае доставки пациента бригадами СС и НМП (ORD = 2 и LPU_ORD = «4708» / «774708») номер листа регистрации не равен 9 цифровым символам.</p> <p>3.5 В случае доставки пациента бригадами СС и НМП (ORD = 2 и LPU_ORD = «4708» / «774708») номер листа регистрации не совпадает со значением номера наряды бригады СС и НМП (параметр N_U).</p> <p>3.6 В случае доставки пациента иной службой СМП (ORD = 2 и LPU_ORD << 4708» /</p>	SN_POL
--------	----	---	--------

5.2.2.	E4	<p>Недопустимые символы или иная ошибка в фамилии пациента.</p> <p><u>К ошибке относится нарушение указанных ниже правил:</u></p> <p>1. Фамилия пациента записываются полностью с первой позиции поля, без сокращений и точек, буквами русского алфавита, допускаются также пробел и символы «'» и «-», «'», «.».</p> <p>2. Двойные (тройные) фамилии записываются через тире (-) без пропусков или через один пробел в соответствии с написанием в документе. Фамилия (составная часть) начинается с заглавной буквы, остальные – малые строчные.</p> <p>3. При отсутствии в документе УДЛ фамилии пациента поле <Fam> не заполняется (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type> = «4» / «t» (см. справочник НСИ osoreeXX.dbf);</p> <p>4. При отсутствии в документе УДЛ фамилии и отчества пациента поля <Fam>, <От> не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type> = «б» / «m» (см. справочник НСИ osoreeXX.dbf).</p> <p>5. Фамилия, состоящая из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов <D_type> = U.</p> <p>6. При отсутствии в документе УДЛ отчества у пациента, фамилия которого состоит из одной буквы, параметр реестра пациентов <D_TYPE> = «U» в том числе является подтверждением, аналогичным «D_type» = «2» / «f».</p> <p>7. При оформлении медицинской помощи незарегистрированным новорожденным на документ ОМС / «Лист регистрации» родителя/законного представителя, фамилия которого состоит из одной буквы, особый случай реестра пациентов <D_TYPE> = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U».</p> <p>8. При оформлении медицинской помощи незарегистрированным новорожденным на документ ОМС / «Лист регистрации» родителя/законного представителя, фамилия которого состоит из одной буквы и в документе УДЛ отсутствует отчество, особый случай реестра пациентов <D_TYPE> = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U», «2» / «f».</p> <p>Только для счетов иногородних и не идентифицированных пациентов:</p> <p>9. При указании фамилии «Тест», «Нет», «Отсутствует» на первом этапе МЭК выставляется ошибка (условно) с целью информирования операторов МО о необходимости выверки данных. Далее выполняется запрос к ЦС ЕРЗЛ и при получении ответа о наличии у данного пациента полиса с указанным номером ошибка снимается.</p>	FAM
5.2.2.	E5	<p>Недопустимые символы или иная ошибка в имени пациента.</p> <p><u>Аналогично описанию ошибки E4 для написания и контроля записи фамилии (см. параметр «FAM»).</u></p> <p>1. При отсутствии в документе УДЛ имени и отчества пациента поля <Im>, <От> не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов</p>	IM

		<p><D_type> = «5» / «k» (см. справочник НСИ osoreeXX.dbf).</p> <p>Только для счетов иногородних и не идентифицированных пациентов:</p> <p>2. Имя пациента, состоящее из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов <D_type> = «U».</p> <p>3. При отсутствии в документе УДЛ отчества у пациента, имя которого состоит из одной буквы, параметр реестра пациентов <D_TYPE> = «U» в том числе является подтверждением, аналогичным «D_type» = «2».</p> <p>4. При оформлении медицинской помощи незарегистрированным новорожденным на документ ОМС / «Лист регистрации» родителя/законного представителя, имя которого состоит из одной буквы, особый случай реестра пациентов <D_TYPE> = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U».</p> <p>5. При оформлении медицинской помощи незарегистрированным новорожденным на документ ОМС / «Лист регистрации» родителя/законного представителя, имя которого состоит из одной буквы и в документе УДЛ отсутствует отчество, особый случай реестра пациентов <D_TYPE> = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U», «2».</p>	
5.2.2.	Е6	<p>Недопустимые символы или иная ошибка в отчестве пациента.</p> <p><u>Аналогично описанию ошибки Е4 для написания и контроля записи фамилии (см. параметр <FAM>).</u></p> <p>1. Отсутствие отчества допустимо при ссылке на «особый случай в реестре» (параметр <D_TYPE> = «2» / «f» (для прикрепленных));</p> <p>2. При отсутствии в документе УДЛ имени и отчества пациента поля <Im>, <Ot> не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type> = «5» / «k» (см. справочник НСИ osoreeXX.dbf).</p> <p>3. При отсутствии в документе УДЛ фамилии и отчества пациента поля <Fam>, <Ot> не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов <D_type> = «6» / «m» (см. справочник НСИ osoreeXX.dbf).</p> <p>Только для счетов иногородних и не идентифицированных пациентов:</p> <p>4. При отсутствии отчества у родителя/ законного представителя, на документ ОМС/ «Лист регистрации» которого подаются медицинские услуги, оказанные незарегистрированным новорожденным, параметр <D_TYPE> = «9» реестра пациентов в том числе является подтверждением, аналогичным «D_type» = «2».</p> <p>5. При оформлении медицинской помощи незарегистрированным новорожденным на документ ОМС / «Лист регистрации» родителя/законного представителя, фамилия/имя которого состоит из одной буквы и в документе УДЛ отсутствует отчество, особый случай реестра пациентов <D_TYPE> = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type»</p>	ОТ

		<p>= «U», «2».</p> <p>6. Фамилия, состоящая из одной буквы, и отсутствие в документе УДЛ отчества сопровождается указанием особого случая реестра пациентов <D_type> = «U».</p> <p>7. Фамилия, состоящая из одной буквы, и отчество пациента, состоящее из одной буквы, сопровождаются указанием особого случая реестра пациентов <D_type> = «U».</p> <p>8. Отчество пациента, состоящее из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов <D_type> = «U».</p> <p>9. Имя пациента, состоящее из одной буквы, и отсутствие в документе УДЛ отчества сопровождается указанием особого случая реестра пациентов <D_type> = «U».</p> <p>10. При указании отчества «Нет» / «Отсутствует» на первом этапе МЭК выставляется ошибка (условно) с целью информирования операторов МО о необходимости выверки данных. Далее выполняется запрос к ЦС ЕРЗЛ и при получении ответа о наличии у данного пациента полиса с указанным номером ошибка снимается.</p>	
5.2.2.	E7	<p>Несоответствие пола пациента его ФИО / номеру полиса образца 1998 года/ номеру полиса единого образца /кодификатору:</p> <p>1. Ошибочными считается несоответствие значения поля кодификатору «пол пациента» «kodpolXX».</p>	W
5.2.2.	E8	<p>Некорректный возраст пациента (в том числе пустое поле «DR»):</p> <p><u>Ошибочными считаются следующие случаи:</u></p> <p>1. Поле «DR» не заполнено;</p> <p>2. Указанная дата свидетельствует о рождении пациента более чем за 130 лет до начала отчетного периода;</p> <p>3. Указанная дата - позднее отчетного периода.</p>	DR
5.2.2.	E9	<p>Ошибка в адресе пациента</p> <p>К ошибке относится нарушение указанных ниже правил:</p> <p>1. Тип и название населённого пункта, тип и название улицы записываются в соответствующем поле русскими заглавными буквами через один пробел (например: ГОРОД ОМСК, или: СЕЛО КАРАЧАЕВО; УЛИЦА НОВАЯ или ПЛОЩАДЬ СВОБОДЫ и т.д.) Заполнение обязательно.</p> <p>2. Название района по месту жительства записывается русскими заглавными буквами при наличии таких данных в документе.</p> <p>Примечание:</p> <p>Название района, номер дома, корпуса, квартиры при отсутствии не заполняются.</p>	RN,GOR,UL,D OM,KOR, KV
5.2.2.	EA	<p>Территория страхования/ проживания иногороднего не отвечает справочнику</p> <p>Ошибочными считаются:</p> <p>1. коды территорий, не соответствующие кодификатору НСИ «territXX.dbf»;</p> <p>2. C_t=99 (территория не определена);</p> <p>3. не заполненные (пустые).</p>	C_T, C_A
5.2.2.	EW	<p>Ошибка в значении документа, удостоверяющего личность пациента/ матери или иного законного представителя для незарегистрированного новорожденного,- указанного в</p>	SN_PASP

поле «Sn_pasp» реестра иногородних и не идентифицированных пациентов.

Поле заполняется строго по шаблону. Серия и номер разделены одним пробелом.

Ошибочными считаются следующие случаи:

1. поле «Sn_pasp» не заполнено для пациентов, имеющих полис старого образца или временное свидетельство;

Только для иногородних пациентов.

2. сведения в поле «Sn_pasp» не соответствуют типу документа, указанного в поле «Q_pasp»:

Q_PAS P	Наименование ДУДЛ	Шаблон серии	Шаблон номера	DOC TYPE
1	Паспорт гражданина РФ	99 99	9999990	14
d	Дипломатический паспорт гражданина РФ	99	9999999	8
z	Заграничный паспорт гражданина РФ	99	9999999	15
5	Удостоверение беженца в РФ	S	000000000009	12
6	Временное удостоверение личности гражданина РФ	S	000000000009	13
9	Свидетельство о рождении РФ	R-ББ	999999	3
v	Вид на жительство	S1	000000000009	11
w	Иные документы	S1	0000000009	18
a	Паспорт иностранного гражданина	S	000000000009	9
b	Свидетельство о регистрации и ходатайства о признании иммигрант	S	000000000009	10
c	Документ иностранного гражданина	S1	000000000009	21

		e	Документ лица без гражданства	S1	000000000009	22
		f	Свидетельство о рождении, выданное не в РФ	S1	000000000009	24
		g	Свидетельство о предоставлении временного убежища на тер. РФ	99 или ББ	9999999	25
<p>Обозначения в шаблонах серий и номеров ДУДЛ:</p> <p>R – на месте одного символа R располагается целиком римское число, заданное символами «I», «V», «X», «L», «C», набранными на верхнем регистре латинской клавиатуры;</p> <p>9 – любая десятичная цифра (обязательная);</p> <p>0 – любая десятичная цифра (необязательная);</p> <p>Б – любая русская заглавная буква;</p> <p>«-» (знак «-») – указывает на обязательное присутствие данного символа в контролируемом значении;</p> <p>S – последовательность символов, символы не контролируются (может содержать любые буквы или цифры, символ « » или вообще отсутствовать). Все символы должны быть из одного алфавита;</p> <p>S1 – расширенная последовательность символов, символы не контролируются (может содержать любые буквы или цифры, символы «-», «/», «\», « »), или вообще отсутствовать). Все символы должны быть из одного алфавита.</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>При наличии в поле «Sn_pasp» значения «null» выставляется ошибка с целью информирования оператора о необходимости выверки данных. В случае получения положительного ответа от ЦС ЕРЗЛ ошибка снимается.</p> <p>Только для не идентифицированных пациентов.</p> <p>3. поле «Sn_pasp» заполнено для не идентифицированных пациентов с отметкой «особый случай реестра пациентов» в поле «D_type» = «8» (то есть для незарегистрированных новорожденных, не имеющего матери или иного законного представителя).</p>						
5.2.2.	EV	<p>Вид документа иногороднего пациента не отвечает справочнику НСИ «viddocXX.dbf», либо указанный вид документа не соответствует возрасту пациента.</p> <p>1. при q_pasp = 1, d, z - возраст пациента не должен быть менее 14 лет;</p> <p>2. при q_pasp = 9 – возраст пациента не должен быть более 14 лет и 3 месяцев.</p>				Q_PASP
5.1.4.	SN	<p>Некорректное значение СНИЛС.</p> <p>1. Ошибочным считается несоответствие параметра <SNILS> маске «xxx-xxx-xxx xx».</p>				SNILS
5.2.2.	EC	<p>Ошибкой страховой принадлежности документа ОМС, в том числе категории пациента считается:</p> <p>1. ответ на запрос СМО к РС ЕРЗЛ содержит иную СМО, зарегистрировавшую полис ОМС в РС ЕРЗЛ;</p> <p>2. ВС, не зарегистрированное на момент проведения</p>				

	<p>запроса в РС ЕРЗЛ, не имеет серии, или серия не соответствует коду СМО, в которую направлен счёт, или номер пункта выдачи ВС, указанный в серии, не относится к пунктам выдачи СМО, или номер ВС не зарегистрирован как выданный данной СМО;</p> <p>Для счетов иногородних пациентов:</p> <p>3. указанная категория пациента «иногородний» не верна, пациент застрахован СМО Москвы. Для каждого иногороднего пациента выполняется запрос к РС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka4» на дату завершения оказания медпомощи в каждой МО (т.е. на дату = Max значению параметра <D_u>). Ошибка на первом этапе МЭК при получении положительного ответа на запрос к РС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka4» выставляется условно с целью информирования операторов МО. Далее выполняется запрос к ЦС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka5_d» на ту же дату, что и запрос к РС ЕРЗЛ. При получении сведений о действовавшем на дату завершения медпомощи иногороднем документе ОМС ошибка Err=ЕС снимается. В ходе запроса к ЦС ЕРЗЛ также сверяется и, при необходимости, корректируется код территории страхования пациента на дату завершения медпомощи. Правила запросов см. ниже пункт 9;</p> <p>4. коды территорий страхования в поле реестра пациентов «C_t» =77 (Москва) и «C_t» =99 (территория не определена) не корректны.</p> <p>Для счетов не идентифицированных пациентов:</p> <p>5. указанная категория «не идентифицированный пациент» не верна- в ходе запроса к ЕРЗЛ обнаружены сведения о наличии документа ОМС.</p> <p>6. При отсутствии у пациента ДУДЛ/СНИЛС выполняется запрос к РС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka4» на дату завершения в МО медпомощи пациенту с указанным номером листа регистрации пациента (т.е. на дату = Max значению параметра <D_u> для каждого значения параметра <Sn_pol>). При условии полного совпадения персональных данных пациента (ФИО + дата рождения) с данными РС ЕРЗЛ в случае получения положительного ответа на запрос выставляется ошибка Err=ЕС.</p> <p>Если при выполнении запроса к РС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka4» с условием полного совпадения персональных данных пациента (ФИО + дата рождения) обнаружены сведения о ДУДЛ/СНИЛС при отсутствии этих данных в счёте МО, эти сведения могут быть использованы для выполнения дальнейшего запроса к ЦС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka5_d», как описано ниже.</p> <p>При наличии в РС ЕРЗЛ нескольких ДУДЛ выбирается последний по дате.</p> <p>7. При наличии у пациента ДУДЛ/СНИЛС выполняется запрос к РС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka4» на дату завершения в МО медпомощи пациенту с указанным номером листа регистрации (т.е. на дату = Max значению параметра <D_u> для каждого значения параметра <Sn_pol>). При условии полного совпадения персональных данных пациента (ФИО + дата рождения) с данными РС ЕРЗЛ в случае получения положительного ответа на запрос условно выставляется</p>	
--	--	--

		<p>ошибка Err=ЕС с целью информирования операторов МО. Далее выполняется запрос к ЦС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka5_d» на ту же дату, что и запрос к РС ЕРЗЛ. При получении сведений о действовавшем на дату завершения медпомощи документе ОМС выставленная ошибка сохраняется, при получении отрицательного ответа (указанный пациент не найден или отсутствовал документ ОМС, действовавший на дату завершения медпомощи в МО) ошибка Err=ЕС снимается.</p> <p>При неоднократном обращении пациента в МО запрос повторяется для каждого листа регистрации пациента (параметр <Sn_pol>) на соответствующую дату завершения медпомощи.</p> <p>Правила запросов см. ниже пункт 9.</p>	
5.2.2.	ЕК	<p>Ошибка в указании органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность</p> <p>Только для потока счетов по иногородним пациентам.</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение «пусто», при указании в качестве документа ОМС полиса старого образца или временного свидетельства (тип документа ОМС «С» или «В»). 2. В случае заполнения, указание в качестве органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность, каких-либо символов, разделителей и т.д. в отсутствие хотя бы одного буквенного символа. 3. В случае заполнения, общее количество символов менее 3-х. <p><u>Общее исключение:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Счета ССиНМП (Lpu_id = 4708» / «774708») не контролируются. <p><u>Общее примечание:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В случае указания ЕНП – не контролируется. 2. Алгоритм не применяется для иных потоков счетов (ПД-ИН и т.д.), кроме потока счетов на иногородних пациентов. 	DOCORG
5.2.2.	ЕЛ	<p>Ошибка в дате выдачи документа, удостоверяющего личность</p> <p>Только для потока счетов по иногородним пациентам.</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение «пусто», при указании в качестве документа ОМС полиса старого образца или временного свидетельства (тип документа ОМС «С» или «В»). 2. Указание даты, более поздней чем дата оказания последней услуги в МО (самая поздняя D_U) в отчётном периоде. <p><u>Общее исключение:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Счета ССиНМП (Lpu_id = 4708» / «774708») не контролируются. <p><u>Общее примечание:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В случае указания ЕНП – не контролируется. 2. Алгоритм не применяется для иных потоков счетов (ПД-ИН и т.д.), кроме потока счетов на иногородних пациентов. 	DOCDATE

9.2 Выявление дублированных записей

Код основания для отказа/уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки и правила проверки
5.2.2.	DR	<p>Повтор номера ДУДЛ / документа ОМС у разных пациентов (ошибка Реестра):</p> <p>Ошибочными считаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повторы документа ОМС пациента – бракуются обе записи. Проверка на дублирование осуществляется по связке: «Mcod + Sn_pol». 2. Повторы реквизитов ДУДЛ пациента – бракуются обе записи. Проверка на дублирование осуществляется по связке: «Mcod + SN_PASP + Q_PASP». <p><u>Исключение:</u></p> <p>Счета неидентифицированных пациентов не подлежат браковке в случае указания разных номеров листов регистрации (sn_pol).</p>
5.2.2.	DP	<p>Повторная запись одного пациента с разными полисами/документами:</p> <p>1. Ошибочными считаются выявленные повторы реквизитов пациента (одно физическое лицо) с различными документами одного типа (т.е. два разных полиса, два ВС и т.д.) – бракуются обе записи (проверка на дублирование осуществляется по связке реквизитов пациента, зарегистрированных в одной МО: «Код МО + Фамилия + Имя + Инициал отчества + пол + месяц и год рождения»).</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>При контроле на повтор связки «fam» + «im» + первая позиция «ot» считаются равнозначными с учётом разделяющих символов («-», «пробел», «'»).</p> <p>Только для счетов застрахованных СМО Москвы пациентов:</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>Все до одной повторяющиеся записи (в т.ч. и первая из таких записей) относятся к ошибке, за исключением случаев, когда повторяющиеся записи имеют значение особого случая реестра пациентов «d_type» = «d», «h».</p> <p>Только для счетов иногородних пациентов:</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>Все до одной повторяющиеся записи (в т.ч. и первая из таких записей) относятся к ошибке, за исключением случаев, когда повторяющиеся записи имеют значение особого случая реестра пациентов «d_type» = «d».</p>

9.3 Проверка связности файла реестра пациентов с файлом реестра медицинских услуг на пациентов

Код основания для отказа/уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки и правила проверки
5.1.4.	PR	<p>На пациента Реестра нет Счёта:</p> <p>1. Ошибочными считаются записи реестра пациентов, для которых не найдено ни одной записи в файле счета по связке: «Mcod + Sn_pol».</p>
5.1.4.	PN	<p>Пациент исключен из Реестра по снятию полного счета:</p> <p>1. Ошибочными считаются записи реестра пациентов, для которых все соответствующие (по связке: «Mcod + Sn_pol») записи в файле счета забракованы по ошибкам счета</p>

5.1.4.	PS	Запись счета не связана с реестром пациентов 1. Ошибочными считаются все записи счета, для которых не найдено ни одной записи в файле реестра пациентов по связке: «Mcod + Sn_pol».
5.1.4.	PK	Счет не принят к рассмотрению по ошибке в файле Реестр пациентов 1. Ошибочными считаются все записи счета, для которых все соответствующие по связке: «Mcod + Sn_pol» записи в файле реестра забракованы по ошибкам реестра.

9.4 Проверка корректности определения СМО - плательщика

Проверка корректности определения СМО-плательщика проводится согласно «Регламенту определения плательщика за оказанную медицинскую помощь» (п.10. настоящего документа).

Код основания для отказа/уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки и правила проверки
5.2.2	EE	Наличие у МО реестрового номера, присвоенного иным ТФОМС (только для счетов иногородних пациентов). 1. Проверка проводится в автоматизированном режиме по справочнику MO_tfoms_XX.dbf, содержащему сведения о медицинских организациях г.Москвы и ТФОМС иных территорий РФ, заключивших прямые договора. Ошибочными считаются записи реестра пролеченных иногородних пациентов медицинской организации, указанной в MO_tfoms_XX.dbf, содержащие сведения о лицах, застрахованных по ОМС на соответствующих территориях РФ. Страховая принадлежность устанавливается по результатам запроса к ЦС ЕРЗЛ на дату получения медицинской помощи (дату последней услуги, оказанной в проверяемой МО пациенту).
5.2.2.	ER	Вектор сверки с ЕРЗ не соответствует положительному ответу на запрос для застрахованных. Только для застрахованных СМО Москвы дополнительно: 1. Ошибкой считается отрицательный ответ ЕРЗ при отсутствии сведений о ВС, выданном СМО г. Москвы, в счёте па пациента. <u>Исключения:</u> 1. Если счёт пациента содержит только услуги 59/159 группы кодов, а также 29/129 группы кодов, в патологоанатомическом отделении стационара, допускается их оплата в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным РС ЕРЗЛ. 2. Для амбулаторно-поликлинической МО допускается оплата услуг 25/125, 26/126, 27/127, 29/129, 30/130- групп кодов в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным РС ЕРЗЛ. 3. Для ГБУЗ «ДЦ (ЦЛИ) ДЗМ» (Lpu_id=1795) дополнительно допускается оплата услуг «28», «128» групп кодов в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным РС ЕРЗЛ. <i>Только для иногородних пациентов:</i> 2. Ошибкой считается отрицательный ответ на запрос к ЦС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka5_d» на дату выписки пациента. В случае отрицательного ответа от ЦС ЕРЗЛ направляется повторный запрос в ЦС ЕРЗЛ на дату выписки пациента минус 1 день. При получении положительного ответа на запрос к ЦС ЕРЗЛ, в котором есть отметка о смерти пациента по данным ЗАГС («Y» в поле <Dead_flag>), или сведения о дате прекращения действия документа ОМС, сопоставляются сведения о дате смерти / гашения документа ОМС пациента в ЦС ЕРЗЛ и максимальная дата оказания медпомощи (поле <D_u>) по данным счёта

МО. Если смерть / гашение документа ОМС пациента по данным ЦС ЕРЗЛ наступили в отчётном периоде ранее даты завершения медпомощи в МО, направившей отчёт, код ошибки «ER» не снимается, счёт оплате не подлежит. В случае совпадения максимальной даты оказания медпомощи (поле <D_u>) по данным счёта МО и даты смерти / гашения документа ОМС пациента по данным ЦС ЕРЗЛ, ошибка «ER» снимается, счёт оплачивается, при этом ведётся контроль территории страхования пациента по данным ЦС ЕРЗЛ и указанной в счёте МО. В случае расхождения территорий страхования ошибка «ER» не снимается.

Исключения:

1. В случае, если на максимальную дату счёта пациента в отчётном периоде указаны услуги 59 / 159 - группы кодов в патологоанатомическом отделении стационара, анализ проводится на предшествующую дату счёта.
 2. Если счёт пациента содержит только услуги 59 / 159 - группы, допускается их оплата в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным ЦС ЕРЗЛ.
 3. Для амбулаторно-поликлинической МО допускается оплата услуг 25/125, 26/126, 27/127, 29/129, 30/130- групп кодов в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным ЦС ЕРЗЛ.
 4. Дополнительно из проверки исключаются исследования из разделов «28», «128» реестра медицинских услуг – в счете ГБУЗ «ДЦ (ЦЛИ) ДЗМ» (Lpu_id=1795) в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным ЦС ЕРЗЛ.
4. если смерть пациента по данным ЦС ЕРЗЛ наступила до отчётного периода, вычисляется срок, прошедший после месяца смерти пациента по данным ЦС ЕРЗЛ.
5. Если месяц смерти отстоит от отчётного периода более, чем на 2 месяца, код ошибки «ER» заменяется на «MZ» - «Регистрация смерти пациента до отчётного периода (по данным ЗАГС)», счёт оплате не подлежит.
6. Если месяц смерти отстоит от отчётного периода менее, чем на 2 месяца, проводится анализ данных ЦС ЕРЗЛ о территории страхования пациента на дату завершения медпомощи в МО, направившей отчёт.
- 6.1. Если пациент был застрахован СМО Москвы, выставляется код ошибки «ЕС» - «Ошибка страховой принадлежности документа ОМС, в том числе категории пациента», счёт не подлежит оплате в потоке иногородних пациентов и должен быть подан в потоке застрахованных в Москве.
 - 6.2. Если пациент был застрахован СМО иных территорий, проводится анализ счёта.

Исключения:

1. Если счёт пациента содержит только услуги 59/159 группы кодов, а также 29/129 группы кодов, в патологоанатомическом отделении стационара, допускается их оплата в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным ЦС ЕРЗЛ.
 2. Для амбулаторно-поликлинической МО допускается оплата услуг 25/125, 26/126, 27/127, 29/129, 30/130- групп кодов в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным ЦС ЕРЗЛ.
 3. Для ГБУЗ «ДЦ (ЦЛИ) ДЗМ» (Lpu_id=1795) дополнительно допускается оплата услуг «28», «128» групп кодов в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным ЦС ЕРЗЛ.
 4. Дата смерти пациента в ЦС ЕРЗЛ определяется по сведениям в поле <Dead_date> в файле ответа на запрос.
7. В случае положительного ответа на запрос к ЦС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka5_d» с использованием данных ДУДЛ несовпадение указанных в счёте и полученных в ходе запроса сведений о ЕНП и территории страхования пациента ошибкой не является. Данные счёта корректируются в соответствии с данными ЦС ЕРЗЛ о действовавшем (то есть не погашенном) документе ОМС на момент завершения медпомощи в

		МО.
5.2.2.	NV	<p>Отсутствие ходатайства или категория пациента «не идентифицирован» не подтверждена (только для счетов не идентифицированных пациентов) (по данным Управления учёта и контроля сборов страховых взносов и платежей МГФОМС).</p> <p>Ошибка выставляется в случае:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствия регистрации «Ходатайства об идентификации застрахованного лица» в «Журнале учёта ходатайств» на дату/срок оказания экстренной медицинской помощи пациенту по данным счёта; 2. Идентификации пациента в системе ОМС в результате рассмотрения ходатайства как застрахованного.
5.1.1.	MZ	<p>Регистрация смерти пациента до отчётного периода (по данным ЗАГС).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. По результатам запроса к РС ЕРЗЛ/ЦС ЕРЗЛ при полном совпадении персональных данных (ФИО, дата рождения) / ДУДЛ установлен факт смерти пациента по данным ЗАГС до отчётного периода. Счёт оплате не подлежит. <p><u>Исключения:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Если счёт пациента содержит только услуги 59/159 - группы кодов в патологоанатомическом отделении стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения «85», или 2-3 цифры фасетного кода отделения «90» в сочетании с 4-6 цифрами «015» / «067»), допускается их оплата в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным РС ЕРЗЛ / ЦС ЕРЗЛ (кроме счетов не идентифицированных пациентов). 2. Для амбулаторно-поликлинической МО допускается оплата услуг 25/125, 26/126, 27/127, 29/129, 30/130- групп кодов в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным РС ЕРЗЛ / ЦС ЕРЗЛ (кроме счетов не идентифицированных пациентов). 3. Для ГБУЗ «ДЦ (ЦЛИ) ДЗМ» (Lpu_id=1795) дополнительно допускается оплата услуг «28», «128» групп кодов в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным РС ЕРЗЛ / ЦС ЕРЗЛ. (кроме счетов не идентифицированных пациентов). 4. Услуги раздела 29 / 129, выполненные в той же или иной МО (пат анатомическом отделении стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения «85», или 2-3 цифры фасетного кода отделения «90» в сочетании с 4-6 цифрами «015» / «067») в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным РС ЕРЗЛ / ЦС ЕРЗЛ. <p><u>Справочно1:</u></p> <p>Запрос к ЦС ЕРЗЛ выполняется по форме Erz_sverka5_d на дату завершения медпомощи в данной МО, как в общем случае. При наличии флага смерти в поле ответа на запрос <Dead_flag> = «Y» срок оказания перечисленных выше услуг отсчитывается от даты смерти пациента, указанной в поле <Dead_date> ответа на запрос.</p> <p><u>Справочно2:</u></p> <p>Для счетов не идентифицированных пациентов услуги «59/159» или «29/129» - раздела, выполненные в патологоанатомическом отделении стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения «85», или 2-3 цифры фасетного кода отделения «90» в сочетании с 4-6 цифрами «015» / «067»), предъявляются в месяц их проведения после выписки пациента из МО. Возможен разрыв по дате с самой поздней медуслугой счёта пациента с тем же значением истории болезни (параметр <C_i>), а также подача на оплату услуг «59 / 159» раздела без наличия каких-либо предшествующих услуг.</p>

9.5 Проверка записей файлов «Реестр медицинских услуг на пациентов». Синтаксический контроль

Код основания для отказа/уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки и правила проверки	Имя поля файла реестра счета
5.1.4.	Н6	<p>Не корректен номер медицинской карты в Счёте пациента: К ошибке относится: 1. Незаполненное поле медицинской карты (значение поля «с_i» равно «пусто» или «пробел») или «с_i» = 0 (00, 000 и т.д.); 2. На незарегистрированного новорожденного не соблюден формат записи: собственно номер не более 12 символов # пол # ГГГГММДД#номер; 3. Не соблюдены правила формирования номера медицинской карты при регистрации комплексной услуги профилактического направления и диспансеризации /диспансеризации, а также второго этапа указанных осмотров;</p> <p><u>Примечание:</u> Номер медицинской карты формируется как «ДД» / «ДУ» / «ДС» / «ПРОФВ» / «ПРОФД» / «УМО» + sn_pol.</p> <p>4. Считаются ошибочными и бракуются все выявленные записи с повтором номера медицинской карты / истории болезни в счёте одной МО (юридическое лицо) за отчётный период у пациентов с разными значениями параметра <Sn_pol>.</p> <p><u>Исключение:</u> 1. Счета пациентов, в которых вся оказанная медицинская помощь выполнена в отделениях, имеющих 2-3 разряды фасетных кодов <Iotd>= 00 - Поликлинические (консультативно-поликлинические) отделения; 01 - КДО в составе больничных учреждений; 08 - Женская консультация при медицинском учреждении 85 - Патологоанатомическое, при оказании услуг 29/129 группы кодов; 90 - Параклинические отделения; 91 - Центр здоровья; 92 - Травматологическое отделение в АПУ; 2. Повтор номера истории болезни в случае наличия двух МС при наличии кода ЗС «Т» (Тip = Т) у хронологически более раннего МС и выполнении хронологически более позднего МС в отделении медицинской реабилитации (2-3 цифры фасетного кода отделения = 69, 87, 88, 89).</p> <p><u>Справочно:</u> Использование в счёте за отчётный период одной МО (юридическое лицо) не уникальных значений параметра <C_i> в отделениях, имеющих другие значения 2-3 разрядов фасетных кодов отделений <Iotd>, считается ошибкой и бракуется.</p> <p>5. Считаются ошибочными и бракуются все выявленные записи с повтором номера истории болезни госпитализированного пациента в счёте одной МО (юридическое лицо) за календарный год, кроме</p>	С_I

		<p>оказания услуг 59-кодов, 29-кодов у пациентов с тем же значением параметров <Sn_pol> + <C_i> в течение двух месяцев от месяца выписки пациента.</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>1. В случае забора материала во время пребывания пациента в дневном стационаре допускается регистрация услуг 29-кодов у пациентов с тем же значением параметров <Sn_pol> + <C_i> в течение двух месяцев от месяца выписки пациента.</p>	
5.1.4.	CO	<p>Нарушение правил формирования фасетного кода отделения МО:</p> <p>1. Код отделения не соответствует кодификаторам <prfotXX> (параметр <otd>) и/или <prV002> (параметр <prfil>); длина кода < > 8 символам;</p> <p>2. Значения показателей ВНХ фасетного кода отделения МО (см. п.3.1.1) не соответствуют друг другу;</p> <p>3. Значения показателей ВНХ фасетного кода отделения МО (см. п.3.1.1) не соответствуют типу МО;</p> <p>4. Регистрация в МО, имеющих во втором разряде мнемкода «1», оказывающих медицинские услуги только взрослому населению, отделений, имеющих в первом разряде фасетного кода значение «2» («детские» отделения);</p> <p>5. Регистрация в МО, имеющих во втором разряде мнемкода «2», оказывающих медицинские услуги только детскому населению, отделений, имеющих в первом разряде фасетного кода значение «1» («взрослые» отделения).</p>	IOTD
5.1.4.	HC	<p>Количество услуг/фактических койко-дней не равно целому положительному числу и /или имеет отрицательное или нулевое значение.</p>	K_U
5.1.3.	DU	<p>Несоответствие даты оказания услуги / выписки отчетному периоду:</p> <p>К ошибке относятся:</p> <p>1. Дата оказания услуги негоспитализированному пациенту не соответствует отчетному периоду;</p> <p>2. Дата выписки госпитализированного пациента находится вне отчетного периода. Для госпитализированного пациента к ошибкам относятся все записи счета данного периода госпитализации (все записи на данный номер истории болезни), если последняя по дате запись не отвечает отчетному периоду;</p> <p><u>Справочно:</u></p> <p>Под датой выписки понимается дата применения МС / ВМП/ КСГ/ койко-дня / дня пребывания (лечения), хронологически последнего для пациента с данным номером медицинской карты (с одинаковым значением поля «с_i»).</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>1. услуги разделов «59» и «159», выполненные в патологоанатомическом отделении стационара), предъявляются за месяц их проведения в течение 2-х месяцев от месяца выбытия пациента из МО (кроме счетов не идентифицированных пациентов, оплата которых проводится только за отчетный период);</p> <p>2. результаты исследования поступившего биологического материала (группы кодов</p>	D_U

		<p>«25/125», «26/126», «27/127», «29/129», «30/130»), выполненные в течение двух отчётных периодов после месяца выписки пациента, предъявляются в месяц их проведения с тем же номером истории болезни, в т.ч. для пациента, выбывшего из МО в предыдущем отчётном периоде (кроме счетов не идентифицированных пациентов, оплата которых проводится только за отчётный период).</p> <p>3. дата оказания услуги незарегистрированному новорожденному должна соответствовать периоду новорожденности: для госпитализированного пациента «дата госпитализации» («дата поступления») меньше 3-х месяцев от даты рождения; для амбулаторных пациентов дата оказания услуги меньше 3-х месяцев от даты рождения.</p>	
--	--	--	--

9.6 Выявление дублированных записей файла «Реестр медицинских услуг на пациентов».

Код основания для отказа /уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки и правила проверки
5.7.2.	DL	<p>Повторная запись в файле Счет:</p> <p>1. Ошибочными (повторными) считаются записи файла счетов с совпадающими значениями полей: «MCOД», «SN_POL», «IOTD», «DS», «COD», «D_U», «PCOD».</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>Счета по незарегистрированным новорожденным из многоплодных родов, зарегистрированных с различным значением поля «C_I» (медицинская карта).</p> <p>2. Все до одной повторяющиеся записи (в т.ч. и первая из таких записей) относятся к ошибке, за исключением записей, помеченных значением поля «D_type» = «2».</p>

9.7 Проверка соответствия данных, приведенных в записях файла счета в кодированном виде, кодификаторам и справочникам НСИ, действующим в отчетный период

Значение каждого поля, за исключением «sn_pol», «c_i» и «k_u» проверяется на соответствие кодам справочника / кодификатора НСИ по версии, действующей в отчетный период, а также на допустимость сочетания данных (кодов) одной записи счета.

Запись, в одном из полей которой выявлен код, не отвечающий справочной информации, или установлено нарушение в сочетании данных по нескольким полям, считается ошибочной.

Код основания для отказа/уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки и правила проверки	Имя поля
5.1.4.	H8	<p>Диагноз не соответствует справочнику МКБ-10 / ошибка применения DS по счету за медицинскую помощь:</p> <p><u>Ошибкой H8 считается:</u></p> <p>1. Регистрация в счете диагноза, шифр которого не отвечает справочнику «Шифры диагнозов по МКБ-10» (<mkb10_XX>);</p> <p>2. Регистрация основного диагноза из разделов класса заболеваний, не входящих в территориальную программу ОМС;</p> <p>3. Регистрация в качестве основного диагноза (параметр счёта <DS>), диагноза сопутствующего заболевания (параметр счёта <DS_2>), диагноза осложнения (параметр счёта <DS_3>) любых сочетаний одинаковых шифров. Например:</p> <p>«DS» = «DS_2»;</p> <p>«DS» = «DS_3»;</p>	DS, DS_2, DS_3, DS_0

		<p>«DS_2» = «DS_3».</p> <p>4. Регистрация в счёте на взрослого пациента (18 лет и старше) основного диагноза из раздела МКБ 10 «Р».</p> <p>Дополнительно только для застрахованных в СМО г.Москвы, а также для не идентифицированных в системе ОМС пациентов:</p> <p>4. Регистрация в качестве основного диагноза (параметр счёта <Ds>) шифра рубрики справочника <mkb10_XX> при наличии подрубрики, если не разрешено справочниками соответствия <ms_mkbXX>.</p> <p>5. Регистрация в счёте диагноза из разделов Z00- Z99 справочника «Шифры диагнозов по МКБ-10» (<mkb10_XX>) в сочетании с кодами медицинских услуг из разделов 25, 26, 27, 28, 29, 30/125, 126, 127, 128, 129, 130 реестра медицинских услуг.</p> <p>Исключения: Разрешено использование Z13.8, Z01.7, Z20, Z34, Z35.</p> <p>Дополнительно только для иногородних пациентов:</p> <p>6. регистрация в качестве основного диагноза (параметр счёта <Ds>) шифра рубрики справочника <mkb10_XX> при наличии подрубрики.</p> <p>Исключение: Счёта ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ.»</p> <p>7. регистрация в счёте следующих диагнозов: разделы A15-A19, A50-A64, B20-B24, B95-B97, F00-F99, Z11-Z13, диагнозов Z00.0, Z02, Z10.0.</p> <p>Исключения: Разрешено использование Z13.8 для услуг с кодами «15001/115001», «1167», «1267», «1277», «1307», «1447».</p> <p>8. Регистрация в счёте диагноза из разделов Z00-Z99 справочника «Шифры диагнозов по МКБ-10» (<mkb10_XX>) в сочетании с кодами медицинских услуг из разделов 25, 26, 27, 28, 29, 30/ 125, 126, 127, 128, 129, 130 реестра медицинских услуг.</p> <p>Исключения: Разрешено использование Z01.7, Z20, Z34, Z35.</p>	
5.1.4.	DV	<p>Диагноз не соответствует справочнику МКБ-10 / ошибка применения DS по счёту за медицинскую помощь:</p> <p><u>Ошибкой DV считается:</u></p> <p>1. Регистрация в счёте с МС (кроме 97158 / 81094) основного диагноза (параметр счёта <DS>), не отвечающего соответствию кода МС и шифра диагноза по справочнику <Ms_mkbXX></p> <p>Исключение: Из проверки исключаются записи со значением <d_type> = «1», «5» или <tip> = «5».</p> <p>2. Регистрация в счёте с услугами 97158 / 81094 основного диагноза, не отвечающего соответствию кода МС и шифра диагноза по справочнику <Ms_mkbXX>.</p> <p>Примечание: Ошибочными также считаются записи, подтвержденные Протоколом КЭК и смерти пациента (<D_type> счёта = <1> / <5>, или <TIP> = <5>);</p> <p>3. регистрация в счёте с услугами 97158 / 81094 основного диагноза (параметр счёта <DS>) «С97» без указания одного из</p>	DS, DS_2, DS_3, DS_0

		<p>сопутствующих / направительных диагнозов (DS_2 / DS_0) или диагноза осложнения (DS_3): C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C21, C21.0, C21.1, C21.2, C21.8, C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9, C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9, C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9, C61, C64.</p> <p>4. Регистрация услуги / МС / ВМП, включенной в справочник <Ms_mkbXX>, с основным диагнозом (параметр счёта <DS>), не соответствующим показателям справочника.</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>1. При маске значения поля DS справочника «Ms_mkbXX» - XXX основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов.</p> <p>2. При маске значения поля DS справочника «Ms_mkbXX» - XXX.X основной диагноз контролируется на абсолютное соответствие (с точностью до подрубрики). При этом, основные диагнозы с маской значения XXX.XX контролируются на соответствие диагнозу, указанному в поле DS справочника «Ms_mkbXX», с точностью до XXX.X.</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>Медицинские услуги, оказанные в стационаре кратковременного пребывания (2-3 цифры фасетного кода отделения «09»), не подлежат контролю по справочнику «Ms_mkbXX».</p>	
5.1.4.	HE	<p>Несоответствие диагноза и пола пациента:</p> <p>1. Ошибкой считается несоответствие значений пола пациента (пол устанавливается по значению поля «w» файла реестра или по соответствующим данным поля «медицинская карта пациента» («с_i») для незарегистрированного новорожденного) со справочным (поле «sex» в справочнике «mkb10_XX»), при «непустом» значении поля «sex».</p> <p>Исключение:</p> <p>1. При указании особого случая счёта «4» (d_type = 4) проверка не проводится.</p>	DS
5.1.4.	CS	<p>Заявленный код медицинской помощи отсутствует в реестрах услуг/МС/ВМП:</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Несоответствие кода услуги справочникам «Реестр медицинских услуг» («reesusXX», НСИ), «Реестр медицинских стандартов» («reesmsXX», НСИ), «Реестр ВМП» («reesvpXX», НСИ);</p>	COD
5.1.4.	TV	<p>Медицинская услуга не соответствует возрастной категории населения, обслуживаемого МО.</p> <p>К ошибке относится запись счета с кодом медицинской услуги/МС, которая ориентирована на применение в детских медицинских учреждениях, но зарегистрирована в МО, обслуживающем взрослое население, и наоборот.</p> <p>1. МО, имеющие во втором разряде мнемокода «1», оказывают медицинские услуги только взрослому населению.</p> <p>Проверка проводится по справочнику НСИ codwdrXX.dbf («Основные характеристики медицинских услуг»). Допустимы коды услуг (параметр <Cod>), для которых параметр <kr> = 1. При отсутствии данных в параметре <kr> (для ВМП, то есть 200, 297, 300, 397 - групп кодов) анализ не проводится.</p> <p>При отсутствии кодов услуг в codwdrXX.dbf в общем случае разрешены коды в диапазоне «1001» - «99647» и 200 - группы кодов, соответствующие возрасту пациента (в диапазоне</p>	COD

		<p>параметров <Min_ms>, <Max_ms> = 174,1560).</p> <p><u>Исключения:</u> Не допускаются счета незарегистрированных новорожденных, получающих медпомощь по полису матери/ законного представителя (в параметре <C_i> реестра счетов имеется условная форма записи о незарегистрированном новорожденном: собственно номер медкарты/ истории болезни не более 12 символов #пол#ГГГГММДД#номер ребёнка), отмеченные особым случаем реестра пациентов <D_type> = 9.</p> <p>2. МО, имеющие во втором разряде мнемокода «2», оказывают медицинские услуги только детскому населению. Проверка проводится по справочнику НСИ codwdrXX.dbf («Основные характеристики медицинских услуг»). Допустимы коды услуг (параметр <Cod>), для которых параметр <kr> =2. При отсутствии данных в параметре <kr> (для ВМП, то есть для 200, 297, 300, 397 - групп кодов) анализ не проводится. При отсутствии искомых кодов услуг в codwdrXX.dbf, в общем случае разрешены коды в диапазоне «101001» - «197013» и 200 - группы кодов, соответствующие возрасту пациента (в диапазоне, заданном параметрами <Min_ms>, <Max_ms> = 0, 1560).</p> <p><u>Исключения:</u> Разрешены счета незарегистрированных новорожденных, получающих помощь по полису матери / законного представителя (в параметре <C_i> реестра счетов имеется условная форма записи о незарегистрированном новорожденном: собственно номер медкарты/ истории болезни не более 12 символов#пол#ГГГГММДД #номер ребёнка), отмеченные особым случаем реестра пациентов <D_type> = 9. Возраст пациента рассчитывается в количестве полных месяцев (дней для случаев перинатального периода новорожденных) от даты его рождения, указанной в параметре <C_i>.</p> <p>3. МО, имеющие во втором разряде мнемокода «3», оказывают медицинские услуги взрослому и детскому населению. Анализ счёта по данному разделу не проводится.</p> <p><u>Исключения:</u> Не допускаются коды в диапазоне «61010» - «99647» для ГБУЗ «ДГКБ им. З.А.Башляевой ДЗМ», ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», ГБУЗ «ДГКБ св.Владимира ДЗМ» (Lpu_id=1871, 1872, 1873, 2202).</p>	
5.5.1.	NL	<p>Несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) типу МО. К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Регистрация в счете МО услуг, выполнение которых не подтверждено лицензией данной МО; 2. Регистрация в счете амбулаторно-поликлинической МО услуги, которая может быть оказана только в профильном отделении стационара. Проверка проводится по справочнику «Основные характеристики медицинских услуг» («codwdrXX», НСИ, параметр <stac>) и кодификатору «Номенклатура МО» («nomlpuXX», НСИ, параметр <stac>). <p><u>Исключения:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Коды 29006 / 129006, 29007 / 129007 разрешены в АПУ; 2. Коды раздела 146 в амбулаторно-поликлинических 	COD

		<p>условиях разрешены для:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ»; - ГБУЗ "Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого". <p>3. Регистрация комплексных услуг диспансеризации в счете МО, не включенной в перечень учреждений, работающих по данному направлению;</p> <p>4. регистрация ВМП, случаев оказания специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации (коды 97013/197013) и ЭКО (код 97041) в счете МО, не включенной в перечень учреждений, работающих по данному направлению.</p>	
5.3.1.	NW	<p>Медицинская помощь, не оплачиваемая из средств ОМС.</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Регистрация медицинских услуг в отделении с профилем (4-6 цифры фасетного кода отделения):</p> <ul style="list-style-type: none"> 135 авиационной и космической медицине 139 водолазной медицине 008 военно-врачебной экспертизе 010 врачебно-лётной экспертизе 140 гигиене в стоматологии 141 гигиеническому воспитанию 142 дезинфектологии 027 забору гемопоэтических стволовых клеток 144 заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов 145 изъятию и хранению органов и (или) тканей человека для трансплантации 036 клинической фармакологии 174 комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе 176 комплексной стационарной судебно-психиатрической экспертизе (психолого-психиатрической, сексолого-пс 149 медико-социальной помощи 148 медико-социальной экспертизе 050 медицинским осмотрам (предполетным, послеполетным) 049 медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым) 150 медицинским осмотрам (предсменным, послесменным) 047 медицинской оптике 051 медицинской статистике 152 медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родителей 153 медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции 154 медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для о 156 медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием 155 медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным с 157 медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токс 159 наркологии 173 однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе 175 однородной стационарной судебно-психиатрической экспертизе 	

		<p>161 организации здравоохранения и общественному здоровью</p> <p>062 организации сестринского дела</p> <p>164 пластической хирургии</p> <p>071 профпатологии</p> <p>072 психиатрии</p> <p>073 психиатрии-наркологии</p> <p>165 психиатрическому освидетельствованию</p> <p>074 психотерапии</p> <p>080 сексологии</p> <p>170 сестринскому делу в косметологии</p> <p>091 судебно-медицинской экспертизе</p> <p>172 судебно-медицинской экспертизе вещественных доказательств и исследованию биологических объектов (био)</p> <p>093 судебно-медицинской экспертизе и исследованию трупа</p> <p>094 судебно-медицинской экспертизе и обследованию потерпевших, обвиняемых и других лиц</p> <p>095 судебно-психиатрической экспертизе</p> <p>104 транспортировке органов и (или) тканей человека для трансплантации</p> <p>178 транспортировке половых клеток и (или) тканей репродуктивных органов</p> <p>107 управлению сестринской деятельностью</p> <p>110 фтизиатрии</p> <p>117 экспертизе временной нетрудоспособности</p> <p>180 экспертизе качества медицинской помощи</p> <p>120 экспертизе профессиональной пригодности</p> <p>121 экспертизе связи заболеваний с профессией</p> <p>181 энтомологии</p> <p>182 эпидемиологии</p> <p><u>Исключение:</u> Профиль 072 – психиатрии разрешён в ПСО (психосоматические отделения, 2-3 символы фасетного кода отделения = «94» или «76»).</p> <p>2. Регистрация в качестве исполнителя медицинской помощи специалиста со специальностью (PRVS):</p> <p>110 Авиационная и космическая медицина</p> <p>288 Биофизика</p> <p>3200 Биохимия</p> <p>256 Водолазная медицина</p> <p>159 Гигиена детей и подростков</p> <p>211 Гигиена и санитария</p> <p>160 Гигиена питания</p> <p>161 Гигиена труда</p> <p>162 Гигиеническое воспитание</p> <p>213 Гигиеническое воспитание</p> <p>169 Дезинфектология</p> <p>212 Дезинфекционное дело</p> <p>287 Естественные науки</p> <p>163 Коммунальная гигиена</p> <p>1 Лечебное дело. Педиатрия</p> <p>2 Медико-профилактическое дело</p> <p>279 Медико-социальная помощь</p> <p>236 Медико-социальная экспертиза</p> <p>237 Медико-социальная экспертиза</p> <p>238 Медико-социальная экспертиза</p> <p>239 Медико-социальная экспертиза</p> <p>240 Медико-социальная экспертиза</p> <p>241 Медико-социальная экспертиза</p> <p>242 Медико-социальная экспертиза</p> <p>243 Медико-социальная экспертиза</p> <p>244 Медико-социальная экспертиза</p> <p>245 Медико-социальная экспертиза</p> <p>246 Медико-социальная экспертиза</p> <p>7 Медицинская биофизика</p>	
--	--	--	--

		<p>289 Медицинская биофизика 269 Медицинская кибернетика 290 Медицинская кибернетика 235 Медицинская оптика 232 Медицинская статистика 152 Общая гигиена 18 Организация здравоохранения и общественное здоровье 267 Организация здравоохранения и общественное здоровье 268 Организация здравоохранения и общественное здоровье 205 Организация сестринского дела 23 Психиатрия 97 Психиатрия-наркология 98 Психотерапия 164 Радиационная гигиена 165 Санитарно-гигиенические лабораторные исследования 99 Сексология 153 Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы 26 Судебно-медицинская экспертиза 194 Судебно-медицинская экспертиза 234 Судебно-медицинская экспертиза 100 Судебно-психиатрическая экспертиза 184 Управление и экономика фармации 186 Управление сестринской деятельностью 229 Фармацевтическая технология 185 Фармацевтическая химия и фармакогнозия 4 Фармация 218 Фармация 285 Физиология 29 Фтизиатрия 214 Энтомология 154 Эпидемиология 210 Эпидемиология (паразитология)</p>	
5.1.4.	MD	<p>Несоответствие оказанной медицинской помощи полу пациента: К ошибке относится: 1. Несовпадение значений пола пациента со справочным («codwdrXX», НСИ, параметр <sex>) при «непустом» значении параметра <sex>; 2. Для пациентов - мужчин (в реестре пациентов параметр пола «W» = «1») ошибочным является профиль отделений МО «Гинекология и акушерство», то есть 4,5,6 разряды фасетного кода отделения МО в поле «Iotd» реестра медицинских услуг не должны содержать коды «003», «136», «137», «184» (гинекология и акушерство).</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>1. Для Центров планирования семьи (3,4 разряды Mcod= «27», «67») проверка не проводится. 2. При указании особого случая счёта «4» (d_type = 4) проверка не проводится.</p>	COD
5.1.4.	H3	<p>Несоответствие кода «особый случай в счете пациента» справочнику «ososchXX».</p>	D_TY E
5.1.4.	SO	<p>Код отделения не соответствует кодификатору</p> <p>1. Код отделения в счете не отвечает коду отделения по справочнику <D>, в т.ч. кода отделения счета нет в справочнике.</p> <p>Только для счетов иногородних и не идентифицированных пациентов:</p> <p>2. Регистрация в счёте услуг, оказанных в СКП (2-3 разряд фасетного кода отделения «09»).</p>	IOTD

5.1.4.	PO	<p>Услуга с диагнозом из раздела Z-код пациенту не оплачивается (только для счетов иногородних и не идентифицированных пациентов):</p> <p>1. Если услуга, зарегистрированная в записи счета пациента, входит в справочник НСИ «Перечень услуг, подлежащих контролю по диагнозам раздела Z-код в счетах иногородних пациентов» – «Z_CODxx.dbf», то проверке подлежит основной диагноз, зарегистрированный в этой же записи, по справочнику НСИ «Недопустимые диагнозы раздела Z-код по перечню» – «Z_DSNOxx.dbf». Количество контролируемых символов шифра диагноза (слева направо) указано в поле справочника <Maska>. При совпадении значений счета и справочника запись счета относится к ошибочной.</p>	DS
5.1.4.	R1	<p>Некорректное значение (в т.ч. пусто) исхода заболевания.</p> <p>1. Исход лечения не указан («пусто» / «пробел»).</p> <p>2. Исход лечения не соответствует кодификатору «ISV012».</p> <p>3. Исход лечения не соответствует значению «304» при регистрации комплексных медицинских услуг диспансеризации и профилактических осмотров, то есть:</p> <p>-услуг 1925-1935 при C_I = 'ДД_' + Sn_pol (диспансеризация взрослых);</p> <p>-услуг 101952, 101028, 101030 при C_I = 'ДУ_' + Sn_pol, или C_I = 'ДС_' + Sn_pol (диспансеризация детей);</p> <p>- услуг 1921-1924 при C_I= 'ПРОФВ_' + Sn_pol (проф. осмотры взрослых);</p> <p>- услуг 101933-101945, 101951, 101028, 101030 при C_I= 'ПРОФД_' + Sn_pol (проф. осмотры детей).</p> <p>4. Исход лечения не соответствует условиям оказания медицинской помощи:</p> <p>-в условиях круглосуточного стационара значение исхода лечения не соответствует маске «1XX».</p> <p>-в условиях дневного стационара значение исхода лечения не соответствует маске «2XX».</p> <p>-в амбулаторных условиях значение исхода лечения не соответствует маске «3XX».</p> <p><u>Справочно:</u> Условия оказания медицинской помощи определяются по значению 2-го и 3-го разрядов фасетного кода отделения/кабинета, в котором оказана медицинская помощь, в соответствии с данными справочника НСИ profotXX.dbf в графах <OTD.>, <USL_OK>, <NAME_U>.</p>	ISHOD
5.1.4.	R2	<p>Некорректное значение (в т.ч. пусто) результата лечения.</p> <p>1. Результат обращения за медицинской помощью не указан.</p> <p>2. Результат обращения за медицинской помощью не соответствует кодификатору «RSV009».</p> <p>3. Результат обращения за медицинской помощью при регистрации комплексных медицинских услуг диспансеризации и профилактических осмотров нарушает следующие правила:</p> <p>Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних:</p> <p>-при C_I='ПРОФД_' + Sn_pol и кодах услуг 101933-101945, 101951 результат лечения равен 332-336, 361-364;</p> <p>-при C_I='ПРОФД_' + Sn_pol и кодах услуг 101028, 101030 результат лечения равен 332-336;</p>	RSLT

		<p>- при C_I='ПРОФД_'+ Sn_pol результат лечения равен 361-364 (медицинская услуга может быть любая);</p> <p>Профилактический медицинский осмотр взрослого населения:</p> <p>-при C_I= 'ПРОФВ_'+ Sn_pol и кодах услуг 1949-1954, 1968-1973 результат лечения равен 343-344, 373-374;</p> <p>ДУ:</p> <p>- для кода услуги 101952 и C_I = 'ДУ_' + Sn_pol результат лечения равен 347-351, 369-372;</p> <p>- для кодов услуг 101028,101030, 101003 и C_I = 'ДУ_' + Sn_pol результат лечения равен 347-351, 369-372;</p> <p>- для C_I = 'ДУ_' + Sn_pol и коду услуги, не равному 101952, 101028,101030, 101003 результат лечения равен 369-372</p> <p>ДС:</p> <p>- для кода услуги 101952 и C_I = 'ДС_' + Sn_pol результат лечения равен 321-325, 365-368</p> <p>- для кодов услуг 101028,101030, 101003 и C_I = 'ДС_' + Sn_pol результат лечения равен 321-325, 365-368</p> <p>- для C_I = 'ДС_' + Sn_pol и коду услуги, не равному 101952, 101028,101030, результат лечения равен 365-368</p> <p>ДД взрослого населения:</p> <p>- для кодов услуг 1936-1948, 1955-1967 и C_I = 'ДД_' + Sn_pol результат лечения равен 317,318,355-356, 353,357,358</p> <p>- для кодов услуг 1017, 1807 и C_I = 'ДД_' + Sn_pol результат лечение равен 317,318,355-356</p> <p>- для C_I = 'ДД_' + Sn_pol и коду услуги, не равному 1936-1948, 1955-1967, 1017, 1807, результат лечения равен 353,357,358</p> <p>4. Результат обращения за медицинской помощью не соответствует условиям оказания медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в условиях круглосуточного стационара значение результата лечения не соответствует маске «1XX». - в условиях дневного стационара значение результата лечения не соответствует маске «2XX». - в амбулаторных условиях значение результата лечения не соответствует маске «3XX». <p><u>Справочно:</u> Условия оказания медицинской помощи определяются по значению 2-го и 3-го разрядов фасетного кода отделения/кабинета, в котором оказана медицинская помощь, в соответствии с данными справочника НСИ profotXX.dbf в графах <OTD.>, <USL_OK>, <NAME_U>.</p>	
5.1.4.	R3	<p>Некорректное значение специальности исполнителя.</p> <p>К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Регистрация кода специальности, не включенной в кодификатор специальностей НСИ «SpV014XX», параметр <Code>; 2. Регистрация в счете кода специальности исполнителя, не указанной по данному специалисту в справочнике исполнителей <NV>; 3. Для МС и ВМП: указанные в параметре <Prvs> коды специальностей среднего медицинского персонала. 	PRVS

5.6.	VD	Истек срок действия сертификата исполнителя. 1. Ошибкой считается превышение даты оказания медицинской услуги, зарегистрированной в счете (<D_U>), сроку действия сертификата исполнителя (параметр <D_SER> + 5 лет) по специальности, зарегистрированной в счёте и подтвержденной по справочнику специалистов исполнителей NV.	PRVS
5.1.1	NV	Некорректные сведения по исполнителю услуги. К ошибке относится: 1. Регистрация в счете кода исполнителя, не зарегистрированного - в справочнике МО исполнителей <NV.>; 2. Неполнота данных справочника МО об исполнителе <NV.>; 3. Дата приёма исполнителя медицинской услуги на работу (параметр D_PRIK) позже даты оказанной им медицинской услуги.	PCOD
5.4.1.	61	Отсутствие тарифа на медицинскую услугу. 1. Регистрация в счете МО медицинской услуги, код которой отсутствует в графе <Cod> справочника НСИ АИС ОМС «tarimuXX.dbf».	COD
5.3.1.	63	Включение в реестр счетов видов МП, не входящих в терр. программу ОМС Ошибкой считается: 1. Регистрация в счёте МО видов / методов / профилей и т.д. медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС.	
5.5.2.	64	Нелицензированная МП (окончание лицензии) Ошибкой считается: 1. Регистрация в счете МО медицинских услуг, выполненных позже даты окончания действия лицензии на соответствующий вид МП и при отсутствии информации о наличии новой лицензии на данный вид МП, действовавшей в период оказания МП.	
5.1.4.	EF	Несоответствие указанного кода гражданства пациента кодификатору НСИ «countrXX».	C_A
5.1.4.	EG	Несоответствие кода медицинской услуги и условий оказания медицинской помощи. Ошибкой считается: 1. Регистрация в дневном стационаре (2-3 цифры фасетного кода отделения <Iotd>= «80», «81») медицинских услуг, отличных от услуг разделов «97» / «197» / «297» / «397» а также: - услуг «36022», «36023», «36024» / «136022», «136023», «136024» оказанных в отделении ДС с 4-6 цифры фасетного кода отделения «iotd» = «018», «060», «012» в дополнение к услугам раздела «97», при проведении химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями при указании того же номера медкарты (C_I) пациента и особого случая счёта <D_type> = «2»; - услуги «1781». <u>Справочно:</u> Услуги раздела «397» применяются только для застрахованных СМО Москвы. 2. Регистрация в профильных отделениях круглосуточного стационара (то есть в отделениях, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения<Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = «1» по данным справочника НСИ profotXX.dbf медицинских услуг, коды которых включены в справочник НСИ reesusXX.dbf.	

		<p><u>Исключения:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В дополнение к основному МС в профильных отделениях круглосуточного стационара разрешены симультанные медицинские услуги (то есть услуги разделов «51» - «55» / «151» - «155»), а также услуги разделов «49» / «149» и услуги «36022» - «36024» / «136022» - «136024». 2. Услуги проведения онкоконсилиума (коды «1781» / «101781»). 3. Услуги, оказанные в приёмном отделении с койками и без коечного фонда круглосуточного стационара (то есть в отделениях, имеющих 2-3 цифры фасетного кода отделения <Iotd>= «70», «73»). 4. Услуги раздела «99». 5. Услуги раздела «29» / «129». 6. Услуги «56029», «156003» 7. Услуги раздела «138» для МО LPU_ID = 1874 (ДГКБ N 13 ИМ. Н.Ф. ФИЛАТОВА). <p>3. Регистрация в амбулаторно-поликлинических отделениях / кабинетах МО (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета <Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = «3» по данным справочника НСИ profotXX.dbf) медицинских услуг, которые могут быть оказаны только в профильном отделении круглосуточного стационара (услуги, имеющие параметр <stac>=s по данным справочника НСИ «Основные характеристики медицинских услуг» «codwdrXX.dbf»).</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Коды «29006», «29007»; 2. Коды разделов «29» / «129» и «59» / «159» разрешены в отделении патологической анатомии (2-3 цифра фасетного кода отделения <Iotd>= «85»); 3. В параклинических отделениях (2-3 цифра фасетного кода отделения <Iotd>= «90») допускается оказание услуг из справочника REESUS, имеющих параметр <stac>=s по данным справочника НСИ «codwdrXX.dbf», кроме услуг разделов «49» / «149», «51» - «55» / «151» - «155», услуг «36022» - «36024» / «136022» - «136024». 4. Коды раздела «146» в амбулаторно-поликлинических условиях разрешены для: <ul style="list-style-type: none"> - ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ»; - ГБУЗ "Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно - Ясенецкого". 5. Код «1780» (Консультация врача сердечно-сосудистого хирурга КДО стационара) разрешён в кабинете КДО (то есть при значении 2-3 цифры фасетного кода отделения <Iotd> = «01»). <p><u>Примечание:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пункт 4 исключений является самостоятельным и не зависимым от пункта 3. 2. Пункт 4 применяется при оказании услуг 146 раздела в амбулаторный условиях (2-3 цифра фасетного кода отделения <Iotd>= «00» или «01») в указанных МО в процессе оказания стоматологической помощи. <p>4. Регистрация в амбулаторно-поликлинических отделениях / кабинетах МО (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета <Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = «3» по данным справочника НСИ profotXX.dbf) медицинских услуг разделов «49» / «149», за исключением 49020, а также услуг</p>	
--	--	---	--

		<p>«36022» - «36024» / «136022» - «136024».</p> <p>5. Регистрация в счете МО услуг разделов «96» / «196».</p> <p>6. Регистрация в приёмных отделениях (2-3 цифра фасетного кода отделения <Iotd>= «70» / «73») медицинских услуг по амбулаторному приёму врачей-специалистов «1001» – «1730» и «1801» - «1830» / «101001» - «101773».</p> <p><u>Примечание:</u> Для учёта осмотров врачей-специалистов в приёмном отделении стационара применяются медицинские услуги «1741» - «1780» / «101901» - «101926».</p> <p>7. Регистрация медицинских услуг раздела 97 / 197 / 297 / 397 в отделениях, отличных от отделений дневных стационаров МО (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета <Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = «2» по данным справочника НСИ profotXX.dbf).</p>	
--	--	--	--

9.8 Проверка корректности организации счета пациента

Проводится по сводному счету пациента за медицинскую помощь, зарегистрированную в МО любого уровня за отчетный период.

Код основания для отказа/уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки и правила проверки
5.1.4.	UV	<p>Возраст пациента не совместим с заявленной медицинской услугой:</p> <p>К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Возраст пациента, рассчитанный в количестве полных месяцев (дней для случаев перинатального периода новорожденных), не входящий в интервал допустимого для услуги, оказанной пациенту (справочник «codwdrXX», НСИ, параметр «min_ms» и «max_ms»). 2. Случаи учета по МС раздела 187 медицинской помощи, оказанной пациентам, возраст которых на момент выписки из соответствующих профильных (специализированных) педиатрических отделений в составе городских больниц, был старше 12 месяцев (от рождения). <p><u>Исключение:</u></p> <p>Из проверки исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Записи счета со значением поля «d_type» = «1», «5» и «2» или «tip» = «5»; 2. Записи с диагнозом (значением параметра «ds»), входящим в рубрики S00-S99, T00-T35 справочника «mkb10_XX», при условии, что медицинская помощь оказана в первый день лечения пациента («K_U» <= «1»); перечень диагнозов устанавливается по справочнику «Перечень диагнозов, исключающих проверку возраста» («posodrXX», НСИ). 3. В счёте незарегистрированного новорожденного и его матери/законного представителя (особый случай реестра пациентов «D_type» = 9), нарушение соответствия допустимого (по данным справочника НСИ «codwdrXX», параметр «min_ms» и «max_ms») возрастного интервала для медицинской услуги, указанной в параметре «Cod» реестра счетов, и возраста пациента, который определяют по следующим правилам: <p>-Для записей реестра счетов, содержащих сведения о лечении матери/ законного представителя (номер медкарты/ истории болезни в поле «C_i» имеет стандартный вид), возраст пациента рассчитывают в количестве полных месяцев от указанной в параметре «Dr» реестра пациентов даты рождения матери/</p>

		<p>законного представителя.</p> <p>3. Для записей реестра счетов, содержащих сведения о лечении младенца (в параметре <C_i> реестра счетов имеется условная форма записи о незарегистрированном новорожденном: собственно номер медкарты/ истории болезни не более 12 символов#пол#ГТГГММДД#номер ребёнка), возраст пациента рассчитывают в количестве полных месяцев (дней для случаев перинатального периода новорожденных) от даты его рождения, указанной в параметре <C_i>.</p> <p>Только для иногородних пациентов:</p> <p>4. Возраст пациента 18 лет и более при оказании медицинских услуг при проведении углублённого медицинского осмотра лиц, занимающихся спортом (ORD = 7 или номер медицинской карты (C_I) начинается с аббревиатуры «УМО»).</p>
5.1.4.	MP	<p>Медицинская услуга оказана после смерти пациента, зарегистрированной в счёте МО.</p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Дата оказания медицинской помощи (параметр счета <d_u>) позже даты смерти, зарегистрированной в счете.</p> <p><u>Справочно:</u></p> <p>Дата смерти устанавливается по дате <d_u> при значениях параметра <Rslt>, соответствующих констатации смерти (105, 106, и т.д.)</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>Из проверки исключается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Совместный счет на мать и незарегистрированного новорожденного, в котором зафиксирована смерть новорожденного; 2. Услуги разделов «59» и «159» (в счете патологоанатомического отделения стационара) и исследования из разделов «25/125», «26/126», «27/127», «29/129», «30/130» реестра медицинских услуг – в счете амбулаторно-поликлинической МО, выполненные в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента. 3. Услуги раздела 29 / 129, выполненные в той же или иной МО (пат анатомическом отделении стационара, 2-3 цифры фасетного кода отделения = «85») в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента. <p><u>Дополнительно:</u></p> <p>В порядке исключения из проверки исключаются исследования из разделов «25», «125», «26», «126», «27», «127», «28», «128», «29», «129», «30», «130» реестра медицинских услуг – в счете ГБУЗ «ДЦ (ЦЛИ) ДЗМ» (Lpu_id=1795).</p>
5.1.4.	VU	<p>Медицинская услуга оказана раньше рождения пациента:</p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Медицинская помощь оказана хронологически раньше рождения пациента («d_u» - 1) < «dг» - для негоспитализированного пациента; для госпитализированного пациента вместо дня выписки «d_u» берется рассчитанный день госпитализации и от него дополнительно вычитается 1).</p> <p><u>Справочно:</u></p> <p>Для незарегистрированного новорожденного дата рождения определяется по соответствующим данным поля «медицинская карта пациента» («C_i» и/или поля <Novor>).</p>
5.1.4.	DV	<p>Недопустимое сочетание диагноза и услуги</p> <p>В дополнение к выше описанным в разделе Н8, DV</p> <p>1. Для услуг раздела «43» и «143» проводится контроль применения данной услуги в сочетании с диагнозом из раздела МКБ-10 «Дополнительная классификация факторов, влияющих на состояние здоровья...» (далее - «Z-код»). К ошибке относится сочетание в счете пациента услуги и диагноза указанного раздела МКБ-10, не</p>

		<p>соответствующего допустимому по справочнику «Основные характеристики медицинских услуг» («CodwdrXX», НСИ, параметр <z_ds>, отличное от значения «пусто» / «пробел»).</p> <p><u>Справочно:</u></p> <p>Сочетание перечисленных в справочнике услуг с любым диагнозом из других разделов МКБ-10 ошибкой не является</p>
5.1.4.	УО	<p>Недопустимое сочетание медицинской услуги и профиля отделения.</p> <p>К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оказание медицинских услуг 29 / 129 и 59 / 159 разделов в отделении с профилем (4-6 символ фасетного кода отделения), отличным от «067» (патологическая анатомия). 2. Оказание в отделениях патологической анатомии / патоморфологических лабораториях (2-3 символы фасетного кода отделения «85» ИЛИ 4-6 символ «067») медицинских услуг, отличных от услуг разделов 29 / 129, 59 / 159. 3. Оказание в отделениях анестезиологии и реаниматологии (2-3 символы фасетного кода отделения соответствуют значению «USL_OK» = «1» по справочнику «profotXX» и 4-6 символы фасетного кода отделения «005» / «167») медицинских услуг, отличных от услуг разделов 83 / 183, 56029 / 156003, или услуг разделов 49 / 149, 51-55 / 151-155, оказанных в дополнение к МС. <p><u>Исключение для п.3:</u></p> <p>В случае смерти пациентов (d_type = 5) в отделениях анестезиологии и реаниматологии в процессе оказания ВМП допускается использование соответствующих кодов медицинских услуг по ВМП.</p> <p><u>Только для иногородних пациентов:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Услуга счета, включенная в справочник «codotdXX» по ключу «#» (параметр <kl>), оказана в отделении, профиль которого (4 - 6 позиции кода отделения <IOTD>) не отвечает вышеуказанному справочнику (параметр <profil>). 4. Профиль отделения, где оказана услуга (4 - 6 позиции кода отделения <iotd>), включен в справочник «codotdXX» по ключу «у», но услуга счёта не отвечает значению <cod>. <p><u>Исключение:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Услуга 97001 может быть оказана в отделении дневного стационара по профилю акушерство и гинекология (2-3 символы фасетного кода отделения «80» / «81» И 4-6 символ «136»).
5.1.4.	NS	<p>Отсутствие совместно выполняемых услуг (проверяется наличие обязательного сочетания услуг, выполненных в один и тот же день - совместные услуги).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. К ошибке относится услуга, включенная в справочник «sovmpnoXX», НСИ по ключу «у» (параметр <kl>) при отсутствии в счёте совместно выполняемой услуги (параметр <cod_1> справочника). <p><u>Исключение:</u></p> <p>На записи со значением поля «d_type» = «2» ошибка не выставляется.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. К ошибке относятся услуги «36022/136022», «36023/136023», «36024 / 136024» при отсутствии в счёте пациента с тем же номером истории болезни (проверка осуществляется по связке: «Lpu_id + Sn_pol + C_i») одного из кодов: <ul style="list-style-type: none"> - 64031, 64034, 64041, 64051, 64061, 64071, 64072, 64081, 64082, 64091, 64092, 64101, 64111, 64121, 64122, 64124, 64131, 64141, 64151, 64160, 97003, 97107, 97142 - 97157, 97158, 97060 - 97073, 164090, 164091, 164100, 164101, 164110, 164111, 164120, 164121, 164180, 164181, 164190, 164191; - «81», «90», «190» – групп кодов.
		Несовместимые (взаимопоглощающие) услуги (проверяется отсутствие

5.7.3.	NU	<p>в счете услуг, выполнение которых в один день недопустимо):</p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Услуга счёта, включенная в справочник «sovmpnoXX», НСИ по ключу «#» (параметр <kl>), при наличии в совокупном счете пациента услуги, включенной в запись справочника (параметр <cod_1> справочника).</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>Записи, не прошедшие требования описанного контроля, отмеченные признаком «особый случай в счете пациента» - (<d_type> = «2»), не подлежат исключению из оплаты.</p> <p>2. Наличие услуг 49004 («Плазмаферез»), 49007 («Ультрафиолетовое облучение крови»), 49020 («Лазерное в/в облучение крови (ЛЮК)») в дополнение к учету медицинской услуги «койко-день дневного стационара ...» (раздел 97/197), в т.ч. и отмеченных как «особый случай» (<d_type> = «2»)</p>
5.1.4.	TF	<p>Код прерывания МС не соответствует кодификатору или недопустимое прерывание МС:</p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Регистрация в счёте по МС значения параметра <tip>, не включённого в справочник «krpemsXX» НСИ</p> <p><u>Замечание.</u></p> <p>В случае ограничений в применении какого-либо кода прерывания по нормативному распоряжению МГФОМС, ошибкой считается применение контролируемого значения «tip» в нарушение ограничения;</p> <p>2. Регистрация в счёте сочетания кодов МС и кодов «прерывания» МС, включённых в справочник «tipno_XX», НСИ;</p> <p>3. Регистрация значения параметра <tip>, отличного от "v" в счете по ВМП (разделы 200 / 297 / 300 / 397);</p> <p>4. Регистрация значения параметра <tip>= "v" для видов медпомощи, не относящихся к ВМП (разделы 200 / 297 / 300 / 397);</p> <p>5. Регистрация значения параметра <tip>=А в отделениях, не соответствующих допустимым профилям: аллергология и иммунология, химиотерапии, гематологии и ревматологии (4-6 разряды фасетного кода отделения <Iotd>= 004, 012, 018, 060, 077).</p> <p>6. Регистрация значения параметра <tip>=R в отделениях, не соответствующих профилю медицинской реабилитации стационара (т.е. отличных от 2,3 разрядов фасетного кода отделения <Iotd> = 69,82,87,88, 89 и 4-6 разрядов <Iotd> = 158);</p> <p>7. Регистрация значения параметра <tip> = R ранее 14 дней лечения в отделении медицинской реабилитации стационара. То есть, запись счёта пациента, содержащая <tip>= R и фасетный код отделения <Iotd>, имеющий 2,3 разряд = 69,82,87,88,89 и 4-6 разряд=158, бракуется при значении параметра <K_u> менее «14»;</p> <p>8. Регистрация значения параметра <tip>= T ранее 10 дней лечения пациента в профильном отделении стационара. То есть запись счёта пациента, содержащая <tip>= T, подлежит оплате при значении параметра <K_u> более «9» в отделениях, в которых 2,3 разряды фасетного кода отделения <Iotd> не содержат 00, 01,08,09,10,69,70,73, 80, 81,82, 85,87-99.</p>
5.1.4.	KE	<p>Некорректный «особый случай» в счёте госпитализированного пациента.</p> <p>К ошибке относятся:</p> <p>1. Код особого случая реестра счетов <D_type> = «s» - «Симультанное хирургическое вмешательство, подтверждённое протоколом КЭК»,-</p>

		<p>проставлен на услуги разделов, отличных от «51-55» и «151-155»;</p> <p>1.1 Симультанные услуги, отмеченные кодом <D_type> = «s», не сопровождаются в счёте пациента выполняемыми в те же сроки:</p> <p>1.2 Реанимационными МС («83» / «183» группа кодов) в отделениях реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения Iotd= «005», «167»);</p> <p>1.3 Кодами услуг «56029/156003» в отделениях реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения Iotd= «005», «167») с указанием особого случая счёта <D_type> = «5», «3» при краткосрочной реанимации (менее 12 часов), закончившейся смертью пациента или его переводом в другой стационар в соответствии с кодом <D_type>;</p> <p>1.4 МС, в структуре которых предусмотрено оперативное пособие (перечень разделов указанных МС):</p> <ul style="list-style-type: none"> - «67» - офтальмология; - «167» - офтальмология у детей; - «68» - болезни уха и сосцевидного отростка; - «168» - болезни отоларингологии в педиатрии; - «72» - заболевание хирургического профиля; - «172» - заболевание хирургического профиля в педиатрии; - «73» - болезни зубов и опорного аппарата; - «173» - болезни зубов и челюстно-лицевой области в педиатрии; - «75» - урология; - «175» - урология в педиатрии; - «76» - болезни женских тазовых органов и половых путей, акушерство; - «176» - гинекология детского и подросткового возраста; - «79» - травматология и ортопедия; - «179» - травматология и ортопедия у детей; - «82» - кардиохирургия; - «182» - кардиохирургия у детей; - «85» - нейрохирургия; - «185» - нейрохирургия у детей; - «86» - трансплантология; - «186» - трансплантология у детей; - «90» - онкология; - «190» - специализированная онкологическая помощь,- <p>2. МС (реанимационные или в структуре которых предусмотрено оперативное пособие) или коды «56029/156003», одновременно с которыми выполняют симультанные услуги, указаны без параметра «особый случай счёта»:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <D_type> = «1» (используется только для МС); -<D_type> = «5» в случае летального исхода; -<D_type> = «3» при переводе пациента в другой стационар. <p>3. Несовпадение номера истории болезни пациента при оказании симультанного хирургического вмешательства и при регистрации МС или кодов «56029» / «156003»;</p> <p>4. Для случаев оказания ВМП (200-группа кодов) при летальном исходе код «особый случай» в счёте госпитализированного пациента <D_type>, отличный от значения «5» при одновременном «tip» = «v»;</p> <p>5. Для услуг «56029» / «156003» в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения Iotd= «005», «167»), используемых в случае реанимации продолжительностью менее 12 часов, код «особый случай счёта» <D_type>, отличный от значений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «5» в случае смерти пациента (параметр «tip» не указывается); - «3» в случае краткосрочной реанимации и перевода в другой
--	--	---

		<p>стационар (параметр <tip> не указывается, параметр <Rslt>= «102»);</p> <p>5. Для услуги «001561» в амбулаторно- поликлинических МО код «особый случай счета» <D_type>, отличный от значения «5» (параметр <tip> не указывается);</p> <p>6. Код «особый случай» в счете пациента <D_type> = «w», означающий услуги выездной бригады другого стационара, не соответствует указанным в счёте условиям оказания медпомощи (2,3 позиции фасетного кода отделения <iotd> не равны «93»);</p> <p>7. Код «особый случай» в счете пациента <D_type> не равен «w» при указании во 2,3 позиции фасетного кода отделения (параметр счёта <Iotd>) значения «93»;</p> <p>8. Код «особый случай счета» <D_type>, отличный от значения «2», для услуг гемодиализа: «49/149» - группа кодов, «97010/197010», выполняемых в отделении стационара;</p> <p>9. Код «особый случай счета» <D_type>, отличный от значения «2», для услуг установки порт-систем «36022», «36023», «36024» / «136022», «136023», «136024» - выполняемых в отделении стационара / во время лечения пациента в дневном стационаре;</p> <p>10. Для не идентифицированных пациентов ошибочными являются значения особого случая реестра пациентов в поле <D_type>, равные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «3» - «Полис пациента подтверждён копией»; - «7» - «Реквизиты полиса и пациента подтверждены копией медицинской документации»; - «b», «f», «g», «h», «i», «j», «Q» (используются для прикреплённых); <p>11. При указании в параметре счёта «с_i» (номер медицинской карты/ истории болезни) условной формы записи о незарегистрированном новорожденном (собственно номер не более 12 символов # пол # ГПГГММДД#номер ребёнка) ошибочными являются значения особого случая реестра пациентов в поле <D_type>, отличные от:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Для иногородних пациентов <D_type> = «9»; - Для не идентифицированных пациентов <D_type> = «9» или «8». <p>12. Код «особый случай» в счете пациента <D_type> = «r» (Услуга оказана в отделении медицинской реабилитации), применённый в отделении, профиль которого не соответствует профилю медицинской реабилитации стационара (т.е. фасетный код отделения <Iotd> не соответствует значениям: 2, 3 разряды= 69,82,87,88,89 и 4-6 разряды = 158).</p>
5.7.2.	NO	<p>Превышение кратности услуги в день (проверка количества медицинских услуг, оказанных одному пациенту в один день по справочнику «Нормативные объемы услуг» - «Codku_XX», НСИ).</p> <p>1. Для услуг, входящих в справочник «Codku_XX», подсчитывается количество услуг одного кода, оказанных одному пациенту в один день лечения. Подсчитанные числа сравниваются со справочными данными. К ошибке относится превышение количества услуги одного кода, оказанной в один день одному пациенту, над справочными данными:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «mdaur» - для услуг, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета <Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = «3» по данным справочника НСИ profotXX.dbf); - «mdays» - для услуг, оказанных в стационарных условиях и условиях дневного стационара (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета <Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = «1» / «2» по данным справочника НСИ profotXX.dbf). <p>Исключение: На записи со значением поля «d_type» = «2» ошибка не выставляется.</p> <p>Примечание: 1. Медицинские услуги разделов 49 / 149 подлежат контролю</p>

		<p>независимо от наличия или отсутствия особого случая (даже в случае указания «d_type» = «2» превышение кратности в день маркируется ошибкой).</p> <p>2. Кратность медицинских услуг, оказанных в дневном стационаре (2-3 цифры фасетного кода отделения соответствуют значению параметра USL_OK = «2» по справочнику «profotxx»), контролируются по полю «MDAYS» справочника «codku_xx».</p>
5.7.2.	NM	<p>Превышение кратности услуги в отчетный период (проверка количества медицинских услуг, оказанных одному пациенту в течение одного отчетного месяца по справочнику «Нормативные объемы услуг» - «Codku_XX», НСИ).</p> <p>1. Для услуг, входящих в справочник «Codku_XX», подсчитывается количество услуг одного кода, оказанных одному пациенту в течение отчетного месяца. Подсчитанные числа сравниваются со справочными данными. К ошибке относится превышение суммарного количества услуг одного кода, оказанных одному пациенту в течение месяца, над справочными данными («mmsr» и «mmss» соответственно). Количество пациентов для незарегистрированных новорожденных (в реестре D_TYPE=9 или для не идентифицированных пациентов D_TYPE=9,8) определяется по соответствующим данным поля «медицинская карта/ история болезни пациента» («с_i»).</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>На записи со значением поля «d_type» = «2» ошибка не выставляется.</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>1. mmsr - для услуг, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета <Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = «3» по данным справочника НСИ profotXX.dbf).</p> <p>2. mmss - для услуг, оказанных в стационарных условиях и условиях дневного стационара (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета <Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = «1» / «2» по данным справочника НСИ profotXX.dbf).</p> <p>3. В случае госпитализации пациента свыше 30 дней при условии, что лечение его проводилось не по МС, а по койко-дням отделения (разделы «99») справочные показатели допустимого количества услуг одного кода в течение месяца увеличиваются.</p> <p>Расчет показателя проводится по алгоритму: значение «mmss» справочника умножается на коэффициент, равный отношению фактических дней лечения к 30 (рассчитывается до трех знаков после запятой по правилам математического округления), и полученный результат умножения округляется до следующего целого числа.</p> <p>Например, госпитализация пациента длилась 41 день. Допустимое количество одной из оказанных пациенту в период госпитализации услуг по справочнику равно 4. Коэффициент отношения дней лечения к 30 составляет 1,367. В результате пересчета количество допустимых услуг составит число 5,468. Данное число округляется до следующего целого, т.е. справочный показатель допустимого количества услуг в период госпитализации будет равен 6.</p> <p>4. Кратность медицинских услуг, оказанных в дневном стационаре (2-3 цифры фасетного кода отделения соответствуют значению параметра USL_OK = «2» по справочнику «profotxx»), контролируются по полю «MMSS» справочника «codku_xx».</p>
5.1.6.	DI	<p>Разрыв случая госпитализации:</p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Регистрация более одного законченного случая госпитализации пациента на один номер медицинской карты (параметр счета <C_ID>).</p> <p><u>Исключение:</u></p>

		<p>Перевод в отделение реабилитации (TIP = «Т») с последующим её прохождением (TIP = «R» или D_TYPE = «R» на хронологически более позднем МС).</p> <p><u>Справочно.</u></p> <p>Период госпитализации устанавливается по датам выписки из отделений стационара и числу фактических дней МС или койко-дней. Ошибочными считаются записи счета, хронологически более раннего периода госпитализации.</p>
5.7.6.	DD	<p>Пересечение сроков госпитализации:</p> <p>1. К ошибке относится пересечение сроков госпитализации по МС/ВМП/КСГ или койко-дням у одного пациента (параметр <sn_pol>). Ошибкой считается хронологически более ранний период госпитализации.</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>Случай выписки пациента из одной МО и поступления в другую МО в один день ошибкой не считается.</p>
5.7.6.	MM	<p>Регистрация двух и более одинаковых МС/КСГ в период одной госпитализации (на один номер истории болезни):</p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Регистрация двух или более одинаковых МС/КСГ (ошибкой маркируется МС /КСГ с более ранней датой выписки из отделения);</p> <p>2. Регистрация двух или более МС/КСГ в одном отделении (ошибкой маркируется МС/КСГ с более ранней датой выписки из отделения);</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>1. МС раздела «183» в отделении реанимации (4-6 цифры фасетного кода отделения «Iotd» = «005» / «167») при лечении по МС</p> <p>2. МС раздела «83» в отделении реанимации (4-6 цифры фасетного кода отделения «Iotd» = «005» / «167») при условии:</p> <p>2.1 Повторного поступления во взрослое реанимационное отделение с тем же фасетным кодом не ранее, чем через сутки;</p> <p>2.2 Повторного поступления пациента в отделение реанимационного профиля, имеющее иной фасетный код, в том числе при переводе пациента из одного реанимационного отделения в другое.</p> <p>3. Два одинаковых МС в рамках одной госпитализации при наличии кода ЗС «Т» (TIP = T) у хронологически более раннего МС и выполнении хронологически более позднего МС в отделении медицинской реабилитации (2-3 цифры фасетного кода отделения = 69, 87, 88, 89).</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>1. День поступления и день выписки считаются за один койко-день.</p> <p>2. При неоднократном поступлении пациента в реанимационное отделение допустимо применение нескольких МС реанимации (независимо от диагноза) в хронологической последовательности за исключением повторного поступления больного во взрослое реанимационное отделение с тем же фасетным кодом менее, чем через сутки.</p>
5.1.4.	SM	<p>Регистрация на одну дату выписки более одного МС / КСГ:</p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Регистрация на одну дату выписки двух и более законченных случаев МС с «tip» = «0», «А», «Т», «R». Ошибкой маркируется МС с меньшим количеством фактических дней лечения;</p> <p><u>Исключения:</u></p> <p>Услуги, оказанные не зарегистрированному новорожденному, счёт которого оформлен на полис матери/законного представителя (в параметре счёта <C_i> использован шаблон с указанием пола, даты рождения и номера младенца для случая многоплодных родов, записанных через знак «#»).</p>

5.7.5.	УМ	<p>Регистрация услуги на период госпитализации пациента по МС / ВМП / КСГ / краткосрочной реанимации:</p> <p>К ошибке относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При госпитализации продолжительностью менее 12 часов в реанимационном отделении и последующем переводе пациента в другой стационар / смерти пациента (услуги «56029» / «156003» при значении параметра счёта <D_type> = «3» с одновременным <Rslt>= «102» / «5» в отделении, имеющем 4-6 позиции фасетного кода <iotd> = «005», «167») включение в счёт иных медицинских услуг, кроме: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Симультанных услуг («51-55» / «151-155» группа кодов) с параметром счёта <D_type> = «s»; 1.2 Услуг гемодиализа («49» / «149») - группа кодов с указанием в счёте <D_type> = «2»; 2. При оказании пациенту неотложной медпомощи («84/184» группа кодов) в приёмном отделении с коечным фондом (2,3 позиции фасетного кода отделения <iotd> = «70») регистрация медицинских услуг, кроме: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Кодов «56029» / «156003» в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения Iotd= «005», «167») с параметром счёта <D_type> = «5» (<tip> не указывается)) при летальном исходе реанимации менее 12 часов; 2.2 «59» - группы кодов. 3. Регистрация медицинских услуг в период госпитализации пациента при лечении по МС в данной или иной МО. <p><u>Исключение:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Исследования из разделов «25», «125», «26», «126», «27», «127», «28», «128», «29», «129», «30», «130» реестра, выполненные в другой МО в период лечения по МС, к ошибке не относятся; 2. Проведение онкоконсилиума (услуги 1781/101781) в период лечения по МС к ошибке не относится (в случае выполнения в МО госпитализации). 3. Проведение гистологических, иммуногистохимических, цитологических исследований (услуги раздела 29 / 129) в период лечения по МС к ошибке не относится (в случае выполнения в МО госпитализации). 4. Проведение радиоизотопных исследований раздела 138 в период лечения по МС к ошибке не относится (в случае госпитализации пациента и выполнения услуги 138 раздела в LPU_ID = 1874 (ДГКБ N 13 ИМ. Н.Ф. ФИЛАТОВА). 5. Проведение лучевой терапии (услуги раздела 297) в период госпитализации пациента по МС ошибкой не являются (в случае госпитализации пациента по МС в LPU_ID = 1872 (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ») и выполнения услуги 297 раздела в иной МО). <p><u>Примечание:</u></p> <p>Проведение гистологических, иммуногистохимических, цитологических исследований (услуги раздела 29 / 129) в период лечения по МС, зарегистрированные на номер истории болезни одной из предыдущих госпитализаций пациента в данную МО (на протяжении двух отчётных периодов до текущего отчётного периода) ошибкой не является.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. В период оказания пациенту ВМП (высокотехнологичная медицинская помощь, 200 / 300 - группа кодов) дополнительное использование кодов простых или комплексных медицинских услуг, или койко-дней для группы кодов «99/199», а также указание более одной единицы ВМП (одного законченного случая оказания ВМП). Ошибкой маркируются: <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Все коды простых медицинских услуг или койко-дни для группы кодов «99/199» в период оказания ВМП, за исключением дня госпитализации и дня выписки пациента; 4.2 Все коды простых медицинских услуг или койко-дни для группы кодов «99/199» в день госпитализации и день выписки
--------	----	--

пациента, получающего ВМП, при условии одинакового значения номера истории болезни (С_I) у проверяемой услуги и ВМП;

4.3 При указании кода МС («61-92» / «161-192» группы кодов и коды-99602, 99619, 99647) в период оказания ВМП или на один номер истории болезни с ВМП (проверка осуществляется по связке: «Lpu_id + Sn_pol + C_i») ошибка выставляется как на МС, так и на ВМП;

4.4 При указании более одной единицы ВМП (одного законченного случая оказания ВМП) - бракуются обе.

Исключение:

1. Одновременно с ВМП допускается счёт на незарегистрированного новорожденного, получающего медпомощь совместно с матерью/законным представителем, при указании особого случая реестра пациентов <D_type> = 9 и наличии в параметре счёта «с_i» (номер медицинской карты / истории болезни) условной формы записи о незарегистрированном новорожденном (собственно номер не более 12 символов # пол # ГГГГММДД#номер ребёнка).

2. Оказание услуг 49011, 49012, 49013, 49024, 49030, 49035 (с указанием особого случая «2» (D_TYPE = 2) и зарегистрированных на тот же номер истории болезни (С_I)) в дополнение к методам ВМП 200518, 200519, 200520, 200522, 200523, 200524.

3. Оказание медицинских услуг в день госпитализации / выписки в той же МО, но с другим номером истории болезни (С_I), а также оказание медицинских услуг в иных МО.

Исключение для МС: Проверка не распространяется на:

1. Услуги, оказанные в первый и последний день (день выписки) госпитализации пациента при условии, что параметр <C_i> (номер истории болезни/ медкарты/талона) записей с кодами услуг не совпадает с параметром <C_i> периода госпитализации пациента внутри одной МО;

2. совместный счет матери и ребенка, в котором зафиксирована смерть незарегистрированного новорожденного;

3. услуги, оказанные в МО по направлению стационара;

4. услуги разделов «51 – 55» / «151 – 155» при выполнении:

4.1 Реанимационных МС («83» / «183» группа кодов, выполняемых в отделениях реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения Iotd= «005», «167»),

4.2 МС, в структуре которых предусмотрено оперативное пособие (перечень разделов приведён ниже):

- «67» - офтальмология;
- «167» - офтальмология у детей;
- «68» - болезни уха и сосцевидного отростка;
- «168» - болезни отоларингологии в педиатрии;
- «72» - заболевание хирургического профиля;
- «172» - заболевание хирургического профиля в педиатрии;
- «73» - болезни зубов и опорного аппарата;
- «173» - болезни зубов и челюстно-лицевой области в педиатрии;
- «75» - урология;
- «175» - урология в педиатрии;
- «76» - болезни женских тазовых органов и половых путей,
- акушерство;
- «176» - гинекология детского и подросткового возраста;
- «79» - травматология и ортопедия;

		<p>- «179» - травматология и ортопедия у детей;</p> <p>- «82» - кардиохирургия;</p> <p>- «182» - кардиохирургия у детей;</p> <p>- «85» - нейрохирургия;</p> <p>- «185» - нейрохирургия у детей;</p> <p>- «86» - трансплантология;</p> <p>- «186» - трансплантология у детей;</p> <p>- «90» - онкология;</p> <p>- «190» - специализированная онкологическая помощь,</p> <p>4.3 Регистрация симультанного хирургического вмешательства допустима только по решению КЭК. В счёте пациента ставится метка <D_type> = «s» на зарегистрированной симультанной услуге плюс метка <D_type> = «1» / «5» / «3» на зарегистрированном МС или, в случае краткосрочной реанимации, метка <D_type> = «3», = «5» на коде «56029» / «156003». Номер медицинской карты стационарного пациента при регистрации симультанного хирургического вмешательства и МС / краткосрочной реанимации должен быть одинаков;</p> <p>4.4 Услуги «56029», «156003» в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения <iotd>= «005», «167»), имеющие «особый случай счёта» «d_type» = «5» (смерть пациента), = «3» (перевод в иную МО), допускается использовать после МС;</p> <p>4.5 Услуги «49/149» группы кодов для госпитализируемых пациентов с номером карты госпитализируемого пациента. Указанные услуги регистрируются с признаком «особый случай счёта» в поле «d_type» = «2»;</p> <p>4.6 Услуги программного гемодиализа «97010» и «197010» с признаком «особый случай счёта» в поле «d_type» = «2» для закрытого перечня стационаров по данным справочника sprgem_XX.dbf (ведёт Управление МЭК и ЭКМП), оказывающих услуги гемодиализа пациентам, находящимся на стационарном лечении в других МО;</p> <p>4.7 Услуги, оказанные выездной бригадой другого стационара (2 и 3 позиции фасетного кода отделения <iotd>='93') и отмеченные особым случаем d_type='w';</p> <p>4.8 Услуги «36022/136022», «36023/136023», «36024/136024» в сопровождении особого случая счёта <D_type> = 2, оказанные для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями, в дополнение к:</p> <p>- Кодам 64031, 64034, 64041, 64051, 64061, 64071, 64072, 64081, 64082, 64091, 64092, 64101, 64111, 64121, 64122, 64124, 64131, 64141, 64151, 64160, 97003, 97107, 97142 – 97157, 97158, 97060-97073, 164090, 164091, 164100, 164101, 164110, 164111, 164120, 164121, 164180, 164181, 164190, 164191;</p> <p>- Группам кодов «81», «90», «190».</p> <p>Номер медицинской карты пациента при проведении химиотерапии и услуг «36022/136022», «36023/136023», «36024 / 136024» должен быть одинаков.</p> <p>5. На втором этапе МЭК при анализе сводного счёта пациента, состоящего из медицинских услуг в различных МО, не подлежат браковке услуги МО, оказанные пациенту перед его госпитализацией в иной МО, если одновременно выполняются следующие условия:</p> <p>5.1 Дата госпитализации пациента (Max значение поля <D_u> реестра счетов минус данные о продолжительности лечения на одну и ту же историю болезни (сумма данных в поле <K_u> по всем МС или койко-дням счёта пациента (коды разделов реестра «61-92» / «161-192» и коды - 99602, 99619, 99647))) ранее</p>
--	--	---

		<p>указанной в счёте даты окончания лечения в предшествующей МО (самая поздняя по дате <D_u> запись счёта пациента) на 1 день.</p> <p>5.2 В счёт госпитализированного пациента входят виды медпомощи, для которых возможного достижения клинического результата за срок менее суток:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Реанимационные МС (коды 83-группы); - Краткосрочная реанимация, закончившаяся переводом пациента в другую МО (коды «56029» / «156003» с D_type=3); - Неотложная помощь на диагностических койках в приёмном отделении стационара (84- группа кодов).
5.7.1	HR	<p>Ошибка в регистрации помощи, оказанной в центре здоровья:</p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Регистрация услуг центра здоровья, оказанных пациенту, не прошедшему первичную регистрацию (код комплексной услуги 15001/115001).</p>
5.7.1.	HN	<p>Повторная регистрация первичного обращения в центр здоровья:</p> <p>1. Ошибкой считается повторная (в течение календарного года) регистрация комплексной услуги Центра здоровья «15001», «115001».</p>
5.7.2.	NK	<p>Превышение кратности комплексной услуги (центра здоровья, услуг профилактического направления, диспансеризации) в сводном счете застрахованного в одном отчетном периоде, в т.ч. выполненной в разных МО.</p> <p>1. К ошибке относится услуга с более поздней датой выполнения.</p>
5.1.4.	NR	<p>Неполные или некорректные данные параметра <ORD> (канал госпитализации / направление (договор) для пациентов амбулаторно-поликлинических МО/ отделений).</p> <p>1. К ошибке относится значение параметра <ORD>, которое не соответствует следующим правилам:</p> <p>1.1 Для пациентов, выписанных из отделений стационара круглосуточного пребывания (то есть отделений, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения <Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = 1 по данным справочника НСИ profotXX.dbf), в том числе приёмного отделения стационара со штатными койками, а также для пациентов, которым оказаны услуги специалистами приемных отделений без коек и с коечным фондом – значениям 0,1,2,3,5,6;</p> <p>1.2 Для пациентов, выписанных из дневного стационара при стационаре и АПУ (2,3 цифры фасетного кода отделения <Iotd> = 80, 81), – значениям 0, 1, 5;</p> <p>1.3 Для пациентов амбулаторно-поликлинических отделений/кабинетов (то есть имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета <Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = 3 по данным справочника НСИ profotXX.dbf) - значениям 0, 4, 6, 7, 8;</p> <p>1.4 Для пациентов, выписанных из отделения стационара круглосуточного пребывания), которым была оказана ВМП, – значениям 1, 2, 3, 5.</p> <p><u>Ограничения:</u></p> <p>1. Для кодов ВМП=200408, 200491 не допускается <ORD>= 1, 5.</p> <p>2. При оказании ВМП параметр <ORD>= 2 или 3 допускается только в случае основного диагноза (параметр <Ds> счёта) из раздела «I» справочника НСИ mkb10_XX.dbf.</p> <p>Только для иногородних пациентов:</p> <p>1.5 Значениям <ORD>= 0, 1, 2, 3, 4, 5 (только для МО. подведомственных федеральным органам власти - РАН, Минздрав, Минобрнауки, - по данным справочника НСИ sprlpuXX.dbf (параметр <Prn_kodved> = 48, 55, 100)), 7, 8.</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>Для МО, подведомственных федеральным органам власти,</p>

		<p>имеющих право использования <ORD>=5, исключается возможность использования <ORD>=1.</p> <p>Только для не идентифицированных пациентов:</p> <p>1.6 Значениям <ORD>= 0,2,3.</p> <p>2. Для ведомственных медицинских организаций, включенных в справочник «sprgved», при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения соответствуют значению параметра USL_OK = «1» по справочнику «prgfotxx»), допускается использование значения «ORD», соответствующее только значению «5» / «1», а также значению «0». в случае оказания медицинских услуг одновременно с основным МС</p> <p><u>Примечание к п.2:</u></p> <p>1. ORD = 0 может применяться для симультанных услуг, оказанных одновременно с МС, а также услуг приёмного отделения (из справочника REESUS).</p> <p>2. Симультанные услуги, оказанные одновременно с МС, а также услуги приёмного отделения (из справочника REESUS) могут также иметь значение ORD = 1 / 5.</p>
5.1.4.	G1	<p>Некорректные данные об учреждении, выдавшем направление (параметр счёта <Lpu_ord>):</p> <p>К ошибке относятся соотношения параметров <ORD> - <Lpu_ord>, не соответствующие следующим:</p> <p>Только для застрахованных в Москве:</p> <ol style="list-style-type: none"> <ORD> = 1 - <Lpu_id> = значению кода МО системы ОМС или коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС. <p><u>Примечание:</u> используется только в счетах МО, не входящих в число подведомственных федеральным органам власти: РАН, Минздрав, Минобрнауки, - по данным справочника НСИ sprlpuXX.dbf (параметр <Prn_kodved> = 48, 55, 100);</p> <ol style="list-style-type: none"> <ORD> = 2 - <Lpu_id> = значению <4708> (идентификатор ССиНМП им. Пучкова), ID иной службы СМП, работающей в системе ОМС РФ (по справочнику ФОМС F003); <ORD> = 3 - <Lpu_id> <i>не контролируется</i>; <ORD> = 4 - <Lpu_id> = значению кода МО системы ОМС города Москвы, или коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС, или 4708; <ORD> = 5 - <Lpu_id> = значению кода МО системы ОМС или коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС. <p><u>Примечание:</u> используется только в счетах МО, входящих в число подведомственных федеральным органам власти: РАН, Минздрав, Минобрнауки,- по данным справочника НСИ sprlpuXX.dbf (параметр <Prn_kodved> = 48, 55, 100).</p> <ol style="list-style-type: none"> <ORD> = 6 - <Lpu_id> = значению 5650; <ORD> = 7 - <Lpu_id> = значению 7665; <ORD> = 8 - <Lpu_id> = значению 8888; <ORD> = 0 - <Lpu_id> <i>не контролируется</i>; <p>Только для иногородних пациентов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <ORD> = 1 - <Lpu_id> = коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС; <p><u>Примечание:</u> Используется только в счетах МО, не входящих в число подведомственных федеральным органам власти: РАН, Минздрав, Минобрнауки, - по данным справочника НСИ sprlpuXX.dbf (параметр <Prn_kodved> = 48, 55, 100);</p> <ol style="list-style-type: none"> <ORD> = 2 - <Lpu_id> = «774708» (идентификатор ССиНМП им. Пучкова) или аналог для службы СМП, работающей в системе ОМС РФ по справочнику ФОМС «F003»; <ORD> = 3 - <Lpu_id> направившей /оказавшей помощь

		<p>МО по справочнику «F003» ФОМС при оказании неотложной помощи в приёмном отделении стационара (простые услуги, 84-группа кодов при 2,3 разрядах <Iotd>= 70,73);</p> <p>В остальных случаях - <u>не контролируется</u>.</p> <p>13. <ORD> = 4 - <Lpu_id> = LPU_ID коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС. - <Lpu_id> = «774708» (идентификатор ССиНМП им. Пучкова);</p> <p>14. <ORD> = 5 - <Lpu_id> = коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС;</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>Используется только в счетах МО, входящих в число подведомственных федеральным органам власти: РАН, Минздрав, Минобрнауки,- по данным справочника НСИ sprlpuXX.dbf (параметр <Prn_kodved> = 48, 55, 100).</p> <p>15. <ORD> = 7 - <Lpu_id> = «7665»;</p> <p>16. <ORD> = 8 - <Lpu_id> = «8888»;</p> <p>17. <ORD> = 0 - <Lpu_id> = LPU_ID коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара / дневного стационара</p> <p>В остальных случаях - <u>не контролируется</u>.</p> <p><u>Примечания:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При оказании неотложной помощи в стационаре (раздел услуг 84 / 184), заполнение обязательно для любого значения ORD. 2. При оказании медицинской услуги второго этапа диспансеризации (в соответствии с Методическими рекомендациями), заполнение обязательно. 3. При отсутствии у пациента направления допускается указывать Lpu_id организации, принявшей решение об оказании пациенту медицинской помощи. <p><u>Примечание для застрахованных в Москве и иногородних пациентов:</u></p> <p>Для счетов пациентов, предъявивших направление, выданное министерством или иным территориальным ведомством допускается в качестве <Lpu_ord> (учреждение, выдавшее направление) указывать <Lpu_id> по месту получения медицинской помощи.</p> <p>Только для не идентифицированных пациентов:</p> <p>18. <ORD> = 2 - <Lpu_id> = 4708» / «774708» (идентификатор ССиНМП им. Пучкова) или аналог для службы СМП, работающей в системе ОМС РФ по справочнику ФОМС «F003»;</p> <p>19. <ORD> = 3 - <Lpu_id> <u>не контролируется</u>;</p> <p>20. <ORD> = 0 - <Lpu_id> <u>не контролируется</u>;</p> <p><u>Общие примечания:</u></p> <p>1. В случае указания <ORD> = 2, из медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС Москвы, в качестве направившей МО допускается указание только ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ» (<Lpu_id> = «4708» / «774708»). При указании аналога для службы СМП, работающей в системе ОМС РФ по справочнику ФОМС «F003», не допускается указание МО системы ОМС Москвы (1-2 символы кода МО = 77), за исключением ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ».</p>
5.1.4.	G5	<p>Указание кода направившей МО, исключенной из системы ОМС / нарушение правил указания направившей МО для отдельного списка МО.</p> <p>1. Ошибкой считается указание в параметре LPU_ORD медицинской организации по справочнику «F003» в случае, когда дата исключения МО</p>

		<p>из системы ОМС (параметр «d_end» справочника «F003») является более ранней, чем дата, указанная в качестве даты выдачи направления («DATE_ORD»), или дата начала работы в системе ОМС (параметр «d_begin» справочника «F003») является более поздней, чем дата, указанная в качестве даты выдачи направления («DATE_ORD»).</p> <p><u>Исключение:</u></p> <p>В случае «DATE_ORD» = «пусто» контроль не проводится.</p> <p>2. Для ведомственных медицинских организаций, включенных в справочник «sprved», при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения соответствуют значению параметра USL_OK = «1» по справочнику «profotxx»), допускается использование значения «LPU_ORD», соответствующее коду медицинской организации, подведомственной ДЗМ, или медицинской организации, находящейся в подчинении того же ведомства.</p> <p><u>Дополнительно к п.2:</u></p> <p>1. При анализе счетов пациентов, застрахованных в Москве, в случае направления медицинской организацией, находящейся в подчинении того же ведомства, контролируется наличие прикрепления пациента к направившей ведомственной МО (за исключением ситуации, описанной в п. 2.1 данного дополнения).</p> <p>2. При анализе кода направившей МО, указанного по справочнику F003, сравниваются параметр «vedpri» (по справочнику F003) направившей МО и параметр «IDVED» (по справочнику «PRILPU») принимающей МО. В случае их совпадения считается, что направление выдано МО, принадлежащей тому же ведомству.</p> <p>2.1 В случаях, если 1-2 цифры кода направившей МО не равны «77», прикрепление для застрахованных в Москве не проверяется.</p>
5.1.4.	G2	<p>Некорректные данные в поле счёта <Date_ord>: даты выдачи направления для застрахованных/ даты обращения в стационар не идентифицированных пациентов</p> <p>По счетам застрахованных в Москве:</p> <p>При наличии направления некорректные данные даты выдачи</p> <p>К ошибке относится запись счета с некорректной датой выдачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Позже оказания услуги/госпитализации при значении <ORD>=1,4,5,6,8; 2. «пусто» при значении <ORD>=1, 4, 5, 6, 8; <p>Только для иногородних пациентов:</p> <p>К ошибке относится запись счета с некорректной датой выдачи направления (при его наличии):</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Позже оказания услуги/госпитализации при значении <ORD>=1, 4, 5, 8; 4. «пусто» при значении <ORD>=1, 4, 5, 8; 5. «пусто» / позже оказания услуги / госпитализации при значении <ORD>= 0 для условий оказания медицинской помощи типа круглосуточный стационар / дневной стационар (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета <Iotd>, которым соответствует параметр «USL_OK» = 1,2 по данным справочника НСИ profotXX.dbf) 6. «пусто» при оказании неотложной помощи в приёмном отделении круглосуточного стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения <Iotd>= 70,73), заполнение обязательно для любого значения ORD. 7. Сведения о дате выдачи направления (поле <Date_ord>) не соответствуют сведениям о продолжительности лечения (параметр <K_u>) и дате его окончания (параметр <D_u>) в счетах госпитализированных пациентов, выписанных из стационара круглосуточного пребывания, а именно: в рамках одного случая госпитализации пациента (то есть при одинаковом значении параметров <Mcod> + <Sn_pol> + <C_i>) сумма значений параметра <K_u> больше разницы между датой окончания

		<p>лечения (самая поздняя по дате <D_u> запись счёта пациента) и датой выдачи направления (поле <Date_ord>) +1 (с учётом возможного достижения клинического результата за срок менее суток для кодов «83010», «56029», «156003», 84 - группы кодов, 183 - группы кодов). Бракуются все записи счёта.</p> <p><u>Исключения:</u> Из проверки исключаются записи с <ORD>=7, 8.</p> <p>Только для не идентифицированных пациентов: Заполнение поля обязательно. К ошибке относятся записи, в которых: 8. <Date_ord> не указана (пусто);</p> <p><u>Исключение:</u> Ошибка не выставляется на услуги 29 / 129 раздела, оказанные в период госпитализации пациента.</p> <p>9. Дата <Date_ord> более ранняя, чем дата начала оказания медпомощи минус «1»:</p> <p>9.1 Для госпитализированного пациента дата начала оказания медпомощи устанавливается как дата выписки из отделения стационара (параметр счёта <D_u>) минус число фактических дней МС или койко-дней для группы кодов «99/199» (параметр счёта <K_u>);</p> <p>9.2 В случае обращения в приёмное отделение (2 и 3 разряд фасетного кода отделения <Iotd>= «70,73») стационара без дальнейшей госпитализации пациента дата начала оказания медпомощи указана в поле счёта <D_u>, в том числе для группы 84/184 кодов).</p> <p>10. Указанная дата в поле <Date_ord> более поздняя, чем дата начала оказания медпомощи.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Для кода 83010, имеющего продолжительность лечения <K_u> = «1», ошибка не выставляется, если дата госпитализации пациента (поле <Date_ord> реестра счетов) плюс данные о продолжительности лечения на одну и ту же историю болезни (сумма данных в поле <K_u> по всем МС или койко-дням счёта пациента) превышает указанную в счёте дату окончания лечения (самая поздняя по дате <D_u> запись счёта пациента) на 1 день. В случае летального исхода реанимации продолжительностью менее 12 часов (услуги «56029», «156003», имеющие признак «особый случай счёта» в поле «d_type» = «5», оказанные в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения <iotd> равны «005», «167»)), ошибка не выставляется, если дата госпитализации (поле <Date_ord> реестра счетов) плюс данные о продолжительности лечения пациента на одну и ту же историю болезни (сумма данных в поле <K_u> по всем МС или койко-дням счёта пациента) превышает указанную в счёте дату окончания лечения (самая поздняя по дате <D_u> запись счёта пациента) на 1 день. Для группы 84/184 кодов: дата госпитализации, указанная в поле <Date_ord> реестра счетов, может совпадать с указанной в счёте датой окончания лечения пациента (параметр <D_u> реестра счётов) или быть меньше на «1». Для МС, при оказании которых выполнялись: <ol style="list-style-type: none"> Хирургические вмешательства с внесением данных в файл НО (номере истории болезни C_i тот же, что для МС), либо симультанные услуги разделов 51-55 / 151-155; Родоразрешение или прерывание беременности (коды 76170, 76171, 76180, 76182, 76190, 76192, 76200, 76210, 76211, 76212, 76411, 76431, 76490, 76500, 76521, 76530, 76540, 76550, 76560, 76570, 76581, 76582, 76640, 76650, 76660, 76670, 76681, 76683, 76691, 76711, 76721, 76810, 76830, 76870, 76880, 76891); <p>Дата госпитализации пациента (параметр <Date_ord> реестра</p>
--	--	---

		<p>счетов) может совпадать с датой окончания лечения пациента (параметр <D_u> реестра счётов) или быть меньше даты окончания лечения на «1».</p> <p>5. При обращении пациента в приёмное отделение стационара (2 и 3 разряд фасетного кода отделения <Iotd>= «70,73») без дальнейшей его госпитализации дата обращения пациента в МО (параметр <Date_ord> реестра счетов) совпадает с датой окончания лечения пациента (параметр <D_u> реестра счётов) или меньше даты окончания лечения на «1».</p> <p>6. При включении в счёт взрослого пациента сведений о медпомощи, оказанной незарегистрированному новорожденному (в реестре пациентов указан особый случай <D_type> = «9»), в записях реестра счетов, относящихся к младенцу (номер истории болезни в поле <C_i> содержит условную конструкцию со знаком «#»), параметр <Date_ord> указывается в зависимости от варианта обращения в МО матери/законного представителя, на которого оформлен содержащий сведения о младенце Лист регистрации:</p> <p>6.1 Если мать/законный представитель обратилась в МО одновременно с не зарегистрированным новорожденным, <Date_ord> младенца совпадает с <Date_ord> матери/законного представителя;</p> <p>6.2 Если мать/законный представитель обратилась в МО до родов и не зарегистрированный новорожденный родился в ходе оказания медпомощи, для младенца параметр <Date_ord> равен его дате рождения;</p> <p>7. В случае летального исхода лечения, для МС, имеющих тип прерывания <tip> = «5», ошибка не выставляется, если дата госпитализации (поле <Date_ord> реестра счетов) плюс данные о продолжительности лечения пациента на одну и ту же историю болезни (сумма данных в поле <K_u> по всем МС или койко-дням счёта пациента) превышают указанную в счёте дату окончания лечения (самая поздняя по дате <D_u> запись счёта пациента) на «1».</p> <p>При этом дата госпитализации пациента (параметр <Date_ord> реестра счетов) может совпадать с датой окончания лечения пациента (параметр <D_u> реестра счётов) или быть меньше даты окончания лечения на «1».</p> <p>8. Для МС (разделы реестра «61» - «92» / «161» - «192»), имеющих тип прерывания <tip> = «1», «2», «3», «7», «9», ошибка не выставляется, если дата госпитализации (поле <Date_ord> реестра счетов) плюс данные о продолжительности лечения пациента на одну и ту же историю болезни (сумма данных в поле <K_u> по всем МС или койко-дням счёта пациента) превышают указанную в счёте дату окончания лечения (самая поздняя по дате <D_u> запись счёта пациента) на «1».</p> <p>При этом, дата госпитализации пациента (параметр <Date_ord> реестра счетов) может совпадать с датой окончания лечения пациента (параметр <D_u> реестра счётов) или быть меньше даты окончания лечения на «1».</p> <p>9. Для счёта пациента, включающего реанимационный МС («83» группа кодов, «183» группа кодов), ошибка не выставляется, если дата госпитализации пациента (поле <Date_ord> реестра счетов) плюс данные о продолжительности лечения на одну и ту же историю болезни (сумма данных в поле <K_u> по всем МС или койко-дням счёта пациента (коды разделов реестра «61» - «92» / «161» - «192» и коды - 99602, 99619, 99647)) превышают указанную в счёте дату окончания лечения (самая поздняя по дате <D_u> запись счёта пациента) на 1 день.</p>
5.1.4.	G3	<p>Некорректные данные параметра счёта <N_u> и/или <N_VMP>:</p> <p>1.К ошибке относится пустой параметр счёта <N_U>:</p> <p>1.1 При экстренной госпитализации пациента (ORD = 2), выполненной</p>

		<p>бригадой ССиНМП им. Пучкова (Lpu_ORD = «4708» / «774708») или аналогичной службой СМП, работающей в системе ОМС РФ (Lpu_ORD = ID службы СМП по справочнику ФОМС F003);</p> <p><u>Примечание:</u> Иные сочетания значений параметров ORD и LPU_ORD, отличные от приведенных выше, ошибкой не являются.</p> <p>1.2 При плановой госпитализации в МО, подведомственные федеральным органам власти (ORD=5);</p> <p>2. К ошибке относятся данные в параметре <N_U>, не являющиеся цифрами.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разрешено сочетание цифр с разделителями. 2. Для ORD=5 разрешено использование в поле <N_U> цифр, букв, а также их сочетаний с разделителями. <p>3. При госпитализации пациента для оказания ВМП (200, 300- группа кодов) не указан номер талона на оказание ВМП.</p> <p>К ошибке относятся сведения в параметре счета <N_VMP>, не соответствующие приказу Минздрава РФ № 29н от 30.01.2015г., (т.е. не соответствующие шаблону, либо «пустой» параметр счета <N_VMP>).</p> <p>Только для застрахованных СМО Москвы:</p> <p>4. При оказании услуг с Cod=97041 (Лечение бесплодия методом ЭКО в дневном стационаре) данные в параметре <N_VMP> должны соответствовать правилам формирования шифра направления на ЭКО и состоять из последовательности букв и цифр без разделителей (12 знаков: 1, 4-6 знаки- русские заглавные буквы, 2-3, 7-12 знаки- арабские цифры). В случае направления пациентки городской комиссией, шифр направления состоит из 11-ти символов (отсутствует 1-ая заглавная русская буква). Пустой параметр счета <N_VMP> при оказании услуг с Cod=97041 относится к ошибке.</p> <p><u>Исключение:</u> Указание особого случая реестра пациентов = 1 (D_TYPE = 1).</p>
5.1.4.	ND	<p>Госпитализация пациента, обратившегося самостоятельно в нарушение установленных правил Ошибкой считается:</p> <p>1. Госпитализация по МС пациентов, обратившихся самостоятельно (ORD = 3).</p> <p><u>Исключение:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При наличии МС в справочнике MSEXТ проверка не проводится. 2. В случае смерти пациента или перевода в иную МО (D_TYPE = 3, 5, или TTP = 3, 5), в том числе при краткосрочной реанимации (менее 12 часов) (коды 56029 / 156003 в отделениях реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения Iotd= «005», «167»)), проверка не проводится. 3. В случае оказания медицинских услуг 84 / 184 раздела в приёмном отделении стационара с кочным фондом (2-3 цифры фасетного кода отделения «70») проверка не проводится. <p><u>Примечание:</u> 1. В случае оказания на тот же номер истории болезни, что и МС с ORD = 3, присутствующий в справочнике MSEXТ, или услуг краткосрочной реанимации (менее 12 часов) (коды 56029 / 156003 в отделениях реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения Iotd= «005», «167»)), симультанных услуг, имеющих ORD = 3 или 0, проверка таких услуг не проводится.</p>
5.1.4.	G4	<p>Отсутствует первичный (направительный) DS госпитализации К ошибке относится пустой параметр счета <DS_0> госпитализированного (выбывшего) пациента</p>
5.1.4.	EX	<p>Счёт не идентифицированного пациента не отвечает критерию экстренности (только для счетов не идентифицированных пациентов). Ошибка с кодом «EX» выставляется при нарушении следующих правил:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинская помощь, оказанная в случае обращения в приёмное отделение (2 и 3 разряд фасетного кода отделения Iotd= «70,73»)

		<p>стационара без дальнейшей госпитализации пациента (за исключением услуг раздела 84 / 184), рассматривается как состоящая из двух частей:</p> <p>1.1 Обязательные первичные осмотры пациентов врачами-специалистами, проводимые в приёмном отделении стационара. Подлежат оплате при одновременном совпадении кода диагноза и кода услуги с данными справочников экстренной медпомощи в составе НСИ: mkbextXX.dbf и uslextXX.dbf (ведутся Управлением МЭК и ЭКМП).</p> <p>В справочнике экстренных услуг uslextXX.dbf коды первичных осмотров врачами-специалистами имеют параметр <Osmotr>=1.</p> <p>1.2 Далее пациенту могут быть оказаны иные услуги, перечисленные в справочнике uslextXX.dbf, выполненные в соответствующих подразделениях стационара. (Отдельные услуги без первичных осмотров врачами - специалистами в приёмном отделении не оплачиваются).</p> <p>1.3 Временной интервал между первичными осмотрами врачами-специалистами в приёмном отделении стационара и диагностическими услугами не может превышать 1 календарного дня с учётом обращений пациентов на стыке дат в ночное время.</p> <p>2. Медицинская помощь, оказанная госпитализированному пациенту, подлежит оплате при совпадении диагноза, указанного для МС («61-92» / «161-192» группы кодов и коды 99602, 99619, 99647), с данными справочника экстренных диагнозов mkbextXX.dbf.</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>Медицинские услуги 84 / 184 раздела, оказанные в случае обращения в приёмное отделение (2 и 3 разряд фасетного кода отделения Iotd= «70») стационара с коечным фондом без дальнейшей госпитализации пациента в профильные отделения, также контролируются на соответствие основного диагноза с данными справочника экстренных диагнозов mkbextXX.dbf.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для МС «83» / «183» группы кодов, выполняемых в отделениях реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения Iotd= «005», «167»), проверка диагноза на экстренность не проводится. 2. Для услуг 56029, 156003 в отделениях реанимационного профиля (4-6 позиции фасетного кода отделения Iotd= «005», «167»), имеющих параметр «особый случай» реестра счетов <D_type> = «5», «3», проверка диагноза на экстренность не проводится. 3. Для МС «187» кодов, выполняемых в отделениях неонатологического профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения «Iotd» = «055»), проверка диагноза на экстренность не проводится. 4. Для услуг, которые могут быть оказаны госпитализированному пациенту совместно с МС, а именно: <ul style="list-style-type: none"> - «27», «127», «28», «128», «29», «129», «30», «130» групп кодов, выполненных в другой МО; - Кодов «49» / «149» группы кодов, «97010» / «197010» с особым случаем счёта D_type = «2»; - «51» - «55» / «151» - «155» групп кодов (симультаные услуги, особый случай счёта «D_type» = «s»); - Кодов «59001» - «59005» / «159001» - «159005»; <p>Проводится проверка диагноза, указанного для МС, выполняемого в тот же срок. (Диагноз, указанный для услуги, не анализируется). Если диагноз не совпадает с данными справочника экстренных диагнозов mkbexXX.dbf, весь счёт пациента бракуется с кодом ошибки «EX» (т.е. МС и сопутствующие услуги, перечисленные выше в пункте 4 исключений).</p> <p><u>Исключения:</u></p>
--	--	--

		<p>1. Коды медицинских услуг «59001» - «59005» / «159001» - «159005», оказанных после МС («61» - «92» / «161» - «192») группы кодов и коды - 99602, 99619, 99647), браковке при проверке диагноза на экстренность не подлежат;</p> <p>3. Услуги выездных бригад (особый случай счёта «D_type» = «w», «2» и «3» разряд фасетного кода отделения «lotd» = «93»), в частности коды «56029», «156003», оплачиваются независимо от наличия других записей в счёте, без проверки указанного для них диагноза на экстренность. На услуги выездных бригад не ставится ошибка с кодом «EX» при браковке всего счёта пациента из-за несовпадения диагноза МС со списком диагнозов в справочнике mkbextXX.dbf.</p> <p>4. В случае краткосрочной реанимации (менее 12 часов) применяют коды услуг «56029» / «156003» с указанием параметра «особый случай» реестра счетов <D_type> = «5», «3» в отделениях реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения lotd= «005», «167»).</p> <p>4.1 Коды услуг «56029» / «156003» оплачиваются независимо от наличия других записей в счёте, без проверки указанного для них диагноза на экстренность. На эти услуги не ставится ошибка с кодом «EX» при браковке всего счёта пациента по причине несоответствия диагноза МС справочнику mkbextXX.dbf.</p> <p>4.2 Во время краткосрочной реанимации допустимо оказание пациенту симультанных услуг (группа кодов «51» - «55» / «151» - «155», «особый случай» реестра счетов <D_type> = «s» для записи, содержащей код симультанной услуги).</p> <p>4.3 Для кодов услуг «56029» / «156003» проверка диагноза на экстренность не проводится. Диагноз, указанный для симультанных услуг, должен соответствовать значениям справочника mkbextXX.dbf.</p> <p>4.4 Во время краткосрочной реанимации допустимо оказание услуг гемодиализа «49» / «149» группы кодов с указанием <D_type> = «2»;</p> <p>4.5 Для кодов услуг «56029» / «156003» проверка диагноза на экстренность не проводится. Диагноз, указанный для услуг гемодиализа, должен соответствовать значениям справочника mkbextXX.dbf.</p> <p>4.6 Медицинские услуги с кодами «59001» - «59005» / «159001» - «159005», оказанные после летального исхода краткосрочной реанимации (коды услуг «56029» / «156003» с указанием <D_type> = «5»), браковке при проверке диагноза на экстренность не подлежат.</p> <p>5. Медицинские услуги разделов «59» / «159», оказанные пациенту без его предварительного лечения в данной или иной МО, браковке не подлежат. Сведения о дате смерти пациента могут отсутствовать. Срок, прошедший от даты смерти пациента, при этом не контролируется.</p>
5.1.4.	WE	<p>Нарушение организации / отправки счёта на пациента.</p> <p>Только для счетов не идентифицированных пациентов.</p> <p>Проводится проверка кодов медпомощи на соответствие допустимому перечню.</p> <p>1. Разрешено использование медицинской помощи разделов реестра «61-92» и «161-192» и коды - 99602, 99619, 99647 (МС), кодов услуг, совпадающих с данными справочника НСИ uslextXX.dbf, кодов «59001» - «59005» / «159001» - «159005», кодов «56029» / «156003», «29» / «129» по следующим правилам:</p> <p>1.1 «27», «127», «28», «128», «29», «129», «30», «130» разделов реестра во время оказания МС. Исследования, выполненные в другой МО, к ошибке не относятся;</p> <p>1.2 Проведение гистологических, иммуногистохимических, цитологических исследований (услуги раздела 29 / 129) в период лечения по МС к ошибке не относится (в случае выполнения в МО госпитализации).</p>

		<p>1.3 «51-55» и «151-155» разделов с указанием <D_type> = «s», т.н. «симультанное хирургическое вмешательство», в сочетании с:</p> <p>1.3.1 реанимационными МС («83» / «183» группа кодов) в отделении реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения Iotd= «005», «167») с указанием <D_type> = «1», «5», или заменяющими их в случае краткосрочной реанимации (менее 12 часов) кодами услуг «56029» / «156003» с указанием <D_type> = «5» в случае летального исхода или <D_type> = «3» в случае перевода в другой стационар из отделения реанимационного профиля;</p> <p>1.3.2 МС с указанием <D_type> = «1», «5», в структуре которых предусмотрено оперативное пособие. Перечень разделов МС дан ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «67» - офтальмология; - «167» - офтальмология у детей; - «68» - болезни уха и сосцевидного отростка; - «168» - болезни отоларингологии в педиатрии; - «72» - заболевание хирургического профиля; - «172» - заболевание хирургического профиля в педиатрии; - «73» - болезни зубов и опорного аппарата; - «173» - болезни зубов и челюстно-лицевой области в педиатрии; - «75» - урология; - «175» - урология в педиатрии; - «76» - болезни женских тазовых органов и половых путей, акушерство; - «176» - гинекология детского и подросткового возраста; - «79» - травматология и ортопедия; - «179» - травматология и ортопедия у детей; - «82» - кардиохирургия; - «182» - кардиохирургия у детей; - «85» - нейрохирургия; - «185» - нейрохирургия у детей; - «86» - трансплантология; - «186» - трансплантология у детей; - «90» - онкология; - «190» - специализированная онкологическая помощь, <p>Регистрация симультанного хирургического вмешательства допустима только по решению КЭК (<D_type> = «1» / «3» / «5» в зарегистрированном МС / случае краткосрочной реанимации и меткой <D_type> = «s» в зарегистрированной симультанной услуге. Номер медицинской карты стационарного пациента при регистрации МС/ краткосрочной реанимации и симультанного хирургического вмешательства должен быть одинаков;</p> <p>2. Услуги «56029», «156003» в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения <Iotd> равны «005», «167»), имеющие признак «особый случай счёта» в поле <D_type> = «5»;</p> <p>3. Услуги «56029», «156003» в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения <Iotd> равны «005», «167»), имеющие признак «особый случай счёта» в поле <D_type> = «3» при <Rslt> = «102»;</p> <p>4. Услуги «59» раздела, выполненные в патологоанатомическом отделении стационара, после оказания медпомощи. Предъявляются в месяц их проведения после выбытия пациента из МО. Возможен разрыв по дате;</p> <p>5. Услуги «49/149» групп кодов для госпитализируемых пациентов на номер карты госпитализируемого пациента с признаком «особый случай»</p>
--	--	---

		<p>счёта» <D_type> = «2»;</p> <p>5. Услуги программного гемодиализа «97010» / «197010» для закрытого перечня стационаров по данным справочника sprgem_XX.dbf (ведёт Управление МЭК и ЭКМП), оказывающих услуги гемодиализа пациентам, находящимся на стационарном лечении в других МО;</p> <p>6. Услуги, оказанные выездной бригадой другого стационара (2 и 3 позиции фасетного кода отделения <Iotd>='93') и отмеченные особым случаем счёта <D_type> = «w».</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>7. Нарушение изложенных правил;</p> <p>8. Счёт, одновременно содержащий коды медпомощи не госпитализированного пациента (коды услуг, совпадающие с кодами справочника НСИ uslextXX.dbf, имеющими параметр «Osmotr» = 1, в приёмном отделении стационара (2 и 3 разряд фасетного кода отделения «Iotd» = «70, 73»)) и стационарного пациента (коды разделов реестра «61-92» / «161-192» и коды - 99602, 99619, 99647 (МС);</p> <p>9. Использование кодов ВМП;</p> <p>10. Счет негоспитализированного пациента, кроме услуг в приёмном отделении стационара (2 и 3 разряд фасетного кода отделения «Iotd» = «70, «73»), отвечающих критериям экстренности диагноза и услуг в соответствии со справочниками mkbextXX.dbf и uslextXX.dbf.</p> <p>Исключение: Медицинские услуги разделов «59» / «159», оказанные пациенту без его предварительного лечения в данной или иной МО, браковке не подлежат. Сведения о дате смерти пациента могут отсутствовать. При этом срок, прошедший от даты смерти пациента, не контролируется.</p>	
5.1.	Н7	<p>Нарушения при отправке на оплату счетов по ПД и ВМП сверх базовой программы ОМС.</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. При оказания пациенту ВМП (высокотехнологичная медицинская помощь) использование 300 / 397- групп кодов в потоке подаваемых в СМО счетов пациентов, застрахованных СМО г.Москвы, а также в подаваемых в МГФОМС потоках иногородних и не идентифицированных пациентов (то есть 300 / 397 - группы кодов не могут подаваться в информационной посылке (далее- ИП) с кодом сообщения «1», с кодом сообщения «2», с кодом сообщения «3»).</p> <p>Справочно: 300 / 397 - группы кодов используются в дополнении к базовой программе ОМС по профилю "онкология" для пациентов, застрахованных СМО г.Москвы. ИП направляются в МГФОМС с кодом сообщения "V".</p> <p>2. Услуги пренатальной диагностики <i>сверх базовой программы ОМС</i> с кодами 1719, 8050, 8051, 8052, 26281, 28210, 31001, 31002, 31003, 40040, 40041, 40042, 40043, 40044, 40045 <i>в составе общей отчётности по программе ОМС</i> в потоках подаваемых в СМО счетов пациентов, застрахованных СМО г.Москвы, а также в подаваемых в МГФОМС потоках иногородних и не идентифицированных пациентов (то есть эти коды не могут подаваться в информационной посылке (далее- ИП) с кодом сообщения «1», с кодом сообщения «2», с кодом сообщения «3»).</p> <p>Справочно: Отчёт по использованию указанных кодов подаётся в МГФОМС двумя отдельными ИП: - для застрахованных СМО г.Москвы – ИП с кодом сообщения "P"; - для иногородних пациентов –ИП с кодом сообщения "PI".</p>	
5.1.4	НО	<p>Некорректная информация по хирургическим операциям (только для круглосуточных стационаров)</p> <p>1. Проверка корректности входящего в состав информационной посылки МО файла «НО + код СМО.mtu»/ «НОIN + код МО.mtu»/ «НОХХ + код МО.mtu» (перечень хирургических операций по кодификатору ФФОМС при применении МС).</p>	CODH O

		<p>Правила заполнения изложены выше в п.3.1.2.</p> <p>2. Заполнение файла «НО + код СМО.mmy»/ «НОIN + код МО.mmy»/ «НОХХ + код МО.mmy» не является обязательным для всех МС. Используется для указания выполненных в отделениях хирургического профиля операций в составе МС, при этом коды МС (параметр <Cod>) в файлах «НО + код СМО.mmy»/ «НОIN + код МО.mmy»/ «НОХХ + код МО.mmy» и <S+ код СМО.mmy>/SIN.mmy/SXX (реестр счетов МО) должны строго соответствовать друг другу в рамках счёта одного пациента, то есть при одинаковом значении пары параметров <Sn_pol>+<C_i>. При нарушении правил ввода данных в файл «НО + код СМО.mmy»/ «НОIN + код МО.mmy»/ «НОХХ + код МО.mmy» ошибка выставляется на запись реестра счетов МО с тем же значением параметров <Sn_pol>+<C_i>+<Cod>.</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>3. Некорректная структура файла «НО + код СМО.mmy»/ «НОIN + код МО.mmy»/ «НОХХ + код МО.mmy» ;</p> <p>4. Несоответствие кода хирургической операции, указанной в поле <CODHO>, кодификатору «НОРPF_хх» в составе НСИ;</p> <p>5. Нарушение требования о заполнении всех обязательных полей файла.</p>	
5.1.4.	ТН	<p>Код прерывания МС не соответствует объёму оказанной медицинской помощи.</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Код законченного случая госпитализации (Tip= «0», «А», «Т», «R») указан для МС разделов 72/172, 73/173, 75/175, 76/176, 79/179, 82/182, 85/185, 90/190 при отсутствии выполненного оперативного пособия, о котором сделана корректная запись с тем же значением параметров <Sn_pol> + <C_i> + <Cod> в файле «Перечень хирургических операций при применении медицинских стандартов в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного)».</p> <p><u>Исключения:</u></p> <p>1. Ошибка не выставляется для МС с кодами: 72.040, 72.070, 72.071, 72.090, 72.140, 72.150, 72.190, 72.291, 72.320, 72.380, 72.400, 72.420, 72.460, 73.120, 73.130, 75.070, 75.140, 75.150, 76.160, 76.200, 76.411-76.891, 79.010, 79.040, 79.060, 79.120, 79.130, 79.131, 79.140, 79.150, 79.160, 79.260, 79.270, 79.271, 82.010, 90.460, 90.470, 90.480, 90.490, 90.500, 90.510, 90.520, 172.030, 172.031, 172.070, 172.071, 172.110, 172.111, 172.190, 172.191, 172.230, 172.231, 172.240, 172.241, 172.270, 172.271, 172.290, 172.291, 175.010, 175.011, 175.020, 175.021, 175.060, 175.061, 175.100, 175.101, 176.100, 176.101, 176.070, 176.071, 176.110, 176.111, 176.150, 176.151, 179.050, 179.051, 179.070, 179.071, 179.170, 179.171, 179.290, 179.291, 179.330, 179.331, 190.220, 190.221, 190.260, 190.261, 190.460, 190.461, 190.480, 190.481, 190.482, 190.483, 190.490, 190.491, 190.500, 190.501, 190.510, 190.511, 190.520, 190.521, 190.530, 190.531.</p> <p>2. Код законченного случая госпитализации (Tip= «0», А, Т, R) для МС разделов 72/172, 73/173, 75/175, 76/176, 79/179, 82/182, 85/185, 90/190 не подлежит браковке в случае выполнения в рамках того же страхового случая (период госпитализации с тем же значением параметров <Sn_pol> +<C_i>) оперативного пособия в условиях реанимационного отделения стационара (4-6 позиции фасетного кода <iotd> = «005», «167»), о чём сделана корректная запись в файле «Перечень хирургических операций при применении медицинских стандартов в</p>	ТИР

		больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного)» с указанием тех же параметров <Sn_pol>+<C_i>+ код реанимационного МС («83»/ «183» разделы) в поле <Cod>.	
5.1.4.	TL	<p>Код МС не соответствует указанной продолжительности медицинской помощи.</p> <p>Проверяется соотношение параметров в реестре счетов <Cod> и <K_u>.</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для 84 группы кодов (неотложная помощь в приёмном отделении стационара с коечным фондом): <K_u> более «1»; 2. Для Cod=97041 (Лечение бесплодия методом ЭКО в дневном стационаре): <K_u> более «1»; 3. Для Cod=97013/197013 (Специализированная медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара, при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации): <K_u> более «1»; 4. Поскольку продолжительность 83 группы кодов учитывается в полных сутках при вероятном начале лечения пациента в течение уже начавшихся календарных суток, ошибкой является нарушение соотношений: <ul style="list-style-type: none"> при <Cod> =83010 параметр <K_u> = «1» - «2» при <Cod> =83020 <K_u> = «3» - «4» при <Cod> =83030 <K_u> = «5» - «6» при <Cod> =83040 <K_u> = «7» - «8» при <Cod> =83050 <K_u> = «9» и более. 5. Для услуг 56029 / 156003 (краткосрочная реанимация): <K_u> более «1». <p>Примечания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стоимость лечения для кодов 83010, 83020, 83030, 83040 рассчитывается в соответствии с данными справочника НСИ tarimuXX.dbf по следующим правилам: <ul style="list-style-type: none"> - для прерванных МС стоимость одного дня лечения (поле <Stkd> файла tarimuXX.dbf) умножается на количество дней лечения по данному МС (параметр <K_u> счёта). При этом предельно допустимой является сумма завершённого случая лечения (поле <Tarif> файла tarimuXX.dbf). - для завершённого случая лечения стоимость равна значению <Tarif> файла tarimuXX.dbf. 2. Стоимость лечения для кода 83050 рассчитывается в соответствии с данными справочника НСИ tarimuXX.dbf как стоимость одного дня лечения (поле <Stkd> файла tarimuXX.dbf), умноженная на количество дней лечения по данному МС (параметр <K_u> счёта) без ограничений продолжительности. 3. Стоимость лечения для 183 группы кодов рассчитывается в соответствии с данными справочника НСИ tarimuXX.dbf как стоимость одного дня лечения (поле <Stkd> файла tarimuXX.dbf), умноженная на количество дней лечения по данному МС (параметр <K_u> счёта) без ограничений продолжительности. 	
5.1.4.	D1	<p>МО отсутствует в списке организаций, осуществляющих диспансеризацию.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Регистрация медицинских услуг 101952 в счете медицинской организации, отсутствующей в списке медицинских организаций, осуществляющих диспансеризацию детей-сирот, представляемым ДЗМ. 	
5.7.1.	D2	<p>Дублирование медицинских услуг по диспансеризации.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Включение в сводный счёт на одного и того же пациента в возрасте с 18 до 39 лет комплексной услуги «Первый этап диспансеризации» (коды 1936-1939, 1955-1958) чаще, чем 1 раз в течение 3-х календарных лет; 2. Включение в сводный счёт на одного и того же пациента в возрасте с 39 	

		<p>лет комплексной услуги «Первый этап диспансеризации» (коды 1939-1948, 1958-1967) чаще, чем 1 раз в течение 1 календарного года;</p> <p>3. Включение в сводный счёт на одного и того же несовершеннолетнего услуги по диспансеризации. Услуга «Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в возрасте 0-17 лет включительно» (101952) чаще одного раза в течение одного календарного года.</p> <p><u>Примечание:</u> Услуга 101952 принимается к оплате в год достижения несовершеннолетними возраста 0-17 лет.</p>																																																																																																																																		
5.1.4.	D4	<p>Несоответствие услуги по диспансеризации полу и/или возрасту пациента.</p> <p>Ошибкой считается нарушение сочетаний, указанных в таблице:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Возраст</th> <th rowspan="2">Год рождения</th> <th colspan="2">Код комплексной услуги первого этапа диспансеризации</th> </tr> <tr> <th>женщины</th> <th>мужчины</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>18</td><td>2002</td><td>1936</td><td>1955</td></tr> <tr><td>21</td><td>1999</td><td>1937</td><td>1956</td></tr> <tr><td>24</td><td>1996</td><td>1936</td><td>1955</td></tr> <tr><td>27</td><td>1993</td><td>1937</td><td>1956</td></tr> <tr><td>30</td><td>1990</td><td>1936</td><td>1955</td></tr> <tr><td>33</td><td>1987</td><td>1937</td><td>1956</td></tr> <tr><td>36</td><td>1984</td><td>1938</td><td>1957</td></tr> <tr><td>39</td><td>1981</td><td>1939</td><td>1958</td></tr> <tr><td>40</td><td>1980</td><td>1940</td><td>1959</td></tr> <tr><td>41</td><td>1979</td><td>1941</td><td>1960</td></tr> <tr><td>42</td><td>1978</td><td>1942</td><td>1959</td></tr> <tr><td>43</td><td>1977</td><td>1941</td><td>1960</td></tr> <tr><td>44</td><td>1976</td><td>1940</td><td>1959</td></tr> <tr><td>45</td><td>1975</td><td>1943</td><td>1961</td></tr> <tr><td>46</td><td>1974</td><td>1940</td><td>1959</td></tr> <tr><td>47</td><td>1973</td><td>1941</td><td>1960</td></tr> <tr><td>48</td><td>1972</td><td>1942</td><td>1959</td></tr> <tr><td>49</td><td>1971</td><td>1941</td><td>1960</td></tr> <tr><td>50</td><td>1970</td><td>1940</td><td>1962</td></tr> <tr><td>51</td><td>1969</td><td>1944</td><td>1960</td></tr> <tr><td>52</td><td>1968</td><td>1940</td><td>1959</td></tr> <tr><td>53</td><td>1967</td><td>1941</td><td>1960</td></tr> <tr><td>54</td><td>1966</td><td>1942</td><td>1959</td></tr> <tr><td>55</td><td>1965</td><td>1941</td><td>1963</td></tr> <tr><td>56</td><td>1964</td><td>1940</td><td>1959</td></tr> <tr><td>57</td><td>1963</td><td>1944</td><td>1960</td></tr> <tr><td>58</td><td>1962</td><td>1940</td><td>1959</td></tr> <tr><td>59</td><td>1961</td><td>1941</td><td>1960</td></tr> <tr><td>60</td><td>1960</td><td>1942</td><td>1962</td></tr> <tr><td>61</td><td>1959</td><td>1941</td><td>1960</td></tr> </tbody> </table>	Возраст	Год рождения	Код комплексной услуги первого этапа диспансеризации		женщины	мужчины	1	2	3	4	18	2002	1936	1955	21	1999	1937	1956	24	1996	1936	1955	27	1993	1937	1956	30	1990	1936	1955	33	1987	1937	1956	36	1984	1938	1957	39	1981	1939	1958	40	1980	1940	1959	41	1979	1941	1960	42	1978	1942	1959	43	1977	1941	1960	44	1976	1940	1959	45	1975	1943	1961	46	1974	1940	1959	47	1973	1941	1960	48	1972	1942	1959	49	1971	1941	1960	50	1970	1940	1962	51	1969	1944	1960	52	1968	1940	1959	53	1967	1941	1960	54	1966	1942	1959	55	1965	1941	1963	56	1964	1940	1959	57	1963	1944	1960	58	1962	1940	1959	59	1961	1941	1960	60	1960	1942	1962	61	1959	1941	1960
Возраст	Год рождения	Код комплексной услуги первого этапа диспансеризации																																																																																																																																		
		женщины	мужчины																																																																																																																																	
1	2	3	4																																																																																																																																	
18	2002	1936	1955																																																																																																																																	
21	1999	1937	1956																																																																																																																																	
24	1996	1936	1955																																																																																																																																	
27	1993	1937	1956																																																																																																																																	
30	1990	1936	1955																																																																																																																																	
33	1987	1937	1956																																																																																																																																	
36	1984	1938	1957																																																																																																																																	
39	1981	1939	1958																																																																																																																																	
40	1980	1940	1959																																																																																																																																	
41	1979	1941	1960																																																																																																																																	
42	1978	1942	1959																																																																																																																																	
43	1977	1941	1960																																																																																																																																	
44	1976	1940	1959																																																																																																																																	
45	1975	1943	1961																																																																																																																																	
46	1974	1940	1959																																																																																																																																	
47	1973	1941	1960																																																																																																																																	
48	1972	1942	1959																																																																																																																																	
49	1971	1941	1960																																																																																																																																	
50	1970	1940	1962																																																																																																																																	
51	1969	1944	1960																																																																																																																																	
52	1968	1940	1959																																																																																																																																	
53	1967	1941	1960																																																																																																																																	
54	1966	1942	1959																																																																																																																																	
55	1965	1941	1963																																																																																																																																	
56	1964	1940	1959																																																																																																																																	
57	1963	1944	1960																																																																																																																																	
58	1962	1940	1959																																																																																																																																	
59	1961	1941	1960																																																																																																																																	
60	1960	1942	1962																																																																																																																																	
61	1959	1941	1960																																																																																																																																	

		62	1958	1940	1959		
		63	1957	1944	1960		
		64	1956	1940	1962		
		65	1955	1945	1964		
		66	1954	1946	1965		
		67	1953	1945	1964		
		68	1952	1946	1965		
		69	1951	1945	1964		
		70	1950	1946	1965		
		71	1949	1945	1964		
		72	1948	1946	1965		
		73	1947	1945	1964		
		74	1946	1946	1965		
		75	1945	1945	1964		
		76	1944	1947	1966		
		77	1943	1948	1967		
		78	1942	1947	1966		
		79	1941	1948	1967		
		80	1940	1947	1966		
		81	1939	1948	1967		
		82	1938	1947	1966		
		83	1937	1948	1967		
		84	1936	1947	1966		
		85	1935	1948	1967		
		86	1934	1947	1966		
		87	1933	1948	1967		
		88	1932	1947	1966		
		89	1931	1948	1967		
		90	1930	1947	1966		
		91	1929	1948	1967		
		92	1928	1947	1966		
		93	1927	1948	1967		
		94	1926	1947	1966		
		95	1925	1948	1967		
		96	1924	1947	1966		
		97	1923	1948	1967		
		98	1922	1947	1966		
		99	1921	1948	1967		
5.7.	Д6	<p>Пересечение услуг по диспансеризации и проф. осмотрам. 1. Включение в сводный счёт на пациента услуги «Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в возрасте 0-17 лет включительно» (код 101.952) и услуги «Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних» (коды 101.933-101.945; 101.951) - для одного и того же пациента в один и тот же год достижения соответствующего возраста:</p> <table border="1"> <tr> <td>Год достижения возраста</td> <td>Услуга по проф. осмотру</td> </tr> </table>				Год достижения возраста	Услуга по проф. осмотру
Год достижения возраста	Услуга по проф. осмотру						

		<table border="1"> <tr><td>1 год</td><td>101933</td></tr> <tr><td>1,5 года</td><td>101934</td></tr> <tr><td>2 года</td><td>101935</td></tr> <tr><td>3 года</td><td>101936</td></tr> <tr><td>4 года</td><td>101937</td></tr> <tr><td>5 лет</td><td>101937</td></tr> <tr><td>6 лет</td><td>101938</td></tr> <tr><td>7 лет</td><td>101939</td></tr> <tr><td>8 и 9 лет</td><td>101940</td></tr> <tr><td>10 лет</td><td>101941</td></tr> <tr><td>11 лет</td><td>101942</td></tr> <tr><td>12 лет</td><td>101943</td></tr> <tr><td>13 лет</td><td>101951</td></tr> <tr><td>14 лет</td><td>101944</td></tr> <tr><td>15 лет</td><td>101945</td></tr> <tr><td>16 лет</td><td>101945</td></tr> <tr><td>17 лет</td><td>101945</td></tr> </table> <p>2. Включение в сводный счёт на пациента услуг «Профилактический медицинский осмотр взрослого населения» и «Первый этап диспансеризации взрослого населения» в один и тот же год (в год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится).</p>	1 год	101933	1,5 года	101934	2 года	101935	3 года	101936	4 года	101937	5 лет	101937	6 лет	101938	7 лет	101939	8 и 9 лет	101940	10 лет	101941	11 лет	101942	12 лет	101943	13 лет	101951	14 лет	101944	15 лет	101945	16 лет	101945	17 лет	101945																								
1 год	101933																																																											
1,5 года	101934																																																											
2 года	101935																																																											
3 года	101936																																																											
4 года	101937																																																											
5 лет	101937																																																											
6 лет	101938																																																											
7 лет	101939																																																											
8 и 9 лет	101940																																																											
10 лет	101941																																																											
11 лет	101942																																																											
12 лет	101943																																																											
13 лет	101951																																																											
14 лет	101944																																																											
15 лет	101945																																																											
16 лет	101945																																																											
17 лет	101945																																																											
5.7.	DK	<p>Дублирование комплексных услуг профилактического направления. 1. Регистрация в счёте МО профилактических осмотров несовершеннолетних чаще 1 раза за календарный год достижения соответствующего возраста:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Год достижения возраста</th> <th>Услуга по проф. осмотру</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 год</td><td>101933</td></tr> <tr><td>1,5 года</td><td>101934</td></tr> <tr><td>2 года</td><td>101935</td></tr> <tr><td>3 года</td><td>101936</td></tr> <tr><td>4 года</td><td>101937</td></tr> <tr><td>5 лет</td><td>101937</td></tr> <tr><td>6 лет</td><td>101938</td></tr> <tr><td>7 лет</td><td>101939</td></tr> <tr><td>8 и 9 лет</td><td>101940</td></tr> <tr><td>10 лет</td><td>101941</td></tr> <tr><td>11 лет</td><td>101942</td></tr> <tr><td>12 лет</td><td>101943</td></tr> <tr><td>13 лет</td><td>101951</td></tr> <tr><td>14 лет</td><td>101944</td></tr> <tr><td>15 лет</td><td>101945</td></tr> <tr><td>16 лет</td><td>101945</td></tr> <tr><td>17 лет</td><td>101945</td></tr> </tbody> </table> <p>2. Включение в сводный счёт на пациента услуги «Профилактический медицинский осмотр взрослого населения» до достижения возраста 38 лет чаще, чем указано в таблице:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Возраст</th> <th rowspan="2">Год рождения</th> <th colspan="2">Код услуги профилактического осмотра</th> </tr> <tr> <th>женщины</th> <th>мужчины</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>18</td><td>2002</td><td>1950</td><td>1969</td></tr> <tr><td>19</td><td>2001</td><td>1949</td><td>1968</td></tr> <tr><td>20</td><td>2000</td><td>1950</td><td>1969</td></tr> <tr><td>21</td><td>1999</td><td>1949</td><td>1968</td></tr> </tbody> </table>	Год достижения возраста	Услуга по проф. осмотру	1 год	101933	1,5 года	101934	2 года	101935	3 года	101936	4 года	101937	5 лет	101937	6 лет	101938	7 лет	101939	8 и 9 лет	101940	10 лет	101941	11 лет	101942	12 лет	101943	13 лет	101951	14 лет	101944	15 лет	101945	16 лет	101945	17 лет	101945	Возраст	Год рождения	Код услуги профилактического осмотра		женщины	мужчины	18	2002	1950	1969	19	2001	1949	1968	20	2000	1950	1969	21	1999	1949	1968
Год достижения возраста	Услуга по проф. осмотру																																																											
1 год	101933																																																											
1,5 года	101934																																																											
2 года	101935																																																											
3 года	101936																																																											
4 года	101937																																																											
5 лет	101937																																																											
6 лет	101938																																																											
7 лет	101939																																																											
8 и 9 лет	101940																																																											
10 лет	101941																																																											
11 лет	101942																																																											
12 лет	101943																																																											
13 лет	101951																																																											
14 лет	101944																																																											
15 лет	101945																																																											
16 лет	101945																																																											
17 лет	101945																																																											
Возраст	Год рождения	Код услуги профилактического осмотра																																																										
		женщины	мужчины																																																									
18	2002	1950	1969																																																									
19	2001	1949	1968																																																									
20	2000	1950	1969																																																									
21	1999	1949	1968																																																									

		22	1998	1950	1969
		23	1997	1949	1968
		24	1996	1950	1969
		25	1995	1949	1968
		26	1994	1950	1969
		27	1993	1949	1968
		28	1992	1950	1969
		29	1991	1949	1968
		30	1990	1950	1969
		31	1989	1949	1968
		32	1988	1950	1969
		33	1987	1949	1968
		34	1986	1950	1969
		35	1985	1951	1970
		36	1984	1952	1971
		37	1983	1951	1970
		38	1982	1952	1971
		39	1981	1951	1970
		40	1980	1953	1972
		41	1979	1954	1973
		42	1978	1953	1972
		43	1977	1954	1973
		44	1976	1953	1972
		45	1975	1954	1973
		46	1974	1953	1972
		47	1973	1954	1973
		48	1972	1953	1972
		49	1971	1954	1973
		50	1970	1953	1972
		51	1969	1954	1973
		52	1968	1953	1972
		53	1967	1954	1973
		54	1966	1953	1972
		55	1965	1954	1973
		56	1964	1953	1972
		57	1963	1954	1973
		58	1962	1953	1972
		59	1961	1954	1973
		60	1960	1953	1972
		61	1959	1954	1973
		62	1958	1953	1972
		63	1957	1954	1973
		64	1956	1953	1972
		65	1955	1954	1973
		66	1954	1953	1972
		67	1953	1954	1973
		68	1952	1953	1972
		69	1951	1954	1973
		70	1950	1953	1972
		71	1949	1954	1973
		72	1948	1953	1972
		73	1947	1954	1973

			74	1946	1953	1972
			75	1945	1954	1973
			76	1944	1953	1972
			77	1943	1954	1973
			78	1942	1953	1972
			79	1941	1954	1973
			80	1940	1953	1972
			81	1939	1954	1973
			82	1938	1953	1972
			83	1937	1954	1973
			84	1936	1953	1972
			85	1935	1954	1973
			86	1934	1953	1972
			87	1933	1954	1973
			88	1932	1953	1972
			89	1931	1954	1973
			90	1930	1953	1972
			91	1929	1954	1973
			92	1928	1953	1972
			93	1927	1954	1973
			94	1926	1953	1972
			95	1925	1954	1973
			96	1924	1953	1972
			97	1923	1954	1973
			98	1922	1953	1972
			99	1921	1954	1973
5.7.1.	DN	<p>Нарушение правил учёта второго этапа услуг по диспансеризации.</p> <p>1. Включение в сводный счёт на пациента услуг «Прием врача-педиатра диспансерный амб.» (код 101003) / «Прием врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код 101028)/«Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код 101030) кода результата диспансеризации (поле <RSLT> счета) – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», коды 321/322/323/324/325) при отсутствии услуги «Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в возрасте 0-17 лет включительно» (код 101.952) с кодами результата обращения (коды 365/366/367/368), выполненной в течение 2 месяцев до завершения второго этапа диспансеризации.</p> <p>2. Включение в сводный счёт на пациента услуг «Прием врача-педиатра диспансерный амб.» (код 101003) / «Прием врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код 101028)/«Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код 101030) кода результата диспансеризации (поле <RSLT> счета) – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», коды 347/348/349/350/351) при отсутствии услуги «Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в возрасте 0-17 лет включительно» (код 101.952) с кодами</p>				

		<p>результата обращения (коды 369/370/371/372), выполненной в течение 2 месяцев до завершения второго этапа диспансеризации.</p> <p>3. Включение в сводный счёт на пациента услуг «Прием врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код 101028)/«Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код 101030) кода результата профилактического осмотра несовершеннолетнего (поле <RSLT> счета) – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему – присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009xx», коды 332/333/334/335/336) при отсутствии услуги «Профилактический медицинский осмотр детей») коды услуг 101933-101945, 101951) с кодами результата обращения 361/362/363/364), выполненной в течение 2 месяцев до завершения второго этапа профилактического осмотра несовершеннолетнего.</p> <p>4. Включение в сводный счёт на пациента услуги «Прием врача-терапевта участкового профилактический, амб.» (код 1.017)/«Прием врача общей практики (семейного врача) взрослого населения профилактический, амб» (код 1.807) с регистрацией в счете пациента (поле <RSLT> счета) кода результата диспансеризации – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения – присвоена I/II/IIIa/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009», коды 317/318/355/356) при отсутствии услуги «Первый этап диспансеризации» (коды 1936-1948, 1955-1967) с кодами результата обращения (кодификатор «Результат обращения» НСИ АИС ОМС «RSV009», коды 353/357/358 в соответствии с группой здоровья), выполненной в течение 2 месяцев до завершения второго этапа диспансеризации.</p>
5.1.4.	PF	<p>Оказание медицинской помощи по профилю «стоматология» неприкрепленным пациентам. Только для счетов застрахованных в Москве пациентов. К ошибке относятся: 1. Медицинские услуги по профилю «стоматология», оказанные независимо от наличия направления пациентам, прикрепленным к другим МО с ПФ по профилю «стоматология».</p> <p>Исключения: 1. Оказание медицинских услуг по профилю «стоматология» в МО, перечисленных в приложении 1.6.2. к Тарифному соглашению, при наличии направления. 2. Услуги, оказанные в медицинских организациях, перечисленных в приложении № 1.6.2 к Тарифному соглашению, при проведении углубленных медицинских осмотров лиц младше 18 лет (в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.03.2016 № 134н), обучающихся в учреждениях, подведомственных Департаменту физической культуры и спорта города Москвы (Москомспорт) (ORD = 7, LPU_ORD = 7665, номер карты (C_I), начинающийся с аббревиатуры «УМО»).</p>
5.1.4.	PG	<p>Нарушение порядков оказания МП прикрепленным к МО с ПФ / ПО с ПФ (по ПСМП). Только для потока счетов на застрахованных в Москве. К ошибке относятся: 1. Медицинские услуги, оказанные без направления пациентам, прикрепленным к другим МО с ПФ, в МО-участниках горизонтальных расчетов, если они не входят в группу услуг «неотложная медицинская помощь» и приравненных к ним.</p> <p>Примечания: 1. Направление, выданное МО, не соответствующей МО прикрепления пациента, а также стационаром круглосуточного пребывания без ПО с ПФ, ошибкой не является. 2. В счете пациента амбулаторно-поликлинической МО с ПФ (отделения) / МО (отделения), участвующего в горизонтальных расчетах и не имеющего прикрепленного населения, ссылка на направление, выданное в данной МО пациенту, прикрепленному к иной МО, игнорируется – данная услуга во взаимозачете не участвует. 3. Структурные подразделения круглосуточного стационара, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях: КДО</p>

		<p>(2-3 цифры фасетного кода отделения = «01»), отделение патологической анатомии (2-3 цифры фасетного кода отделения = «85»), женская консультация (2-3 цифры фасетного кода отделения = «08»), отделение дневного стационара в составе стационарных отделений МО больничного типа (2-3 цифры фасетного кода отделения = «81», в МО, входящих в приложение 1.3а к ТС) в горизонтальных взаиморасчётах не участвуют.</p> <p>4. Медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения соответствуют значению параметра USL_OK = «1» по справочнику «rgofotxx»), в горизонтальных взаиморасчётах не участвует.</p> <p>5. Услуги, имеющие значение параметра «ORD» = «7» оплачиваются по тарифу.</p> <p>6. Значение параметра «ORD» = «8» приравнивается к наличию направления.</p> <p>7. Услуги 37043, 37048, 137043, 37044, 37049, 137044, 137049, выполненные по направлению врача-онколога (данные о специальности направившего врача доступны в ИС ПУМП. Коды специальности врача: 17, 41, 73, 82), оплачиваются по тарифу.</p> <p>2. В случае оказания неотложной медицинской помощи (медицинские услуги с «TPN» = «q») пациентам, прикрепленным к иной МО с ПФ / ПО с ПФ, без направления, указание цели посещения (P_CEL), отличной от «1.1» - «Посещение в неотложной форме».</p> <p>Примечание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Применяется только для случаев, подразумевающих проведение горизонтальных взаиморасчётов. 2. При анализе услуги на наличие ошибки прикрепление пациента определяется на первое число отчётного месяца. <p>Исключения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Услуги, оказанные в Центрах здоровья (2-3 цифры фасетного кода отделения = «91»); 2. Услуги патронажа; 3. Услуги, оказанные в травмпунктах, либо иных подразделениях МО, выполняющих функции травмпункта (2-3 цифры фасетного кода отделения = «92»);
5.1.4.	IP	<p>Недопустимое сочетание медицинской услуги и специальности исполнителя в счёте.</p> <p>Проверяется соотношение параметров реестра счетов <Cod> и <Prvs> на соответствие данным справочника НСИ codprvXX.dbf.</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Специальность исполнителя (параметр реестра счетов <Prvs>), не соответствующая данным справочника НСИ codprvXX.dbf (поле <Code>) для указанного кода медицинской помощи (параметр реестра счетов <Cod>, поле справочника codprvXX.dbf <Cod>).</p> <p>Исключение:</p> <p>При отсутствии услуги в справочнике codprvXX.dbf контроль не проводится.</p> <p>Справочно:</p> <p>Подробнее о значениях <Code> справочника codprvsXX.dbf – в справочнике НСИ spv015XX.dbf.</p>
5.1.4.	PL	<p>Некорректные данные о весе при рождении (параметр VNOV_M).</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. VNOV_M заполнено, но значение не входит в диапазон от 300 до 2500. <p>Примечание:</p> <p>Значение «0», присваиваемое по умолчанию в БД для пустого поля формата «num», считается значением «пусто», т.е. при значении «0» поле считается пустым и не контролируется.</p>
5.1.4.	EN	<p>Некорректная дата выдачи талона на ВМП</p> <p>К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля «пусто» при оказании медицинских услуг раздела 200, 297, 300, 397 реестра услуг; 2. Значение поля не соответствует ДД.ММ.ГГГГ.

5.7.3.	СК	<p>Дополнительная услуга по СКП (подлежит учету, но не оплачивается) (только для застрахованных в Москве). Ошибкой считается: 1. Все записи файла реестра счетов на госпитализированного в СКП (2-3 цифры фасетного кода отделения «09») пациента, содержащие медицинские услуги, оказанные в приёмном отделении (2-3 цифры фасетного кода «70» / «73») той же МО, и отличные от услуг 1741-1780. <u>Исключение:</u> Одновременно с этим, допускается наличие для таких пациентов в той же МО услуг, отличных от 1701- 1730, 1780, выполненных в отделении КДО (2-3 цифры фасетного кода «01»), в период, предшествующий госпитализации в СКП (2-3 цифры фасетного кода «01»).</p> <p>2. При госпитализации пациента в СКП (2-3 цифры фасетного кода отделения «09») любые дополнительные медицинские услуги, оказанные в период госпитализации, оплате не подлежат.</p> <p>3. Контроль оказания МП после выписки пациента из отделения СКП (2-3 цифры фасетного кода отделения «09»): 1. Амбулаторно-поликлинические услуги по тому же профилю медицинской помощи (4-6 цифры фасетного кода отделения), по которому пациент проходил лечение в СКП (2-3 цифры фасетного кода отделения «09») в рамках одного отчётного периода. 2. Медицинские услуги по «перевязке»: 3013, 3014, 3015, 3018, 3030, 3031. <u>Примечание:</u> Данная проверка распространяется на медицинские услуги, оказанные в МО, где пациент проходил лечение в СКП (2-3 цифры фасетного кода отделения «09»).</p> <p>4. При выявлении у пациента, прошедшего лечение в стационаре круглосуточного пребывания (отделении, для которого параметр USL_OK по справочнику «profot» имеет значение «1»), госпитализации в СКП (2-3 цифры фасетного кода отделения «09») в этой же МО и с тем же диагнозом в течение 90 дней, проверяемой госпитализации в присваивается код дефекта. <u>Примечание:</u> 1. Ошибкой маркируются все госпитализации в СКП в случае, если на протяжении 90 дней до проверяемой госпитализации в СКП имеется госпитализация в профильное отделение (не СКП) с тем же диагнозом. 2. При маске значения поля DS для госпитализации в СКП - XXX основной диагноз на предшествующей госпитализации в профильное отделение стационара (не СКП) контролируется с точностью до первых 3 символов. 3. При маске значения поля DS для госпитализации в СКП - XXX.X или XXX.XX основной диагноз на предшествующей госпитализации в профильное отделение стационара (не СКП) контролируется на абсолютное соответствие (с точностью до подрубрики).</p>
5.1.4.	OG	<p>Некорректные сведения о признаке подозрения на ЗНО (параметр DS_ONK файла S). Ошибочным считается: 1. Значение поля DS_ONK не равно 1 или 0.</p>
5.1.4.	O4	<p>Некорректные сведения о цели посещения (параметр P_CEL файла S). Ошибочным считается: 1. Поле P_CEL не заполнено или значение поля не соответствует полю COD_PC справочника opncelXX для услуг, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях (определяется по справочнику profotXX).</p>
5.1.4.	OH	<p>Некорректные сведения о признаке диспансерного наблюдения (параметр DN файла S). Ошибочным считается: 1. Значение поля DN не равно 1, 2, 3, 4 при P_CEL=1.3.</p>

5.1.4.	OI	Некорректные сведения о признаке реабилитации (параметр REAB файла S). Ошибочным считается: 1. Значение поля REAB не равно «1» / «пусто».
5.1.4.	O3	Некорректные сведения о цели входящего направления (параметр NAPR_V_IN файла S). Ошибочным считается: 1. Поле NAPR_V_IN в случае заполнения значение поля не соответствует полю COD_VN справочника оппаргXX.
5.1.4.	O5	Некорректные сведения о характере заболевания (параметр C_ZAB файла S). Ошибочным считается: 1. Поле C_ZAB не соответствует полю COD_CZ справочника onczabXX, при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи.
5.1.4.	SA	Значение кода подстанции не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ») Ошибкой считается: 1. Поле «PST» заполнено, но не соответствует полю «PST» справочника STASMPxx. 2. Значение поля «PST» = «пусто».
5.1.4.	SB	Значение кода бригады не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ») Ошибкой считается: 1. Поле «C_BR» заполнено, но не соответствует полю «C_BR» справочника BRSP+mmu. 2. Значение поля «C_BR» = «пусто».
5.1.4.	SC	Значение кода услуги не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ») Ошибкой считается: 1. Поле «COD» заполнено, но не соответствует кодам медицинских услуг 96 / 196 раздела, «56031» / «156002». 2. Значение поля «COD» = «пусто».
5.1.4.	SE	Значение диагноза не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ») Ошибкой считается: 1. Поле «DS» заполнено, но не соответствует полю «DS» справочника mkb10_xx пакета НСИ для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ». 2. Значение поля «DS» = «пусто».
5.1.4.	SF	Значение кода СМО не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ») <i>Только для застрахованных в Москве:</i> Ошибкой считается: 1. Поле «QQ» заполнено, но не соответствует полю «QQ» справочника sprsmoxx. 2. Значение поля «QQ» = «пусто».

5.1.4.	SG	<p>Значение результата вызова не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поле «RES» заполнено, но не соответствует полю «RSLT» справочника rsv009xx. 2. Значение поля «RES» = «пусто». 3. Значение поля «RES» отличается от значений «1» - «53».
5.1.4.	SH	<p>Значение пола не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поле «W» заполнено, но не соответствует значениям «1» / «2». <p><u>Примечание:</u> При отсутствии пациента (коды результата вызова «1», «2», «3», «4», «6», «7», «23», «24») не заполняется.</p>
5.1.4.	SI	<p>Поле "Уникальный идентификатор записи" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля «RECID» = «пусто». 2. Значение поля «RECID» не является уникальным (одинаковые «RECID» на разных записях файла-реестра счетов).
5.1.4.	SJ	<p>Поле "Отчетный период" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля «PERIOD» = «пусто». 2. Значение поля «PERIOD» не соответствует значению принимаемого отчетного периода в формате ГГГГММ.
5.1.4.	SW	<p>Поле "Идентификатор учреждения СМП" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля «SP_ID» = «пусто».
5.1.4.	SL	<p>Поле "Дата вызова" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля «D_U» = «пусто»; 2. Значение поля «D_U» не соответствует формату ГГГГММДД; 3. Значение ММ поля «D_U» не соответствует принимаемому отчетному периоду.
5.1.4.	SP	<p>Поле "Наряд" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля «N_U» = «пусто»; 2. Значение поля «N_U» не является уникальным (одинаковые «N_U» на разных записях файла-реестра счетов).
5.1.4.	SQ	<p>Поле "Тариф" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p>

		<p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Значение поля «TAR» = «пусто»;</p> <p>2. Значение поля «TAR» не соответствует тарифу на медицинские услуги по справочнику tarimuXX.</p>
5.1.4.	SR	<p>Поле "Фамилия пациента" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Значение поля «FAM» = «пусто».</p>
5.1.4.	SS	<p>Поле "Имя пациента" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Значение поля «IM» = «пусто».</p>
5.1.4.	ST	<p>Поле "Дата рождения" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Поле «DR» = «пусто».</p> <p>Исключение: При отсутствии пациента (коды результата вызова «1», «2», «3», «4», «6», «7», «23», «24») не заполняется.</p>
5.1.4.	SV	<p>Поле "Номер документа ОМС" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</p> <p>Только для застрахованных в Москве и иногородних:</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Поле «SN_POL» = «пусто».</p>
5.3.3.	FS	<p>Оплата лечения проводится ФСС или из иных источников финансирования</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Медицинские услуги, для которых установлен факт оплаты из средств ФСС или иных источников финансирования (не из средств ОМС).</p>
5.3.3.	FA	<p>Отсутствие договора на оплату медицинской помощи по ОМС</p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Медицинские услуги, поданные на оплату в потоке счетов, для которого отсутствуют сведения о наличии договора на оплату медицинской помощи между МО и плательщиком.</p>
5.3.2.	PP	<p>Не принято к оплате в связи с превышением согласованных объемов медицинских услуг</p> <p>Только для счетов на застрахованных в Москве:</p> <p>Ошибкой маркируются:</p> <p>1. Медицинские услуги, оплата которых не представляется возможной по причине исчерпания медицинской организацией выделенных объемов медицинской помощи.</p> <p>Примечание: 1. Контроль ведётся только на предмет превышения суммарных выделенных объемов медицинской помощи.</p>

		2. В случае выделения медицинской организации дополнительных объёмов медицинской помощи проводится повторный МЭК ранее отклонённых от оплаты счетов. При этом, ранее выставленные ошибки РР снимаются.
--	--	--

9.9 Проверка корректности сведений по онкологии.

Файл ONK_SL

5.1.4.	Об	<p>Некорректные сведения о поводе обращения (параметр DS1_T файла ONK_SL).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поле DS1_T заполнено, но не соответствует полю COD_REAS справочника onreas. 2. При оказании ВМП (при основном диагнозе раздела С, или D70 с сопутствующим диагнозом C00 – C80, C97 или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) значение поля DS1_T не соответствует «0» / «1» / «2» / «6». 3. Поле DS1_T не заполнено при основном диагнозе раздела С, или D70 с сопутствующим диагнозом C00 – C80, C97 или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09. <p>Исключение:</p> <p>Условия оказания МП - вне медицинской организации (определяется по справочнику profotXX, USL_OK = 4), REAB=1, DS_ONK = 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Значение поля DS1_T не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	O1	<p>Некорректное заполнение данных о стадии ЗНО (параметр STAD файла ONK_SL).</p> <p>К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля «STAD» при значениях DS1_T = 0,1,2,3,4 не соответствующее справочнику «onstad», в иных случаях значению «пусто» при оказании медицинской помощи (кроме ВМП); 2. Значение поля «STAD», при значениях DS1_T = 0,1,2 не соответствующее справочнику «onstad», в иных случаях значению «пусто» при оказании ВМП; 3. Несоответствие основного диагноза стадии (поле ST справочника onstad). При маске значения поля DS справочника «onstad» - XXX основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов. При значении поля DS справочника «onstad» - XXX.X основной диагноз контролируется на абсолютное соответствие (с точностью до подрубрики). Контроль на соответствие основного диагноза стадии проводится только при заполненном поле «STAD». <p>Примечание:</p> <p>Значения «COD_ST», для которых диагноз (поле DS справочника onstad = «пусто») не задан допускается только в случае отсутствия соответствия для основного диагноза в поле DS справочника onstad.</p>
5.1.4.	OV	<p>Некорректное заполнение данных Tumor (параметр ONK_T файла ONK_SL).</p> <p>К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля «ONK_T», не соответствующее справочнику «ontum», в т.ч. значение «пусто», при первичном лечении (DS1_T = 0) пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет. При иных значениях DS1_T / возрасте пациентов младше 18 лет допускается только значение «пусто». 2. Несоответствие основного диагноза значению Tumor (поле T справочника ontum). При маске значения поля DS справочника «ontum» - XXX основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов. При значении поля DS справочника «ontum» - XXX.X основной диагноз контролируется на абсолютное соответствие (с точностью до подрубрики). Контроль на соответствие основного диагноза значению

		<p>Тумог проводится только при заполненном поле «ONK_T».</p> <p><u>Примечание:</u></p> <p>Значения «COD_T», для которых диагноз не задан (поле DS справочника ontum = «пусто») допускается только в случае отсутствия соответствия для основного диагноза полю DS справочника ontum.</p>
5.1.4.	OW	<p>Некорректное заполнение данных о Nodus (параметр ONK_N файла ONK_SL).</p> <p>К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля «ONK_N», не соответствующее справочнику «onnod», в т.ч. значение «пусто», при первичном лечении (DS1_T = 0) пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет. При иных значениях DS1_T / возрасте пациентов младше 18 лет допускается только значение «пусто». 2. Несоответствие основного диагноза значению Nodus (поле N справочника onnod). При маске значения поля DS справочника «onnod» - XXX основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов. При значении поля DS справочника «onnod» - XXX.X основной диагноз контролируется на абсолютное соответствие (с точностью до подрубрики). Контроль на соответствие основного диагноза значению Nodus проводится только при заполненном поле «ONK_N». <p><u>Примечание:</u></p> <p>Значения «COD_N», для которых диагноз не задан (поле DS справочника onnod = «пусто») допускается только в случае отсутствия соответствия для основного диагноза полю DS справочника onnod.</p>
5.1.4.	OX	<p>Некорректное заполнение данных о Metastasis (параметр ONK_M файла ONK_SL).</p> <p>К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля «ONK_M», не соответствующее справочнику «onmet», в т.ч. значение «пусто», при первичном лечении (DS1_T = 0) пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет. При иных значениях DS1_T / возрасте пациентов младше 18 лет допускается только значение «пусто». 2. Несоответствие основного диагноза значению Metastasis (поле M справочника «onmet»). При маске значения поля DS справочника «onmet» 3. XXX основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов. При значении поля DS справочника «onmet» - XXX.X основной диагноз контролируется на абсолютное соответствие (с точностью до подрубрики). Контроль на соответствие основного диагноза значению Metastasis проводится только при заполненном поле «ONK_M». <p><u>Примечание:</u></p> <p>Значения «COD_M», для которых диагноз не задан (поле DS справочника onmet = «пусто») допускается только в случае отсутствия соответствия для основного диагноза полю DS справочника onmet.</p>
5.1.4.	OJ	<p>Некорректные сведения о признаке обнаружения отдалённых метастазов (параметр MTSTZ файла ONK_SL).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля MTSTZ не равно «1» или «пусто» при значении поля DS1_T = 1, 2. 2. Значение поля MTSTZ не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	ON	<p>Некорректные сведения о суммарной очаговой дозе (параметр SOD файла ONK_SL).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля SOD не заполнено при значении USL_TIP равном 3 или 4 (допустимо значение «0»). 2. Значение поля SOD не равно «пусто» при значении USL_TIP = «пусто».
5.1.4.	OT	<p>Некорректные сведения о количестве фракций проведения лучевой терапии (параметр KFR файла ONK_SL).</p>

		<p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля K_FR не заполнено при значении USL_TIP равном 3 или 4 (допустимо значение «0»). 2. Значение поля K_FR не равно «пусто» при значении USL_TIP = «пусто».
5.1.4.	OY	<p>Некорректные сведения о массе тела, росте и площади поверхности тела (параметры WEI, HEI, BSA файла ONK_SL).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение полей WEI, HEI, BSA равно «пусто» при USL_TIP = 2 или 4; 2. Поле WEI заполнено, но указанное значение менее «1,5» (взят минимальный вес новорожденного, при котором отсутствует необходимость заполнения данных о весе при рождении); 3. Поле WEI заполнено, но указанное значение более «500.0»; 4. Поле HEI заполнено, но указанное значение более «260», или менее «40»; 5. Поле BSA заполнено, но указанное значение более «6.00»; 6. Значение полей WEI, HEI, BSA не равно «пусто» при значении USL_TIP = «пусто».

Файл ONK_USL

5.1.4.	O8	<p>Некорректные сведения о типе лечения (параметр USL_TIP файла ONK_USL).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поле USL_TIP заполнено, но не соответствует полю COD_Tlech справочника onlechXX; 2. При значении поля USL_TIP = 1 (хирургическое лечение) для связанной услуги отсутствует запись о выполненном оперативном вмешательстве в файле «НО» (определяется по связке <Sn_pol> +<C_i>+ <Cod>); <p><u>Примечание:</u></p> <p>Не используется при анализе услуг по ВМП.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Значение «пусто» при оказании ВМП в условиях стационара и дневного стационара (определяется по справочнику PROFOT) при основном диагнозе раздела С, или D70 с сопутствующим диагнозом C00 – C80, C97 или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09; 4. Значение «пусто» для медицинских услуг (кроме ВМП), оказанных в условиях стационара и дневного стационара (определяется по справочнику PROFOT) при основном диагнозе раздела С, или D70 с сопутствующим диагнозом C00 – C80, C97 или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 и значениях DS1_T = 0 / 1 / 2. <p><u>Исключение:</u></p> <p>Условия оказания МП - вне медицинской организации (определяется по справочнику profotXX, USL_OK = 4), REAB=1.</p>
5.1.4.	O9	<p>Некорректные сведения о типе хирургического лечения (параметр HIR_TIP файла ONK_USL).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поле HIR_TIP заполнено, но не соответствует полю COD_Thir справочника onhir_XX, если USL_TIP=1. 2. Значение «пусто» при USL_TIP=1. 3. Значение поля HIR_TIP не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OA	<p>Некорректные сведения о линии лекарственной терапии (параметр LEK_TIP_L файла ONK_USL).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поле LEK_TIP_L заполнено, но не соответствует полю COD_TLek_L справочника onlek1XX, если USL_TIP=2. 2. Значение «пусто» при USL_TIP=2. 3. Значение поля LEK_TIP_L не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OB	<p>Некорректные сведения о цикле лекарственной терапии (параметр LEK_TIP_V файла ONK_USL).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поле LEK_TIP_V заполнено, но не соответствует полю COD_TLek_V справочника onlekvXX, если USL_TIP=2. 2. Значение «пусто» при USL_TIP=2.

		3. Значение поля LEK_TIP_V не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OC	Некорректные сведения о типе лучевой терапии (параметр LUCH_TIP файла ONK_USL). Ошибочным считается: 1. Поле LUCH_TIP заполнено, но не соответствует полю COD_TLuch справочника onluchXX, если USL_TIP=3 или USL_TIP=4. 2. Значение «пусто» при USL_TIP=3, 4. 3. Значение поля LUCH_TIP не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OZ	Некорректные сведения о признаке проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса (параметр PPTR файла ONK_USL). Ошибочным считается: 1. Значение поля PPTR не равно «1» или не равно «пусто» при USL_TIP = 2 или 4; 2. Значение поля PPTR не равно «пусто» в иных случаях.

Файл ONK_CONS

5.1.4.	O7	Некорректные сведения о цели проведения консилиума (параметр PR_CONS файла ONK_CONS). Ошибочным считается: 1. Значение поля PR_CONS не соответствует значению полю COD_CONS справочника oncons при DS_ONK = 1, или основной диагноз раздела С, или D70 с сопутствующим диагнозом C00 – C80, C97 или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09. <u>Примечание:</u> В случаях, когда консилиум не проводился или отсутствует необходимость проведения консилиума, используются значения «0» - «Отсутствует необходимость проведения консилиума» или «4» - «Консилиум не проведен при наличии необходимости его проведения». 2. Значение поля PR_CONS не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OO	Некорректные сведения о дате проведения консилиума (параметр DT_CONS файла ONK_CONS). Ошибочным считается: 1. Значение поля DT_CONS не заполнено при значении PR_CONS равном «1» / «2» / «3». 2. DT_CONS выходит за пределы сроков оказания связанной по RECID_S медицинской услуги или, в случае госпитализации пациента по MC, за пределы сроков госпитализации. <u>Исключение:</u> Для услуг дневного стационара, тарифицируемых по пациенто-дням, не применяется в связи с невозможностью корректного расчёта даты начала лечения. <u>Примечание:</u> Регистрация на дату выписки или госпитализации ошибкой не является. 3. Значение поля DATE_CONS не равно «пусто» в иных случаях.

Файл ONK_LS

5.1.4.	OS	Некорректные сведения о коде лекарственного препарата (параметр REGNUM файла ONK_LS). Ошибочным считается: 1. Значение поля REGNUM «пусто» при значении USL_TIP = «2» - «Лекарственная противоопухолевая терапия», «4» - «Химиолучевая терапия». 2. Значение поля REGNUM не соответствует значению «CODE_SH». Проверка проводится по справочнику «onlps»; <u>Исключение:</u> 1. Проверка соответствия по справочнику «onlps» не проводится при основном диагнозе из разделов C81 - C96, или возрасте пациента на начало лечения менее 18 лет; 2. При отсутствии введённой схемы в справочнике «onlps» проверка соответствия не проводится. 3. Значение поля REGNUM не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OP	Некорректные сведения о дате введения лекарственного препарата

		<p>(параметр DATE_INJ файла ONK_LS). Ошибочным считается: 1. Значение поля DATE_INJ не заполнено при непустом поле REGNUM. 2. Дата, указанная в DATE_INJ выходит за пределы сроков оказания связанной (по RECID_USL с ONK_USL, по RECID_SL с ONK_SL и по RECID_S) медицинской услуги или, в случае госпитализации пациента по МС, за пределы сроков госпитализации. <u>Исключение:</u> Для услуг дневного стационара, тарифицируемых по пациентодням, не применяется в связи с невозможностью корректного расчёта даты начала лечения. <u>Примечание:</u> Регистрация на дату выписки или госпитализации ошибкой не является. 3. Значение поля DATE_INJ не равно «пусто» в иных случаях.</p>
5.1.4.	OR	<p>Некорректные сведения о коде схемы лекарственной терапии (параметр CODE_SH файла ONK_LS). Ошибочным считается: 1. Поле CODE_SH заполнено, но не соответствует полю «COD_DKK» справочника «ondorkXX» при проведении противоопухолевой лекарственной терапии USL_TIP = «2» / «4»; <u>Исключение:</u> При основном диагнозе из раздела C81 - C96 и / или возрасте пациента на начало лечения менее 18 лет указано значение «нет» (при проведении противоопухолевой лекарственной терапии USL_TIP = «2» / «4»); 2. Значение поля CODE_SH при значении USL_TIP = «2» - «Лекарственная противоопухолевая терапия» не соответствует шаблону «shXXX» / «shXXX.X» или значению «нет» (значению «нет» только при основном диагнозе из раздела C81 - C96 и / или возрасте пациента на начало лечения менее 18 лет), при значении USL_TIP = «4» - «Химиолучевая терапия» шаблону «shXXX» / «mtXXX» / «shXXX.X», или значению «нет» (значению «нет» только при основном диагнозе из раздела C81 - C96 и / или возрасте пациента на начало лечения менее 18 лет); 3. Значение поля CODE_SH, отличное от «нет» при основном диагнозе из раздела C81 - C96 и / или возрасте пациента на начало лечения менее 18 лет (при проведении противоопухолевой лекарственной терапии USL_TIP = «2» / «4»); 4. Значение поля CODE_SH не равно «пусто» в иных случаях.</p>
5.1.4.	X1	<p>Некорректный номер партии лекарственного средства (параметр N_PAR файла ONK_LS). Ошибкой считается: 1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM» при указании лекарственного средства из справочника «TARIONXX» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094». <u>Примечание:</u> При значении TIP_OPL не равно «1» - «ОМС», параметр «N_PAR» не контролируется.</p>
5.1.4.	X2	<p>Отсутствие данных о розничной упаковке лекарственного средства (параметр R_UP файла ONK_LS). Ошибкой считается: 1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM» при указании лекарственного средства из справочника «TARIONXX» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094»; 2. Значение, не соответствующее значениям поля «CODE» справочника «medicament_man_packaging» для введённого ЛС, включенного в справочник «TARIONXX», в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094». <u>Примечание:</u> При значении TIP_OPL не равно «1» - «ОМС», параметр «R_UP» не контролируется.</p>
5.1.4.	X3	<p>Некорректные сведения об источнике финансирования лекарственного средства (параметр TIP_OPL файла ONK_LS). Ошибкой считается: 1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»;</p>

		2. Значение, отличное от «1» / «2» / «3» / «4» / «5» или «пусто».
5.1.4.	X4	Отсутствие данных о регистрационном номере лекарственного средства (параметр N_RU файла ONK_LS). Ошибкой считается: 1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»; 2. Значение, не соответствующее значениям поля «CERTIFICATE_NUMBER» справочника «medicament_manufactured» при заполненном поле «REGNUM».
5.1.4.	X5	Некорректные сведения о разовой дозе лекарственного средства (параметр OT_D файла ONK_LS). Ошибкой считается: 1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»; 2. Значение превышает максимальную допустимую разовую дозу, указанную для введенного ЛС в поле «MAX_SINGLE_DOSE» справочника «medicament». Примечание: Применяется для ЛС, включенных в справочник «TARIONXX» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094».
5.1.4.	X6	Отсутствие информации о кратности приёма (в день) лекарственного средства (параметр DT_Q файла ONK_LS). Ошибкой считается: 1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»; 2. Значение, превышающее «3» (> 3) для ЛС, включенных в справочник «TARIONXX» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094» и значением TIP_OPL, равном «1» (ОМС).
5.1.4.	X7	Отсутствие данных о курсовой (дневной) дозе лекарственного средства (параметр DT_D файла ONK_LS). Ошибкой считается: 1. значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»; 2. значение, не равное произведению разовой дозы (OT_D) на кратность приёма (в день) (DT_Q).
5.1.4.	X8	Отсутствие данных о коде (полное торговое наименование, полное МНН наименование) лекарственного средства (параметр SID файла ONK_LS). Ошибкой считается: 1. значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»; 2. значение, не соответствующее значениям поля «CODE» справочника «medicament» при заполненном поле «REGNUM».

Файл ONK_NAPR_V_OUT

5.1.4.	OU	Некорректные сведения о цели исходящего направления (параметр NAPR_V_OUT файла ONK_NAPR_V_OUT). Ошибочным считается: 1. Поле NAPR_V_OUT в случае заполнения значение поля не соответствует полю COD_VN справочника onparг. 2. Значение «пусто» при заполненном поле «NAPR_DATE». 3. Значение поля NAPR_V_OUT не равно «пусто» в иных случаях. 4. Дата, указанная в NAPR_DATE, выходит за пределы сроков оказания связанной (по RECID_S) медицинской услуги или, в случае госпитализации пациента по МС, за пределы сроков госпитализации. Примечание: Регистрация на дату выписки или госпитализации ошибкой не является.
--------	----	--

Файл ONK_DIAG

5.1.4.	OL	Некорректные сведения о типе диагностического показателя (параметр DIAG_TIP файла ONK_DIAG). Ошибочным считается: 1. Значение поля DIAG_TIP не равно 1 или 2, при заполненном поле DIAG_DATE и / или DIAG_CODE и / или REC_RSLT = 1. 2. Значение поля DIAG_TIP не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OD	Некорректные сведения о коде диагностического показателя (параметр DIAG_CODE файла ONK_DIAG).

		<p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поле DIAG_CODE не соответствует полю COD_Mrf справочника onmrf_XX, если DIAG_TIP=1; 2. При значении DIAG_TIP=1 значение поля DIAG_CODE не соответствует основному диагнозу (проверка ведётся по справочнику «onmrds»). При маске значения поля DS справочника «onmrds» - XXX основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов. При значении поля DS справочника «onmrds» - XXX.X основной диагноз контролируется на абсолютное соответствие (с точностью до подрубрики). 3. Поле DIAG_CODE = «пусто», если DIAG_TIP=1; 4. Поле DIAG_CODE не соответствует полю COD_Igh справочника onigh_XX, если DIAG_TIP=2; 5. При значении DIAG_TIP=2 значение поля DIAG_CODE не соответствует основному диагнозу (проверка ведётся по справочнику «onigds»). При маске значения поля DS справочника «onigds» - XXX основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов. При значении поля DS справочника «onigds» - XXX.X основной диагноз контролируется на абсолютное соответствие (с точностью до подрубрики). 6. Поле DIAG_CODE = «пусто», если DIAG_TIP=2; 7. Поле DIAG_CODE = «пусто» при заполненном поле DIAG_RSLT; 8. Поле DIAG_CODE = «пусто» при значении поля REC_RSLT = 1. 9. Значение поля DIAG_CODE не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OE	<p>Некорректные сведения о коде результата диагностики (параметр DIAG_RSLT файла ONK_DIAG).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поле DIAG_RSLT не соответствует полю ID_R_M справочника onmrfXX, если DIAG_TIP=1 2. Значение поля DIAG_RSLT не соответствует значению поля DIAG_CODE (проверка ведётся по справочнику «onmrf») 3. Поле DIAG_RSLT не соответствует полю ID_R_I справочника onigrtXX, если DIAG_TIP=2 4. Значение поля DIAG_RSLT не соответствует значению поля DIAG_CODE (проверка ведётся по справочнику «onigrt») 5. Значение «пусто» при REC_RSLT = 1. 6. Значение поля DIAG_RSLT не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OQ	<p>Некорректные сведения о дате забора биологического материала (параметр DIAG_DATE файла ONK_DIAG).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля DIAG_DATE не заполнено при заполненном поле DIAG_CODE и / или DIAG_TIP и / или REC_RSLT = 1; 2. Дата, указанная в DIAG_DATE, позже даты оказания связанной (по RECID_S) медицинской услуги; 4. Значение поля DIAG_DATE не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OK	<p>Некорректные сведения о признаке получения результата диагностики (параметр REC_RSLT файла ONK_DIAG).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение поля REC_RSLT не равно «1» при заполненном поле DIAG_RSLT. 2. Значение поля REC_RSLT не равно «пусто» в иных случаях.

Файл ONK_PROT

5.1.4.	OF	<p>Некорректные сведения о коде противопоказания / отказа (параметр PROT файла ONK_PROT).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поле PROT заполнено, но не соответствует полю COD_Prot справочника onprotXX. 2. Значение «пусто» при заполненном поле D_PROT. 3. Значение поля PROT не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OM	<p>Некорректные сведения о дате регистрации противопоказания / отказа (параметр D_PROT файла ONK_PROT).</p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Значение «пусто» при заполненном поле PROT. 2. Значение поля D_PROT не равно «пусто» в иных случаях.

10. Регламент определения плательщика за оказанную медицинскую помощь

МО проводит запрос к РС ЕРЗЛ по всем пациентам, пролеченным за отчётный период, за исключением иногородних пациентов, предъявивших полис единого образца или ВС, выданные или перерегистрированные в ином территориальном ФОМС.

В запрос включаются:

- персональные данные пациента - фамилия, имя, отчество (при наличии), пол и дата рождения;

- дата, на которую выполняется запрос

1.в амбулаторно-поликлинической МО (отделении), в т.ч. в отделении дневного стационара:

-дата последней услуги в счете МО.

2.в отделении круглосуточного пребывания стационара:

- дата выписки в счете МО.

Страховая принадлежность пациента устанавливается по сведениям о регистрации застрахованного лица в РС ЕРЗЛ на дату последней услуги/дату выписки в счете МО.

В случае перерегистрации пациента в течение отчётного месяца в СМО Москвы запрос к РС ЕРЗЛ выполняется на последнее число месяца с учётом **даты обращения пациента в СМО Москвы** при получении им временного свидетельства, либо внесения сведений/штампа о замене страховой принадлежности в имеющийся у пациента полис единого образца.

Если в период лечения полис пациента был снят с учета (погашен) без его перевыпуска или перерегистрации, страховая принадлежность пациента определяется по СМО, зарегистрировавшей полис (ВС) в РС ЕРЗЛ **на начало лечения, указанное в запросе.**

В ответе РС ЕРЗЛ на каждый запрос сообщается "вектор" ответа, который отражает алгоритм и результат запроса⁶. Перечень значений вектора ответа с оценкой "положительный" / "отрицательный" приведён в таблице и, в электронном виде, в кодификаторе НСИ АИС ОМС «OSOERZxx».

В ответе ЦС ЕРЗЛ сообщается ЕНП (расчетный номер полиса единого образца, зарегистрированный в ЦС ЕРЗЛ), действующий документ ОМС (серия и номер полиса старого образца / номер полиса единого образца⁷ / ВС), тип документа ОМС, зарегистрированный в ЦС ЕРЗЛ, СМО, зарегистрировавшая полис ОМС.

Пояснение о типе полиса: П - полис нового образца на бумажном носителе, К - полис в составе УЭК, С - полис старого образца, В - временное свидетельство, Е - временное свидетельство в форме электронного документа, Э - электронный полис, Х - состояние на учёте без полиса ОМС.

Идентификация застрахованного лица в РС ЕРЗЛ при положительном ответе на запрос является достаточным основанием для установления страховой принадлежности пациента - плательщиком является СМО, указанная в положительном ответе РС ЕРЗЛ.

⁶ Алгоритм запроса, зарегистрированный в значении "вектора" ответа: первая позиция вектора указывает, что поиск проводился по персональным данным о пациенте (первая позиция вектора = «1») либо по документу ОМС с проверкой сокращённых персональных данных (первая позиция вектора => «2»), вторая позиция вектора сообщает - где найден документ ОМС («1» - в регистре, «3» - в архиве), третья позиция указывает на актуальность полиса ("*" - полис снят с учета). При отсутствии запрошенных номера полиса и/или реквизитов лица в РС ЕРЗЛ указывается вектор "0*0".

⁷ Номер полиса единого образца совпадает с идентификатором застрахованного в ЦС ЕРЗЛ (ЕНП).

Таким образом, расхождение номера и/или типа полиса в положительном ответе РС ЕРЗЛ с данными, зарегистрированными в реестре пациентов МО (в запросе к РС ЕРЗЛ), при совпадении СМО, указанного в реестре МО, с ответом РС ЕРЗЛ, не относится к ошибке реестра пациентов.

Плательщиком за медицинскую помощь, оказанную пациенту, идентифицированному по РС ЕРЗЛ, является СМО, указанная в ответе на запрос с положительным значением вектора ответа.

При отрицательном ответе РС ЕРЗЛ по пациенту, предъявившему ВС, выданное в Москве⁸ (лицо в РС ЕРЗЛ не зарегистрировано либо полис недействителен), плательщиком за медицинскую помощь, оказанную пациенту, является СМО, выдавшая ВС. Срок действия ВС проверяет СМО с учетом продления действия ВС в связи с задержкой в изготовлении полиса, в т.ч. при выдаче гарантийного письма СМО.

Счета за медицинскую помощь, оказанную пациентам, застрахованным в Москве (установлено положительным вектором ответа РС ЕРЗЛ либо по ВС, выданному в Москве) МО направляет в СМО, зарегистрировавшую (выдавшую) документ ОМС на отчетный период.

Пациенты, предъявившие при обращении в МО документ ОМС, выданный на территории другого субъекта РФ, относятся к категории "иностранцев".

При предъявлении ВС или полиса нового образца, выданного на территории другого субъекта РФ, плательщик (территориальный ФОМС) устанавливается по документу ОМС - территория страхования считывается с ВС или полиса единого образца на бумажном носителе либо устанавливается опросом пациента (в случае предъявления документа ОМС на электронном носителе).

При предъявлении полиса старого образца, выданного ТФОМС, МО проводит запрос РС ЕРЗЛ по реквизитам **застрахованного лица и документу, удостоверяющему личность**, и, в случае положительного ответа на запрос, плательщиком является СМО Москвы, зарегистрировавшая застрахованное лицо в РС ЕРЗЛ. При отрицательном ответе МО устанавливает плательщика (территориальный ФОМС) по предъявленному старому полису.

Персонифицированные счета за медицинскую помощь, оказанную в отчетном периоде иностранцами пациентам, МО направляет в МГФОМС.

МГФОМС по всем иностранцам пациентам проводит запрос к ЦС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka5» по реквизитам застрахованного лица и ДУЛ/ СНИЛС (при наличии)/ ЕНП (для полисов единого образца типов «П», «К», «Э» при получении отрицательного ответа на запрос по ДУЛ (см. структуру запросов ниже).

Страховая принадлежность иностранца пациента устанавливается по сведениям о регистрации застрахованного лица в ЦС ЕРЗЛ на дату последней услуги/дату выписки в счете МО).

При обнаружении в ЦС ЕРЗЛ сведений о действующем документе ОМС, выданном СМО Москвы, счёт иностранца пациента бракуется с кодом ошибки «ЕС»- «Ошибка страховой принадлежности документа ОМС, в том числе категории пациента». Такой счёт подлежит сдаче в поток застрахованных СМО Москвы.

Все счета иностранцев пациентов, направленные МО в МГФОМС, для последующей отправки в территориальные ФОМС по месту страхования пациентов должны в обязательном порядке содержать данные о идентификаторе застрахованного лица

⁸ На бланке ВС, выданном СМО, работающей в системе ОМС г. Москвы, указывается место выдачи ВС в кодах. Код места выдачи ВС = код СМО + номер пункта выдачи. Данный код считается условной серией ВС и регистрируется МО при заполнении сведений о документе ОМС застрахованного в г. Москве

в системе ОМС - «ЕНП» (см. приказ ФОМС от 09.09.2016 № 169 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования №79 от 07.04.2011»).

Обязательный параметр <ENP> вносится в файл реестра иногородних пациентов «RIN.mmy» (см. пункт 6.1 выше) по следующим правилам:

- для действующего полиса единого образца типов «П», «К», «Э» ENP повторяет номер полиса (параметр <Sn_pol>);
- для полиса старого образца (тип «С») и временного свидетельства (тип «В») используется т.н. «расчетный номер полиса единого образца», зарегистрированный в ЦС ЕРЗЛ для каждого пациента. Он определяется в ходе запроса к ЦС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka5».

Параметр <ENP>, если он известен, может быть указан оператором МО на этапе ввода данных в информационную систему, либо может быть определён МГФОМС автоматически в ходе МЭК при условии наличия в счёте всех необходимых данных о пациенте и получении положительного ответа на запрос к ЦС ЕРЗЛ по форме «Erz_sverka5».

При положительном ответе ЦС ЕРЗЛ в счете регистрируется и, при необходимости, корректируется идентификатор ЕНП и территория страхования иногороднего пациента.

Полученные от ЦС ЕРЗЛ сведения о территориях страхования иногородних пациентов МО Москвы сверяются с перечнем МО, заключивших прямые договора с ФОМС иных территорий РФ. Проверка проводится в автоматизированном режиме по справочнику MO_tfoms_XX.dbf. При обнаружении пациентов, счета которых надлежало подавать непосредственно в ТФОМС по месту страхования, выставляется код ошибки «ЕЕ»-«Предъявлен счёт по территории с прямым договором с иным ТФОМС РФ».

При отрицательном ответе (данное лицо в ЦС ЕРЗЛ не установлено) счёт иногороднего пациента бракуется с кодом ошибки «ER» - «Вектор сверки с ЕРЗ не соответствует положительному ответу на запрос для застрахованных»,- и оплате не подлежит.

В этом случае МО необходимо выполнить выверку и корректировку указанных в счёте данных о пациенте, а затем повторить сдачу отчётности.

Выполнение запросов к ЦС ЕРЗЛ в ходе 1-го этапа МЭК счетов иногородних пациентов с последующим использованием полученных ответов в процессе отладки отчётности требует от МО отправки информационных посылок в МГФОМС в соответствии с графиком приёмки счетов, начиная с первого его дня. Последние информационные посылки, требующие сверки с ЦС ЕРЗЛ, должны быть направлены МО в МГФОМС не позднее одних суток до завершения приёмки счетов. В противном случае при получении отрицательного ответа на запрос к ЦС ЕРЗЛ браковка счёта пациента будет производиться в ходе 2-го этапа МЭК без возможности внесения исправлений медицинской организацией.

При отказе территориального ФОМС в оплате счёта пациента МГФОМС проводит удержание ранее оплаченной суммы за оказанную медицинскую помощь из текущих платежей МО.

Таблица

Категория ответа	Вектор ответа	Пояснения
Отрицательный	«***»	Ошибка запроса - неполнота данных или иная ошибка, которая исключает возможность проведения запроса
Отрицательный	«0*0»	Пациент в базе данных РС ЕРЗЛ не зарегистрирован
Положительный	«110»	Полис застрахованного лица установлен по его реквизитам
Положительный	«211»	Номер полиса подтверждён с точностью до фамилии, имени, первой буквы отчества, пола и даты рождения застрахованного

Положительный	«311»	Номер полиса подтверждён с точностью до фамилии, инициалов имени и отчества, пола и года рождения застрахованного лица
Положительный	«411»	Номер полиса подтверждён с точностью до имени, отчества, пола и даты рождения застрахованного лица
Положительный	«130»	Полис, установленный по реквизитам лица, снят с учета в отчетный период.
Положительный	«231»	Полис, подтверждённый по полным ФИО и дате рождения, снят с учета в отчетный период
Положительный	«431»	Полис, подтверждённый по полным ИО и дате рождения, снят с учета в отчетный период
Положительный	«331»	Полис, подтверждённый по фамилии, И.О. и году рождения, снят с учёта в отчетный период
Отрицательный	«13*»	Полис, установленный по реквизитам лица, снят с учета до отчетного периода.
Отрицательный	«23*» «33*» «43*»	Полис снят с учёта до отчётного периода
Отрицательный	«210»	Номер полиса зарегистрирован позже отчетного периода.
Отрицательный	«120»	Полис, установленный по реквизитам лица, зарегистрирован позже отчетного периода.
Отрицательный	«000»	Недостоверность или неполнота данных запроса. Сообщается при отсутствии в запросе сведений, позволяющих разделить застрахованных лиц со схожими реквизитами.
Отрицательный	«221»	Номер полиса подтверждён с точностью до фамилии, имени, первой буквы отчества, пола и даты рождения застрахованного, полис получен не позднее 1 месяца после окончания отчетного периода
Отрицательный	«321»	Номер полиса подтверждён с точностью до фамилии, инициалов имени и отчества, пола и года рождения застрахованного лица, полис получен не позднее 1 месяца после окончания отчетного периода
Отрицательный	«421»	Номер полиса подтверждён с точностью до имени, отчества, пола и даты рождения застрахованного лица, полис получен не позднее 1 месяца после окончания отчетного периода
Положительный	«150»	Полис, установленный по реквизитам лица, снят с учета по причине смерти в отчетный период.
Положительный	«251»	Полис, подтверждённый по полным ФИО и дате рождения, снят с учета по причине смерти в отчетный период
Положительный	«451»	Полис, подтверждённый по полным ИО и дате рождения, снят с учета по причине смерти в отчетный период
Положительный	«351»	Полис, подтверждённый по фамилии, И.О. и году рождения, снят с учёта по причине смерти в отчетный период
Отрицательный	«15*»	Полис, установленный по реквизитам лица, снят с учета по причине смерти до отчетного периода.
Отрицательный	«25*» «35*» «45*»	Полис снят с учёта по причине смерти до отчётного периода

Особый случай

В случае счёта по услугам разделов «Патологоанатомические исследования в стационарах. Работа с аутопсийным материалом» и «Патологоанатомические исследования у детей в стационарах. Работа с аутопсийным материалом» Московского городского реестра медицинских услуг плательщиком является СМО, зарегистрированная в ответе РС ЕРЗЛ с вектором "130"/ "13*"/ "231"/"23*" в течение 2-х месяцев со дня смерти пациента. Дата смерти устанавливается по отчету РС ЕРЗЛ "Стоп-Лист".

Структура файлов запросов к РС ЕРЗЛ.

Тема запроса по страховой принадлежности пациента: «erz_sverka4» для запроса о страховой принадлежности и прикреплении застрахованного лица (для МО с ПФ) тема запроса: «erz_sverka14», «erz_sverka17».

Имя файла – нерегламентированное (не более 7 символов), расширение – DBF.

Фамилия/ имя/ отчество записываются русскими буквами (кириллица MS-DOS) с первой позиции (левый пробел считается ошибкой) по правилам записи реквизитов пациента в реестре пациентов МО. В случае, если пациент предъявил только паспорт, и его фамилия / имя начинается на букву «Ё», при отрицательном ответе РС ЕРЗЛ запрос следует повторить, заменив букву «Ё» на «Е».

Структура файлов запросов по теме сообщений «erz_sverka4», «erz_sverka14»

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
RECID	char	7	Идентификатор записи. Заполнение обязательно.
DATE_IN	date	8	Дата последней услуги/дата выписки в счете МО. Заполнение обязательно.
DATE_OUT	date	8	Дата последней услуги/дата выписки в счете МО. Заполнение обязательно.
S_POL	char	6	Серия документа ОМС
N_POL	char	16	Номер документа ОМС
Q	char	2	Код Страховщика документа ОМС
FAM	char	40	Фамилия пациента. Заполнение обязательно
IM	char	40	Имя пациента. При отсутствии имени в документе - не заполняется
OT	char	40	Отчество полное. При отсутствии отчества в документе – не заполняется
DR	char	8	Дата рождения: ГГГГММДД. При отсутствии дня (месяца) – пробелы. Заполнение обязательно.
W	num	1	Пол (1 – мужской, 2 – женский). Заполнение обязательно.
UL	num	5	Код улицы г. Москвы
DOM	char	7	Номер дома
KOR	char	5	Номер корпуса
STR	char	5	Номер строения
KV	char	5	Номер квартиры
TIP_D	char	1	Код типа документа ОМС: С – полис старого образца, В – ВС, П – полис единого образца, Э - электронный полис, К - универсальная электронная карта (УЭК)

Структура файла ответа на запрос по коду сообщения «erz_sverka4». В имени файла 1-ый символ запроса заменяется на «As», далее – по имени запроса.

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
RECID	char	7*	Идентификатор записи (по файлу запроса).
S_POL	char	6	Серия полиса ОМС. Указывается для полиса старого образца.
N_POL	char	16	Номер полиса ОМС. Указывается номер полиса старого образца или номер полиса единого образца
Q	char	2	Код Страховщика, зарегистрировавшего полис
FAM	char	40	Фамилия пациента
IM	char	40	Имя пациента
OT	char	40	Отчество
DR	char	8	Дата рождения
W	num	1	Пол (1 - мужской, 2 - женский)
ANS_R	char	3	Вектор сверки с ЕРЗ
ENP	char	16	Идентификатор застрахованного лица (расчетный) или номер полиса единого образца
TIP_D	char	1	Код типа документа ОМС: С – полис старого образца, В – ВС, П – полис единого образца, Э - электронный полис, К - универсальная электронная карта (УЭК)

* Размер поля <recid>=6 не является ошибкой

При запросе МО персональные данные о застрахованном по РС ЕРЗЛ (ФИО, пол, дата рождения) – не сообщаются. При отсутствии сведений о застрахованном в РС ЕРЗЛ

персональные данные и реквизиты полиса не заполняются, идентификатор «пустой строки» и вектор ответа сохраняются.

* Возвращается размер поля <recid> файла запроса (6 или 7)

Структура файла ответа на запрос по коду сообщения «erz_sverka14». В имени файла 1-ый символ запроса заменяется на «As», далее – по имени запроса.

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
RECID	char	7*	Идентификатор записи (по файлу запроса)
S_POL	char	6	Серия полиса ОМС. Указывается для полиса старого образца.
N_POL	char	16	Номер полиса ОМС. Указывается номер полиса старого образца или номер полиса единого образца
Q	char	2	Код Страховщика, зарегистрировавшего полис
FAM	char	40	Фамилия пациента
IM	char	40	Имя пациента
OT	char	40	Отчество
DR	char	8	Дата рождения
W	num	1	Пол (1 – мужской, 2 – женский)
ANS_R	char	3	Вектор сверки с ЕРЗ
ENP	char	16	Идентификатор застрахованного лица (расчетный) или номер полиса единого образца
TIP_D	char	1	Код типа документа ОМС: С – полис старого образца, В – ВС, П – полис единого образца, Э - электронный полис, К - универсальная электронная карта (УЭК)
LPU_ID	num	6	Идентификатор МО прикрепления
DATE_PR	date	8	Дата прикрепления
TIP_PR	num	1	Способ прикрепления: 1 - по территориальному признаку, 2 - по заявлению.

* Возвращается размер поля <recid> файла запроса (6 или 7)

Структура файла запроса по теме сообщений «erz_sverka17».

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
RECID	char	7	Идентификатор записи (6-7 символов). Заполнение обязательно.
DATE_IN	date	8	Дата последней услуги/дата выписки в счете МО. Заполнение обязательно.
DATE_OUT	date	8	Дата последней услуги/дата выписки в счете МО. Заполнение обязательно.
S_POL	char	6	Серия документа ОМС
N_POL	char	16	Номер документа ОМС
Q	char	2	Код страховщика документа ОМС
FAM	char	40	Фамилия пациента. Заполнение обязательно
IM	char	40	Имя пациента. При отсутствии имени в документе - не заполняется
OT	char	40	Отчество пациента полное. При отсутствии отчества в документе – не заполняется
DR	char	8	Дата рождения: ГГГГММДД. При отсутствии дня (месяца) – пробелы. Заполнение обязательно.
W	num	1	Пол (1 – мужской, 2 – женский). Заполнение обязательно.
UL	num	5	Код улицы г. Москвы
DOM	char	7	Номер дома
KOR	char	5	Номер корпуса
STR	char	5	Номер строения
KV	char	5	Номер квартиры
TIP_D	char	1	Код типа документа ОМС С – полис старого образца В – ВС П – полис единого образца на бумажном бланке

			Э - электронный полис К - универсальная электронная карта (УЭК)
PROF_PR	char	1	Код запрашиваемого профиля прикрепления ЗЛ к МО (ПУСТО – все имеющиеся профили, G – общий, S – стоматологический)

Структура файлов ответа на запрос по теме сообщений «erz_sverka17».

В состав ответного сообщения входят два присоединенных файла:

- Файл с реквизитами и страховой принадлежностью ЗЛ;
- Файл с прикреплениями ЗЛ к МО по профилям прикреплений.

Структура файла с реквизитами и страховой принадлежностью ЗЛ, «erz_sverka17».

Имя присоединенного файла ответа формируется на основе имени присоединенного файла из сообщения с запросом с заменой 1-го символ на «As».

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
RECID	char	7	Идентификатор записи (по файлу запроса)
S_POL	char	6	Серия полиса ОМС. Указывается для полиса старого образца.
N_POL	char	16	Номер полиса ОМС. Указывается номер полиса старого образца или номер полиса единого образца
Q	char	2	Код страховщика, зарегистрировавшего полис
FAM	char	40	Фамилия пациента
IM	char	40	Имя пациента
OT	char	40	Отчество
DR	char	8	Дата рождения в формате ГГГГММДД
W	num	1	Пол (1 – мужской, 2 – женский)
ANS_R	char	3	Вектор сверки с ЕРЗ
ENP	char	16	Идентификатор застрахованного лица (расчетный) или номер полиса единого образца
TIP_D	char	1	Код типа документа ОМС С – полис старого образца В – ВС П – полис единого образца на бумажном бланке Э - электронный полис К - универсальная электронная карта (УЭК)

Структура файла с прикреплениями ЗЛ, «erz_sverka17».

Имя присоединенного файла ответа формируется на основе имени присоединенного файла из сообщения с запросом с заменой 1-го символ на «At».

Файл содержит сведения о прикреплениях к МО ЗЛ, найденных в регистре или архиве РС ЕРЗЛ. Каждая запись в файле содержит сведения о прикреплении ЗЛ к МО соответствующего профиля. В случае запроса всех профилей прикрепления, на одного ЗЛ в данном файле будет приходиться число записей, соответствующих числу действующих профилей прикреплений для данной категории ЗЛ.

Имя поля	Тип	Размер	Назначение
RECID	char	7	Идентификатор записи (по файлу запроса)
PROF_PR	char	1	Код профиля прикрепления ЗЛ к МО (G – общий, S – стоматологический)
LPU_ID	num	6	Идентификатор МО прикрепления
DATE_PR	date	8	Дата прикрепления в формате ГГГГММДД
TIP_PR	num	1	Способ прикрепления (1 - по территориальному признаку, 2 - по заявлению)

11. Порядок создания в подсистеме «Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц» записи о законном представителе лица, не достигшего совершеннолетия

Порядок создания в подсистеме «Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц» записи о законном представителе лица, не достигшего совершеннолетия, определяет порядок действий лиц, застрахованных по ОМС в г. Москве, и оператора СМО, необходимых для установления связи между записью о ЗЛ ОМС г. Москвы и записью представляемого ЗЛ ОМС г. Москвы в РС ЕРЗЛ.

СМО, осуществляющие деятельность в сфере ОМС г. Москвы, обеспечивают создание и ведение в РС ЕРЗЛ записей о связи ЗЛ ОМС г. Москвы и представляемых ЗЛ ОМС г. Москвы на основании документов, подтверждающих законное представительство.

Создание записи о ЗП в РС ЕРЗЛ осуществляется исключительно в СМО, в которой застраховано представляемое ЗЛ ОМС г. Москвы. При этом ЗП и представляемое ЗЛ ОМС г. Москвы должны иметь полисы ОМС, зарегистрированные на территории г. Москвы.

Операторы СМО наделяются правом на создание записей о ЗП в РС ЕРЗЛ на основании сведений, предоставляемых ЗЛ ОМС г. Москвы, а также документов, подтверждающих законное представительство.

Заполнение сведений, создание и изменение записей о ЗП в РС ЕРЗЛ осуществляется оператором СМО в соответствии с действующей версией руководящего документа «Инструкция пользователя «Подсистема «Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц. Инструкция пользователя. Оператор СМО».

СМО в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования несёт ответственность за внесение в РС ЕРЗЛ записей, содержащих недостоверные сведения, а также за ненадлежащую сверку представленных в СМО документов и сведений с данными РС ЕРЗЛ, повлекшую за собой внесение в РС ЕРЗЛ записей, содержащих недостоверные сведения.

Создание в подсистеме «Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц» записи о законном представителе лица, не достигшего совершеннолетия осуществляется в соответствии с Регламентом создания в подсистеме «Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц» записи о законном представителе лица, не достигшего совершеннолетия.

Правила файлового обмена по заявкам на изготовление полисов ОМС

1. Общие положения о РС ЕРЗЛ.

Настоящий раздел документа определяет порядок информационного взаимодействия в электронном виде участников обязательного медицинского страхования в г. Москве при актуализации данных РС ЕРЗЛ с целью регистрации заявлений граждан о выборе страховой медицинской организации и формирования заявок в центр выпуска и персонализации полисов для обеспечения обратившихся граждан полисами единого образца.

К участникам ОМС в данном документе относятся:

- страховые медицинские организации (СМО), включённые в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в г. Москве;
- МГФОМС, который обеспечивает информационное взаимодействие с ЦС ЕРЗЛ и ЦВДП;
- ФОМС, устанавливающий правила информационного обмена с ЦС ЕРЗЛ и ЦВДП.

Информационный обмен между СМО и МГФОМС по заявкам на изготовление полисов осуществляется посредством функционального сервиса "Загрузка ЕРЗ. Уровень СМО" корпоративного портала МС ИС.

Обработка данных для актуализации РС ЕРЗЛ, формирование запросов ЦС и авторизация заявок на регистрацию полиса в ЦС, а также подготовка данных для формирования заявки в ЦВДП осуществляется на ЦАПК АИС ОМС в автоматизированном режиме от процедуры загрузки файлов-отчетов СМО о движении полисов ОМС в БД до регистрации принятых ЦВДП заявок на персонализацию бланков полисов ОМС.

Взаимообмен данными между МГФОМС, ЦС ЕРЗЛ и ЦВДП осуществляется через коммуникационный сервер ФОМС, установленный в МГФОМС. На сервере установлено программное обеспечение по проведению форматно - логического контроля передаваемых данных для обмена с ЦС ЕРЗЛ, по деперсонализации и шифровке данных (ШЛЮЗ ФЛК), по запросу ЦС ЕРЗЛ в ручном режиме по отдельному лицу для проверки его СП, по получению статистических отчетов ЦС по отдельным показателям РС ЕРЗЛ, а также программное обеспечение по формированию и авторизации заявок в ЦВДП (ГОЗНАК).

РС ЕРЗЛ создан на основании БД выданных полисов ОМС образца 1998 года и включает собственно регистр действующих на данный момент полисов ОМС и архив полисов, снятых с учета (по замене СМО, по замене из-за утери полиса, по замене в связи с изменением персональных данных, по смерти застрахованного лица, до 01.05.2011 по исключению из списка работающих в организациях, уплачивавших социальный налог в части ОМС, по смене места жительства, по регистрации в другом ТФОМС).

Параметры БД РС ЕРЗЛ:

- Персональные данные застрахованного лица (фамилия, имя, отчество (при наличии));
- Пол;
- Дата рождения;
- Место рождения (регистрируется с 01.05.2011);
- СНИЛС (регистрируется с 01.05.2011);
- Гражданство;
- СМО и архив истории страховой принадлежности выданных в Москве застрахованному лицу полисов ОМС;
- Документ ОМС и перечень ранее выданных в Москве полисов ОМС, в т.ч. дубликатов;
- ЕНП, рассчитанный МГФОМС при передаче БД действующих полисов в ФОМС для создания ЕРЗЛ в марте 2011 года (далее - предрасчетный ЕНП);

- Документ, удостоверяющий личность, и история документов (регистрируется с 01.05.2011). При передаче в ФОМС для формирования ЕРЗЛ БД действующих полисов в соответствии с установленными правилами при отсутствии ДУЛ в качестве документа лица был указан уникальный номер застрахованного по РС ЕРЗЛ, который представлен в виде серии «77УКЛ» и собственно номера;
- Адрес регистрации места жительства по документу, удостоверяющему личность в РФ;
- Адрес фактического пребывания в Москве;
- Пункт выдачи полисов;
- Медицинская организация, к которой прикреплен застрахованный по месту оказания первичной медико-санитарной помощи / первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» (код учреждения в АИС ОМС, дата и способ прикрепления, номер заявления);
- Дата выдачи документа ОМС и срок его действия;
- Дата первичной регистрации в РС ЕРЗЛ;
- Дата последней актуализации данных по застрахованному лицу;
- Дата снятия с учета;
- Дата смерти застрахованного лица;

Источники информации БД РС ЕРЗЛ в электронном виде:

- СМО, выдавшие (зарегистрировавшие) документ ОМС;
- ФОМС (ЦС ЕРЗЛ) –
 - ответы на запрос о страховой принадлежности ЗЛ,
 - списки кандидатов в дубликаты,
 - списки снятых с учета по перерегистрации в другом ТФОМС и/или по смерти на территории другого ТФОМС;
- Федеральная налоговая служба России (уникальные сведения о работающих застрахованных лицах из расчетов по страховым взносам и Единого государственного реестра налогоплательщиков о работающих застрахованных лицах, индивидуальных предпринимателях, адвокатах, медиаторах, нотариусах, занимающихся частной практикой, арбитражных управляющих, оценщиках, патентных поверенных и иных лицах, занимающихся в установленном законодательством РФ порядке практикой);
- Федеральная государственная информационная система «Единый государственный реестр записей актов гражданского состояния» - оператор Федеральная налоговая служба (сведения о государственной регистрации актов гражданского состояния);
- военные комиссариаты, объединенные по районам города Москвы (сведения о гражданах РФ, проходящих военную службу по призыву);
- ТФОМС - информация о лицах, смерть которых зарегистрирована на другой территории, информация о застрахованных в Москве лицах, поступивших на военную службу по призыву на другой территории, информация о лицах, поступивших на военную службу или приравненную к ней службу и сдавших полис ОМС на другой территории, информация о застрахованных лицах, которых следует снять с учета в связи с тем, что они поставлены на учет на другой территории;
- ГУП Московский социальный регистр - по анкете владельца социальной карты москвича;
- ЦВДП - сообщения по отказам / приемке заказов на выпуск полиса ОМС;
- Амбулаторно-поликлинические медицинские организации о прикреплении застрахованного лица.

Назначение РС ЕРЗЛ

Определение страховой принадлежности лица для установления плательщика за оказанную по программе ОМС медицинскую помощь. Запросы медицинских организаций, и СМО осуществляются в автоматизированном режиме с АРМа абонента корпоративной сети АИС ОМС.

Статистический отчет по половозрастному составу застрахованных СМО для расчета подушевого финансирования и средств на ведение дела.

Сведения о составе лиц, зарегистрированных в РС ЕРЗЛ, по форме 8.

Определение учреждения прикрепления пролеченного застрахованного лица для расчета средств при взаимозачетах между амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь и первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология».

Статистический отчет по половозрастному составу застрахованных лиц, прикрепленных к амбулаторно-поликлиническим медицинским организациям (оказывающим первичную медико-санитарную помощь и первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология») для расчета средств организации при финансировании по подушевому принципу.

2. Структура, формат и правила заполнения файлов отчета СМО о заявках на изготовление полисов ОМС.

Правила информационного сопровождения заявок на изготовление полисов ОМС построены на следующих положениях:

Актуализация РС ЕРЗЛ проводится при условии сохранения уникальности лиц - держателей полисов ОМС. При регистрации нового документа ОМС, выданного СМО, проводится сверка приведенных СМО данных с БД РС ЕРЗЛ и запрос к ЦС ЕРЗЛ.

В зависимости от полученного результата определяется последовательность процедур внесения изменений в ЦС ЕРЗЛ для регистрации нового полиса и/или данных о застрахованном лице и формирования заявки в ЦВДП;

При определенных условиях достаточности данных о застрахованном лице в отчете СМО последовательность транзакций осуществляется программно в автоматизированном режиме.

При недостаточности данных или неоднозначности ответа ЦС ЕРЗЛ автоматический выбор транзакций прерывается. Сообщения ЦС ЕРЗЛ о причине приостановки обработки отчета СМО направляются СМО. В соответствии с причиной СМО повторяет заявку с дополнением необходимых сведений о застрахованном лице и истории его страхования по ОМС.

Взаимообмен данными между РС и ЦС ЕРЗЛ, а также с ЦВДП осуществляется в соответствии с требованиями приказа ФОМС №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Обмен данными между СМО и МГФОМС осуществляется файлами формата MS-DOS DBASE-III, кодовая страница – «866» (регистрация кодовой страницы имени файла - обязательна).

Отчётность о движении заявок на изготовление полисов и событиях с застрахованными лицами СМО представляет по каждому пункту выдачи. Нумерация пунктов и их распределение регистрируется в справочнике «Пункты выдачи полисов» (ведется в электронном виде МГФОМС).

Отчет СМО представляется в виде ZIP-архива трех взаимосвязанных файлов формата DBF строго определенной структуры и имени:

- Файл «**pers + qq + гммд. dbf**» аккумулирует персональные сведения о застрахованном лице (таблица 1) данного раздела.
- Файл «**docu + qq + гммд. dbf**» предназначен для сведений по документу, удостоверяющему личность застрахованного лица (таблица 2 данного раздела). Типы документов, удостоверяющих личность, которые могут быть зарегистрированы в ЦС ЕРЗЛ, установлены ФОМС (таблица 4 настоящего раздела).
- Файл «**addr+ qq + гммд. dbf**» указывает данные по месту регистрации и месту фактического жительства застрахованного лица (таблица 3 данного раздела).

Для изготовления электронного полиса в архив необходимо добавить 2 файла формата .jpeg соответствующих фотографии и электронной подписи застрахованного:

- **Файл f+recid.jpeg является фотографией застрахованного.**
- **Файл s+recid.jpeg является подписью застрахованного.**

В именах файлов аббревиатура "qq" указывает на код СМО по справочнику НСИ АИС ОМС ("SprSmo"), "гммд" – последняя цифра года, месяц и день формирования заявки.

Все заявки с пунктов выдачи СМО направляет в МГФОМС посредством функционального сервиса МСИС «Загрузки ЕРЗ. Уровень СМО» в виде 1 пакета, заархивированного утилитой WinZip с именем: "g(латинская)+qq+ гммдд. zip".

При необходимости подачи в один день нескольких заявок имена файлов заявок и имена файлов Zip-архива могут иметь «искусственный» двузначный номер дня (до 99). Имена всех файлов должны быть уникальными.

При необходимости выполнения действий, предполагающих последовательное выполнение нескольких разных сценариев для одного застрахованного, следует подавать сценарии в разных файлах заявок.

Структура файла «pers»

Таблица 1

№ п/п	Имя поля	Тип	Размер	Назначение
1	RECID	Char	6	Идентификатор записи ФИО (для одного застрахованного может быть до 2-х записей на один идентификатор). Заполнение обязательно.
2	FNPP	Num	1	Номер по порядку для уникальной записи ФИО (FNPP=1 – главная запись, FNPP=2 – дочерняя запись). При подаче заявления представителем застрахованного лица (SPOS=2) вводится дополнительная строка с FNPP=0 (см. примечание 2 к таблице «pers»). Заполнение обязательно.
3	SCENARIO	Char	4	Код сценария. Заполнение обязательно.
4	PV	Char	3	Пункт выдачи (шаблон:001-999). Заполнение обязательно.
5	ENP	Char	16	Единый номер полиса. Примечание. ЕНП указывается как идентификатор застрахованного лица всегда, когда он есть. Под ЕНП подразумевается идентификатор застрахованного лица в ЦС (<i>не путать с номером документа о страховании в ЦС, которым может быть, например, номер бланка или номер УЭК</i>)
6	VID_DOCU	Char	1	Вид документа ОМС: В - временное свидетельство в форме бумажного бланка; Е - временное свидетельство в форме электронного документа; С – полис ОМС старого образца; П – бумажный полис ОМС единого образца; Э - электронный полис единого образца; К – полис ОМС в составе универсальной электронной карты. Заполнение обязательно.
7	SER_DOCU	Char	12	Серия документа ОМС Серия полиса ОМС старого образца. Заполняется при замене полиса ОМС старого образца на полис ОМС единого образца. При перерегистрации полиса ОМС единого образца не заполняется.
8	NOM_DOCU	Char	32	Номер документа ОМС Номер полиса ОМС старого образца / номер ВС (уникальный номер, зарегистрированный на бланке ВС).
9	KL	Char	2	Код категории застрахованного лица: 00 - граждане РФ, зарегистрированные по месту жительства в г. Москве; 77 - граждане РФ, зарегистрированные по месту жительства в ином субъекте РФ, а также граждане РФ без зарегистрированного места жительства (БОМЖ); 45 - иностранные граждане / лица без гражданства, постоянно проживающие в РФ, зарегистрированные в г. Москве (имеют вид на жительство в РФ); 73 - беженцы / переселенцы; 98 - иностранные граждане, временно пребывающие на территории РФ трудящиеся государств – члены ЕАЭС. 99 - иностранные граждане / лица без гражданства, а также иностранные граждане, относящимся к членам Коллегии Евразийской экономической комиссии,

				должностным лицам Коллегии и сотрудникам ЕАЭС, временно пребывающие на территории РФ. Заполнение обязательно.
10	OGRN	Char	13	ОГРН СМО-страховщика. Заполняется при перерегистрации, разрешении дубликатов (объединение и разъединение) полисов ЗЛ
11	OKATO	Char	5	Код территории страховщика. Заполняется при перерегистрации, разрешении дубликатов (объединение и разъединение) полисов ЗЛ
12	DP	Date	8	Дата выдачи ВС/ дата перерегистрации полиса единого образца в СМО/ дата выдачи полиса на руки/ дата события с застрахованным при гашении полиса без замены / дата коррекции изменений в персональных данных без переизготовления полиса. Примечание. При объединении/разъединении - дата регистрации полиса в ЦС. Заполнение обязательно.
13	DT	Date	8	Дата окончания срока действия полиса, подлежащего регистрации в РС ЕРЗЛ. При изготовлении / замене полиса для категорий граждан с кодом: 45 –до конца календарного года; 73 - до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах (удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ); 98 - до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимися государства-члена ЕАЭС; 99 – для временно проживающих на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание; для временно пребывающих в РФ иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников ЕАЭС – до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий. Дата прекращения действия полиса ОМС в случае снятия его с учета. В остальных случаях – бессрочный (с датой окончания действия полиса ОМС 31.12.2099 или 31.12.9999). Заполнение обязательно.
14	FAM	Char	50	Фамилия застрахованного лица (кириллица): первая буква - заглавная, остальные - строчные. Составные фамилии записываются через один пробел или одно тире в соответствии с данными ДУЛ; каждая составляющая начинается с заглавной буквы. При отсутствии фамилии – пробелы. Заполнение обязательно (при наличии).
15	D_FAM	Char	1	Особый случай в записи фамилии застрахованного лица по таблице “Кодификатор «Codfio»“
16	IM	Char	50	Имя застрахованного лица. Аналогично фамилии. При отсутствии имени – пробелы. Заполнение обязательно (при наличии).
17	D_IM	Char	1	Особый случай в записи имени застрахованного лица по таблице “Кодификатор «Codfio»“
18	OT	Char	50	Отчество застрахованного лица. Аналогично фамилии. При отсутствии отчества – пробелы. Заполнение обязательно (при наличии).
19	D_OT	Char	1	Особый случай в записи отчества застрахованного лица по

				таблице “Кодификатор «Codfio»“
20	DR	Char	8	Дата рождения застрахованного лица по документу в формате ГГГГММДД. При отсутствии дня/месяца - пробелы. Заполнение обязательно.
21	W	Num	1	Пол (Мужской=1, Женский=2). Заполнение обязательно.
22	LPU_ID	Num	6	Идентификатор МО прикрепления системы ОМС, которое выбрал застрахованный (по справочнику «Sprlpu» НСИ ОМС) Заполнение не обязательно.
23	SNILS	Char	14	СНИЛС (шаблон XXX-XXX-XXX XX). Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, остальных категорий иностранных граждан и лиц без гражданства, беженцев – при наличии
24	GR	Char	3	Гражданство (код по классификатору ОКМ «COUNTRY1» – поле «alfa3»). Для лиц без гражданства указывается символ «Б/Г». Заполнение обязательно.
25	MR	Char	150	Место рождения по документу. Для граждан РФ (коды категории 00, 77) заполнение обязательно , в т.ч., при перерегистрации полиса единого образца, выданного на иной территории.
26	CONT	Char	40	Контактная информация застрахованного лица/ представителя застрахованного лица. Телефоны (мобильный, домашний, рабочий). Каждый номер телефона записывается цифрами без разделительных знаков по следующим правилам: номер домашнего/рабочего телефона должен начинаться с кода города, за которым следуют остальные цифры номера телефона. Комбинация кода города и номера телефона состоит из 10 цифр; номер мобильного телефона должен начинаться с кода мобильного оператора и состоит из 10 цифр; более одного номера телефона - номера перечисляются через разделитель «запятая» без пробела. При подаче заявления представителем застрахованного лица (SPOS=2) контактная информация представителя заносится аналогичным образом в дополнительную строку с FNPP=0 (см. примечание 2 к таблице «pers») Заполнение обязательно, если не заполнено поле «EMAIL» (см. примечание 3 к таблице «pers»).
27	FORM	Num	1	Форма полиса по кодификатору ФОМС: 1 – бумажный носитель, 2 – электронный полис 3 – УЭК (универсальная электронная карта). Заполнение обязательно.
28	PREDST	Num	1	Лицо, обратившееся за полисом ОМС или лицо сдавшее полис ОМС при прекращении права на ОМС: 0 – собственно застрахованный, 1 – мать ребёнка, 2 – отец ребёнка, 3 - иное доверенное лицо, 4 – ходатайствующая организация, 7 - военнослужащие или приравненные к ним (за исключением граждан, проходящих военную службу по призыву) Заполнение обязательно.
29	SPOS	Num	1	Способ подачи заявления (по кодификатору ФОМС). 1 - лично; 2 - через представителя. В файл « pers » обязательно вносится дополнительная строка с полем FNPP=0 (см. примечание 2 к

				таблице «pers»); 3 - через официальный сайт ТФОМС; 4 - через единый портал государственных услуг. Заполнение обязательно.
30	D_GZK	Num	1	Флаг для ГОЗНАК: 0 - в ГОЗНАК на печать не посылать 1 - указанный ЕНП должен быть отправлен в ГОЗНАК с признаком печати «впервые» 2 - указанный ЕНП должен быть отправлен в ГОЗНАК с признаком печати «повторно» 3 – изготовить электронный полис с признаком печати «впервые» 4 – изготовить электронный полис с признаком печати «повторно» Заполнение обязательно.
31	KG	Num	1	Категория учета иностранных граждан. Заполнение обязательно для иностранных граждан и лиц без гражданства, беженцев, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС. Заполняется в соответствии с таблицей «Категории учета иностранных граждан». Для граждан РФ не заполняется.
32	EMAIL	Char	50	Контактная информация застрахованного лица / представителя застрахованного лица. Адрес электронной почты. Адрес электронной почты обязательно должен содержать знак «@», после него следует домен, на котором расположена электронная почта. При подаче заявления представителем застрахованного лица (SPOS=2) контактная информация представителя заносится аналогичным образом в дополнительную строку с FNPP=0 (см. примечание 2 к таблице «pers»). Заполнение обязательно, если не заполнено поле «CONT» (см. примечание 3 к таблице «pers»).

Примечание к таблице «pers»:

1. При записи имён собственных (фамилии, имени, отчества) замена буквы Ё (ё) на букву Е (е) не допускается⁹.
2. Для всех сценариев при подаче заявления представителем застрахованного лица (поле **SPOS=2**) в файл «pers» вносится дополнительная строка с полем **FNPP** равным нулю (**FNPP=0**) с обязательным заполнением фамилии, имени, отчества, даты рождения, реквизитов документа, удостоверяющего личность, контактной информации. Остальные поля строки с **FNPP=0** допускается не заполнять.
3. В случае предоставления застрахованным лицом/представителем застрахованного лица информации о номере телефона и об адресе электронной почты заполняются оба поля «CONT» и «EMAIL».
В случае отказа застрахованного лица/представителя застрахованного лица от предоставления сведений о контактной информации (номере телефона, адресе электронной почты) в поле «CONT» вносится слово «отказ» в главной записи файла отчета «PERS».

Кодификатор «Codfio»

Стандартная запись	пробел
--------------------	--------

⁹ В решении Межведомственной комиссии по русскому языку (протокол от 13 апреля 2007 г. №6) указывается, что применение Ё в именах собственных (фамилии, имена, отчества, географические названия, названия организаций и предприятий) должно быть бесспорным и обязательным. Игнорирование буквы Ё в именах собственных будет означать нарушение Федерального закона «О государственном языке Российской Федерации» от 1 июня 2005 года, № 53-ФЗ.

Нет отчества / имени / фамилии	0
Одна буква в фамилии /имени /отчестве	1
Пробел в фамилии /имени /отчестве	2
Одна буква + пробел в фамилии /имени /отчестве	3
В фамилии/ имени/отчестве с апострофом (например, О`Салливан) использовать символ «^» «гравис» (расположен слева от цифры «1» на стандартной клавиатуре с раскладкой US English)	6
Повтор реквизитов у разных физических лиц	Код вводится только МГФОМС по сообщению СМО

Номер пункта выдачи полисов.

Для информационного взаимодействия между МГФОМС и СМО при ведении РС ЕРЗЛ используются коды (номера) пунктов выдачи СМО. Номер пункта выдачи указывает на место обращения застрахованного лица за полисом. В Центре выпуска полисов (ЦВП) полисы ОМС, отправленные в СМО в одном пакете, отсортированы по СМО и пунктам выдачи полисов.

Коды (номера) пунктов выдачи формируются в МГФОМС и является уникальными для каждой СМО (шаблон: трехзначный цифровой символ в диапазоне 001-999).

Распределение кодов (номеров) пунктов выдачи по СМО

Наименование СМО	Код СМО	Код (номер) пункта выдачи
ООО "СК "Ингосстрах-М"	I3	557-566, 931-939
ЗАО "МАКС-М"	M1	200-300, 334, 338-339, 343-359
ООО "МСК "МЕДСТРАХ"	M4	451
ООО "ВТБ-МС"	R2	501-556, 571-600, 610, 613-650, 701-799
ООО "СМК РЕСО-МЕД" (Московский филиал)	R4	001-009, 021-075, 101-105, 107-150, 179, 180, 380-389, 663-968, 971-994, 999
ООО «КАПИТАЛ МС»	R8	152-178,181-199, 611, 612, 651-662, 668-698
ЗАО "СГ "Спасские ворота-М"	S5	801-804, 806, 812, 814-819, 825, 827, 828, 830-833, 835, 844, 846, 847, 850, 851, 853-889, 951-967, 969, 970
АО "Страховая компания "СОГАЗ-Мед"	S7	010, 076-099, 360-379, 390-399, 699, 901-919
МГФОМС (МФЦ)	MG	011-020, 301-321, 327-329, 332, 335, 337, 340-342, 401-449, 601-609, 890-899, 921-930, 940-950, 995-998

В случае, когда застрахованное лицо не является гражданином РФ, то в РС ЕРЗЛ и в ЦС ЕРЗЛ должны обязательно передаваться сведения о категории учета иностранных граждан, лиц без гражданства, беженцев в соответствии с таблицей «Категории учета иностранных граждан».

Категории учета иностранных граждан

Код (КГ)	Значение
1	Беженец
2	
3	Постоянно проживающий иностранный гражданин или лицо без гражданства
4	Временно проживающий иностранный гражданин или лицо без гражданства

5	Трудающийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС
6	Член Коллегии Евразийской экономической комиссии
7	Должностное лицо Коллегии Евразийской экономической комиссии
8	Сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации

Структура файла «docu»

Для каждой записи файла «pers» может быть сформирован набор из одной двух или более записей файла «docu». Комплектность документов, необходимых к подаче в каждом конкретном случае, определяется правилами ФОМС (см. ниже).

Таблица 2

№ п/п	Имя	Тип	Размер	Назначение
1	RECID	Char	6	Идентификатор записи по файлу ФИО Заполнение обязательно.
2	FNPP	Num	1	Номер для уникальной записи ФИО При подаче заявления представителем застрахованного лица (в случае, если в файле «pers» поле SPOS=2) вводится дополнительная строка с FNPP=0 с заполнением реквизитов документа, удостоверяющего личность. Заполнение обязательно.
3	DNPP	Num	1	Номер по порядку записи документа для уникальной связки RECID + FNPP. Заполнение обязательно.
4	C_DOC	Num	2	Тип документа, удостоверяющего личность (таблица 4). Заполнение обязательно.
5	S_DOC	Char	12	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов (по шаблону). Не указывается только в случае отсутствия
6	N_DOC	Char	16	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов (по шаблону). Заполнение обязательно.
7	D_DOC	Date	8	Дата выдачи документа. Дата выдачи документа, удостоверяющего личность. Обязательно для всех документов, удостоверяющих личность, в событиях страхования после 18.07.2013
8	E_DOC	Date	8	Срок окончания действия документа, удостоверяющего личность. Обязательно для следующих документов в событиях страхования: 10 - Свидетельство о регистрации ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации; 11 - Вид на жительство; 12 - Удостоверение беженца в Российской Федерации; 13 - Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации; 23 - Разрешение на временное проживание; 25 - Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации 26 - Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии, члена Коллегии, должностного лица Коллегии, сотрудника органа ЕАЭС, находящегося на территории РФ; 28 - Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации 29 – Сведения о трудовом договоре трудящегося государства-члена ЕАЭС
9	X_DOC	Num	1	Особый случай подачи документа. 1- если случай особый (на сегодня

				старый паспорт СССР как основной документ, удостоверяющий личность), пусто – во всех остальных случаях
--	--	--	--	--

Структура файла «**addr**»

Для каждой записи файла «**pers**» может быть сформирован набор из одной или двух записей файла «**addr**». В случае, если адрес проживания отличается от адреса регистрации – две записи, иначе – одна.

В подсистеме АИС ОМС по ведению РС ЕРЗЛ в формировании данных адреса места регистрации/проживания в г. Москве используются два справочника: справочник НСИ ОМС «Улицы г. Москвы» «**SPR_ULxx.dbf**» («**SPR_UL**») и «Справочник ФИАС» (таблица «**ADDROBJ**» из базы данных ФИАС).

Полная версия БД ФИАС/обновления размещены на портале Федеральной информационной адресной системы. Страховые медицинские организации самостоятельно выгружают БД ФИАС из государственного адресного реестра в удобном для себя формате и поддерживают ее в актуальном состоянии. СМО справочно могут пользоваться версией «Справочника ФИАС» (“ФИАС все улицы”) и файла соответствия улиц «Справочника ФИАС» и справочника НСИ ОМС «Улицы г. Москвы» (“ФИАС улицы МСК”), адаптированными МГФОМС для АИС ОМС. Файлы размещены на программном комплексе МГФОМС, доступ к которому осуществляется посредством функционального сервиса "Загрузки ЕРЗ".

Показатель «Код улицы» (поле «**ADR_MSK**») в адресе места регистрации/проживания застрахованного лица в г. Москве заполняется из справочника НСИ ОМС «**SPR_UL**», проверяется по актуальной версии справочника НСИ ОМС.

Показатели «Уникальный идентификатор записи классификатора адресообразующего элемента» (поле «**AOGUID**») и «Уникальный идентификатор записи справочника сведений по номерам домов улиц городов и населенных пунктов, номера земельных участков и т.п.» (поле «**HSGUID**») являются условно-обязательными. Правильность идентификаторов проверяется по актуальной версии справочника ФИАС.

При одновременном указании кодов улиц по справочнику НСИ ОМС «**SPR_UL**» (поле «**KOD_FO**») и справочнику ФИАС «**ADDROBJ**» (поле «**AOGUID**») оба кода должны соответствовать одной и той же улице и присутствовать в соответствующих справочниках. В случае несоответствия при заполнении обоих полей - заявка будет считаться ошибочной.

В случае, когда кода улицы для адреса регистрации/проживания в г. Москве нет в одном из справочников – заполняется одно из полей кода улицы («**ADR_MSK**» или «**AOGUID**») из соответствующего справочника и в соответствии с этим кодом заполняется текстовое поле «**ADR_UL**». Некорректные значения кодов улиц не допускаются.

В случае несоответствия параметров, при одновременном заполнении текстовых полей «**ADR_DOM**» (и/или «**ADR_KOR**», «**ADR_STR**») и уникального идентификатора записи справочника сведений БД ФИАС (поле «**HSGUID**»), заявка будет считаться ошибочной.

В случае отсутствия в БД ФИАС сведений о номере дома, корпуса, строения улицы Москвы, заявленных в документах, удостоверяющих личность, поле «**HSGUID**» не заполняется, а заполняются только текстовые поля «**ADR_DOM**» (и/или «**ADR_KOR**», «**ADR_STR**»).

Таблица 3

№ п/п	Имя	Тип	Размер	Назначение
1	RECID	Char	6	Идентификатор записи по файлу ФИО
2	FNPP	Num	1	Номер для уникальной записи ФИО Заполнение обязательно.
3	ADR_TYPE	Char	1	Тип адреса. «P» - проживания (45000), «R» - регистрации

4	ADR_TER	Char	2	Код территории РФ (по ОКАТО – первые 2 символа таблицы). Заполнение обязательно.
5	ADR_REG	Char	3	Код региона РФ (следующие 3 символа кода по ОКАТО). Заполнение обязательно.
6	ADR_OBL	Char	60	Наименование области (заполнение обязательно при наличии в адресе). Записывается заглавными буквами русского алфавита
7	ADR_RJN	Char	60	Наименование района (заполнение обязательно при наличии в адресе). Записывается заглавными буквами русского алфавита.
8	ADR_GOR	Char	60	Наименование населенного пункта, считанное с документа, со ссылкой на тип (Г. МОСКВА, ПОС. КУЛАКИНО, ДЕР. ПЕТУШКИ и т.д.) в полном соответствии с данными документа записывается заглавными буквами русского алфавита. Заполнение обязательно. Для БОМЖ – не заполняется
9	ADR_UL	Char	60	Наименование улицы, считанное с документа, со ссылкой на тип (ПРОСП. ЛОМОНОСОВА, УЛ. ГАГАРИНА, ПЛОЩАДЬ СВОБОДЫ) в полном соответствии с текстом документа записывается заглавными буквами русского алфавита.
10	ADR_DOM	Char	7	Номер дома (допускается «/», «-», строчные буквы кириллицы)
11	ADR_KOR	Char	5	Номер корпуса
12	ADR_STR	Char	5	Номер строения
13	ADR_KVR	Char	5	Номер квартиры
14	ADR_MSK	Num	6	Код улицы по справочнику улиц гор. Москвы (для адресов регистрации в Москве)
15	DAT_REG	Date	8	Дата регистрации места жительства по документу. Для иностранных граждан и лиц без гражданства – дата выдачи вида на жительство / разрешения на проживание. Для БОМЖ – не указывается
16	ADR_ADR	Char	150	Полный текст адреса, считанный с документа (заглавными буквами через запятую). Для БОМЖ – не указывается.
17	AOGUID	Char	36	Уникальный идентификатор записи классификатора адресообразующего элемента в БД ФИАС (с точностью до улицы, при отсутствии улицы – до города или населенного пункта) Указывается значение поля AOGUID из таблицы ADDROBJ выгрузки файлов БД ФИАС. Не указывается: <ul style="list-style-type: none"> • в случае отсутствия сведений в БД ФИАС; • для лиц без определенного места жительства (БОМЖ)
18	HSGUID	Char	36	Уникальный идентификатор записи справочника сведений по номерам домов улиц городов и населенных пунктов, номера земельных участков и т.п. в БД ФИАС. Указывается значение поля HOUSEGUID из строки таблицы HOUSE, в которой значение поля AOGUID равно значению поля AOGUID из таблицы ADDROBJ для заданного AOGUID. Не указывается: <ul style="list-style-type: none"> • в случае отсутствия сведений в БД ФИАС; • для лиц без определенного места жительства (БОМЖ)

Примечание. При отсутствии регистрации места жительства в документе гражданина РФ (БОМЖ) указываются только адрес фактического места жительства в Москве (тип "Р").

Документы, удостоверяющие личность, и правила их записи в файле «docu»

Типы документов, удостоверяющих личность, допустимые для регистрации застрахованного лица в РС и ЦС ЕРЗЛ должны соответствовать «Требованиями к внесению данных о документах, удостоверяющих личность, при ведении Единого регистра застрахованных лиц» (приказ ФОМС №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»).

Таблица 4

Код типа документа	Наименование документа застрахованного лица	Допустим при подаче заявления
1	Паспорт гражданина СССР	Да(*)
2	Загранпаспорт гражданина СССР	Нет
3	Свидетельство о рождении, выданное в Российской Федерации	Да
4	Удостоверение личности офицера	Нет
5	Справка об освобождении из места лишения свободы	Нет
6	Паспорт Минморфлота	Нет
7	Военный билет	Нет
8	Дипломатический паспорт гражданина Российской Федерации	Нет
9	Паспорт иностранного гражданина	Да
10	Свидетельство о регистрации ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации	Да
11	Вид на жительство	Да
12	Удостоверение беженца в Российской Федерации	Да
13	Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации	Да
14	Паспорт гражданина Российской Федерации	Да
15	Заграничный паспорт гражданина Российской Федерации	Нет
16	Паспорт моряка	Нет
17	Военный билет офицера запаса	Нет
18	Иные документы	Нет
21	Документ иностранного гражданина	Да
22	Документ лица без гражданства	Да
23	Разрешение на временное проживание	Да
24	Свидетельство о рождении, выданное не в Российской Федерации	Да
25	Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации	Да
26	Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии	Да
27	Копия жалобы о лишении статуса беженца	Да
28	Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации	Да
29	Сведения о трудовом договоре трудящегося государства-члена ЕАЭС	Да

* Примечание: При передаче в качестве документа, удостоверяющего личность паспорта гражданина СССР, обязательно использовать флаг особого случая X_DOC=1 (см. структуру в таблице 2).

Требования к форматам серий и номеров основных документов, удостоверяющих личность [4]

- **Паспорт гражданина Российской Федерации (тип 14).**
Серия должна состоять из четырёх цифр разделённых по две пробелом. Номер состоит из 6 цифр.
- **Свидетельство о рождении, выданное в Российской Федерации (тип 3).**

Серия должна состоять из римского числа, далее должен стоять дефис и после две заглавные буквы русского алфавита. Римские цифры обозначаются сходными по написанию латинскими буквами. Номер состоит из шести цифр.

- **Свидетельство о регистрации ходатайства о признании иммигранта беженцем (тип 10),**

Удостоверение беженца в Российской Федерации (тип 12).

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

- **Документ иностранного гражданина (тип 21),**

Паспорт иностранного гражданина (тип 9),

Вид на жительство (тип 11),

Документ лица без гражданства (тип 22),

Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации (тип 13),

Разрешение на временное проживание (тип 23).

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

- **Свидетельство о рождении, выданное не в Российской Федерации (тип 24).**

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

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

- **Сведения о трудовом договоре трудящегося государства - члена Евразийской экономической комиссии (тип 29).**

В случае отсутствия номера следует указывать «БН» без кавычек

- **Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии (тип 26).**

Номер должен состоять из шести цифр.

- **Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации (тип 25).**

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

Номер должен состоять из семи цифр.

- **Паспорт гражданина СССР (тип 1).**

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

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

9 - любая десятичная цифра (обязательная);

Б - любая русская заглавная буква.

Пример записи серии XIV-МЮ, номера 123456.

- **Копия жалобы о лишении статуса беженца (тип 27),**

Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации (тип 28).

Серия может состоять из цифр, пробелов, тире, строчных и прописных букв русского (или) латинского алфавитов. Номер состоит не более чем из 12 цифр.

Требования к видам и составу документов, удостоверяющих личность

- **Для граждан Российской Федерации:**

- **до 14 лет:**

- свидетельство о рождении, выданное в Российской Федерации **или** свидетельство о рождении, выданное не в Российской Федерации;
- **с 14 лет и старше:**
 - паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта.
- **Для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:**
 - паспорт иностранного гражданина **или** документ иностранного гражданина - **в качестве основного документа;**
 - вид на жительство - **в качестве дополнительного документа.**
- **Для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:**
 - паспорт иностранного гражданина **или** документ иностранного гражданина - **в качестве основного документа;**
 - разрешение на временное проживание - **в качестве дополнительного документа.**
- **Для беженцев (один документ):**
 - удостоверение беженца **или**
 - свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу **или**
 - свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации **или**
 - копия жалобы о лишении статуса беженца **или**
 - иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации.
- **Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:**
 - вид на жительство - **в качестве основного документа;**
 - документ лица без гражданства - **в качестве дополнительного документа.**
- **Для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации (один документ):**
 - документ лица без гражданства с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации **или**
 - разрешение на временное проживание.
- **Для временно пребывающих в Российской Федерации трудящихся государств-членов ЕАЭС:**
 - паспорт иностранного гражданина **или** документ иностранного гражданина - **в качестве основного документа;**
 - сведения о трудовом договоре трудящегося государства-члена ЕАЭС - **в качестве дополнительного документа.**
- **Для членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:**
 - паспорт иностранного гражданина **или** документ иностранного гражданина - **в качестве основного документа;**

- удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии - **в качестве дополнительного документа.**

Правила заполнения файла «docu» в пакете с файлом «pers»

- Документы, допустимые в заявке для **основной** (родительской) записи в файле “pers”, отмечены в таблице 4 символом “Да”. Остальные ДУЛ допустимо использовать в **дочерней** записи.
В особых случаях (см. ниже «Особенности в указании ДУЛ в исключительных случаях»), когда нет иных разрешенных к подаче документов, в файле «docu» следует заполнять поле X_DOC=1 для родительской записи файла «pers».
- Для всех документов, удостоверяющих личность, требуется в обязательном порядке указывать **дату выдачи документа, удостоверяющего личность – D_DOC**;
- Для временного удостоверения личности гражданина Российской Федерации, выдаваемого на период оформления паспорта (тип 13), требуется указывать в обязательном порядке **срок окончания действия временного удостоверения - E_DOC**;
- Для вида на жительство (тип 11) требуется указывать **в обязательном порядке дату выдачи вида на жительство – D_DOC** и **срок окончания действия вида на жительство - E_DOC**.

Срок окончания действия вида на жительство (E_DOC) указывать в следующем порядке:

при указании сведений документа «Вид на жительство», выданного до или после вступления в силу Федерального закона № 257-ФЗ с **ограничением срока действия**, указывать **срок окончания действия вида на жительство согласно документу**;

при указании сведений документа «Вид на жительство», выданного после вступления в силу Федерального закона № 257-ФЗ **без ограничения срока действия**, указывать **срок окончания действия вида на жительство - 31.12.2099**;

- Для иностранных граждан в качестве основного документа удостоверяющего личность должны использоваться:
 - паспорт иностранного гражданина в случае его предъявления при подаче заявления (тип 9);
 - документ иностранного гражданина (тип 21) в случае предъявления при подаче заявления иного документа, установленного федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации, в качестве основного документа, удостоверяющего личность, должен использоваться вид на жительство (тип 11); для лиц без гражданства, временно проживающих на территории Российской Федерации, - документ лица без гражданства (тип 22) для всех документов, признаваемых в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- Для паспортов иностранных граждан (тип 9), документов иностранного гражданина (тип 21) и документов лица без гражданства (тип 22) с отметкой о разрешении на

временное проживание в Российской Федерации требуется указывать в обязательном порядке **срок окончания действия разрешения на временное проживание в Российской Федерации - E_DOC**;

- Для трудового договора трудящегося государства-члена ЕАЭС (тип 29) требуется указывать в обязательном порядке **дату подписания – D_DOC** и **срок окончания действия – E_DOC**;
- Для удостоверения сотрудника Евразийской экономической комиссии (тип 26) требуется указывать в обязательном порядке **дату выдачи удостоверения - D_DOC** и **срок окончания действия - E_DOC**;
- Для удостоверений беженцев (тип 12), свидетельств о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу (тип 25) и свидетельств о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации (тип 25) требуется указывать **срок окончания действия документа- E_DOC**;
- Для граждан Российской Федерации:
 - Свидетельство о рождении в качестве документа может указываться только для граждан, чей возраст на дату подачи заявления не превышает 14 лет;
 - Дата выдачи паспорта гражданина РФ, чей возраст на дату подачи заявления составляет от 14 до 20 лет, должна быть больше даты рождения не менее, чем на 14 лет;
 - Дата выдачи паспорта гражданина РФ, чей возраст на дату подачи заявления составляет от 20 до 45 лет, должна быть больше даты рождения не менее, чем на 20 лет;
 - Дата выдачи паспорта гражданина РФ, чей возраст на дату подачи заявления больше 45 лет, должна быть больше даты рождения не менее, чем на 45 лет;
- В соответствии Правилами ОМС постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается **бумажный полис со сроком действия (DT – параметр файла «pers»)** до конца календарного года.
- В соответствии Правилами ОМС лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом "О беженцах", выдается **бумажный полис со сроком действия (DT – параметр файла «pers»)** до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 14 Правил ОМС, а именно, удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации.
- В соответствии Правилами ОМС временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается **бумажный полис со сроком действия (DT – параметр файла «pers»)** до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.
- В соответствии Правилами ОМС временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается **бумажный полис со сроком действия (DT – параметр файла «pers»)** до конца календарного года, но не более срока

действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.

- В соответствии Правилами ОМС временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается **бумажный полис со сроком действия (DT – параметр файла «pers»)** до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.
- В соответствии Правилами ОМС при обращении постоянно / временно проживающих на территории РФ иностранных граждан и лиц без гражданства, лиц, имеющих право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1 "О беженцах", трудящимся государств - членам ЕАЭС, членам коллегии Комиссии, должностным лицам и сотрудникам органов ЕАЭС для оформления полиса **в период с 1 ноября до 31 декабря текущего года**, выдается бумажный полис со сроком действия до конца следующего календарного года, но не более срока пребывания, действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий.
- Для паспорта гражданина СССР (тип 1) требуется обязательное **указание особого случая - X DOC=1, и возраст** гражданина на дату выдачи паспорта **должен превышать 45 лет.**
- Срок постановки на учет для застрахованного лица с документом Копия жалобы о лишении статуса беженца (тип 27) не может превышать 15 календарных дней со дня даты его выдачи и заявка на выпуск полиса ОМС в данном случае не формируется.

Особенности указания документов, удостоверяющих личность, в исключительных случаях

№ пп	Тип документа, удостоверяющего личность гражданина	Применение	Указания по заполнению
1	Запись в посемейной книге	Документ о рождении детей, рожденных в Японии, которые являются гражданами Российской Федерации	Следует передавать как Свидетельство о рождении, выданное не в Российской Федерации (код 24), где в качестве серии следует указывать константу 'ПСКНГ', а в качестве номера – номер регистрации выписки из посемейной книги в реестре Генерального консульства Российской Федерации. Например "ПСКНГ № 346747".
2	Паспорт гражданина СССР	Может быть указан при приеме заявлений от граждан Российской Федерации, которым на дату заявления не требовалась замена паспорта на паспорт гражданина РФ по возрасту (если гражданину был выдан паспорт СССР в 45 и	При передаче в качестве документа удостоверяющего личность паспорта гражданина СССР требуется указание особого случая идентификации "Предъявлен действующий паспорт СССР".

№ пп	Тип документа, удостоверяющего личность гражданина	Применение	Указания по заполнению
		более лет, то смена его не требуется).	
3	Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии	Для иностранных граждан, временно пребывающих в Российской Федерации и работающих по трудовому договору в Евразийской экономической комиссии.	При передаче сведений должны быть указаны паспорт иностранного гражданина и удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии

Требования к форматно-логическому контролю состава документов и срока действия полиса для застрахованных лиц, не являющихся гражданами РФ (при передаче в РС ЕРЗЛ категория учета иностранных граждан в соответствии с таблицей «Категории учета иностранных граждан»)

KG	Значение	KL	Коды типов документов, удостоверяющих личность	СНИЛС	Срок действия полиса
1	Беженец	73	10, 12, 25, 27, 28	При наличии	До конца календарного года, но не более срока пребывания, указанного в одном из документов 10, 12, 25, 27, 28
2					
3	Постоянно проживающий иностранный гражданин или лицо без гражданства	45	9+11, 21+11, 22+11	При наличии	До конца календарного года
4	Временно проживающий иностранный гражданин или лицо без гражданства	99	9+23, 21+23, 22, 23	При наличии	До конца календарного года, но не более срока пребывания, указанного в документе 23
5	Трудящийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС	98	9+29, 21+29	Обязателен	До конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, указанного в документе 29
6	Член Коллегии Евразийской экономической комиссии	99	9+26, 21+26	Обязателен	До конца календарного года, но не более срока действия удостоверения сотрудника ЕЭК, указанного в документе 26
7	Должностное лицо Коллегии Евразийской экономической комиссии				
8	Сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации				

Взаимодействие МГФОМС и СМО при обмене сведениями для снятия с учета полисов ОМС военнослужащих или приравненных к ним (за исключением граждан РФ, проходящих военную службу по призыву).

В случаях призыва (поступления) на военную службу или приравненную к ней службу (за исключением граждан РФ, проходящих военную службу по призыву), согласно

пункту 1 статьи 49.1 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» действие полиса обязательного медицинского страхования приостанавливается (прекращается). Причем такие граждане обязаны сдать полис ОМС или сообщить о его утрате путем подачи заявления в любую СМО или ТФОМС лично или через своего представителя.

До утверждения Правил обязательного медицинского страхования и нормативных документов ФОМС, регулирующих правоотношения субъектов и участников ОМС при реализации Федерального закона №326-ФЗ, для оперативного снятия с учета полисов ОМС военнослужащих и приравненных к ним в РС и ЦС ЕРЗЛ, определен следующий порядок взаимодействия между участниками информационного обмена для снятия полисов ОМС с учета:

1. Обращение гражданина РФ, застрахованного в РС ЕРЗЛ, в СМО города Москвы, являющейся его Страховщиком.

Для снятия с учета полисов ОМС в РС и ЦС ЕРЗЛ СМО используют сценарий «CLV».

2. Обращение гражданина РФ, застрахованного в РС ЕРЗЛ, в СМО города Москвы, не являющейся его Страховщиком (в другие СМО Москвы).

Для обмена данными между собой, СМО используют приложение МСИС «Информационный обмен». Файл в текстовом формате “CSV” с разделителем «точка с запятой» (или в формате “XLS”) через данное приложение направляется в СМО по принадлежности полиса в РС ЕРЗЛ.

Имя файла: “«код СМО адресата»-mil-«код СМО отправителя»-YYYY-DD-MM” (например, «R2-mil-S7-2019-02-28.csv», где R2 – адресат, S7 - отправитель), тема “Военнослужащие”.

Структура файла “CSV” (“XLS”):

ОКАТО;SN_POL_VC;ENP;FAM;IM;OT;DATR;W;DOC_TYPE;DOC_SER;DOC_NOM;DT;SNILS;CONT.

Наименование полей - см. таблицу «Структура файла и пример его заполнения».

3. Обращение гражданина РФ, застрахованного в РС ЕРЗЛ, в МГФОМС или другие ТФОМС.

МГФОМС направляет в СМО города Москвы сведения для снятия полисов с учета через приложение МСИС «Информационный обмен».

Имя файла: “«код СМО»-mil-45000-YYYY-DD-MM”

(например, «R2-mil-45000-2019-02-28.csv»), тема “Военнослужащие”.

Наименование полей - см. таблицу «Структура файла и пример его заполнения».

4. Обращение гражданина РФ, застрахованного в другом регионе РФ, в СМО города Москвы.

СМО через приложение МСИС «Информационный обмен» направляет в МГФОМС файлы (с разбивкой по ОКАТО территории) с информацией о полисах ОМС, **успешно идентифицированных в ЦС ЕРЗЛ.**

Имя файла “«ОКАТО территории»-mil-«код СМО»-YYYY-DD-MM” (например, «11000-mil-R2-2019-02-28.csv»), тема “Военнослужащие”.

Наименование полей - см. таблицу «Структура файла и пример его заполнения».

Заявления и полисы ОМС (при наличии) военнослужащих или приравненных к ним, остаются по месту их обращения, через «Информационный обмен» пересылаются только файлы с информацией о полисах ОМС, которые надлежит снять с учета.

Для снятия с учета полиса ОМС военнослужащих или приравненных к ним в РС и ЦС ЕРЗЛ используется сценарий «CLV». Снятые по сценарию “CLV” полисы попадают в файл “Стоп-лист” с полями: SCENARIO = “CLV”, IST = “V”.

В случае, когда дата события «DP» (параметр файла «pers») оказывается позднее даты подачи военнослужащим заявления «DT» (параметр файла «pers»), в файле заявки «PERS» при использовании сценария «CLV» дату «DT» проставлять равной дате «DP».

Структура файла и пример его заполнения

ОКАТО территории страхования	Серия и номер полиса (через пробел), либо номер временного свидетельства	ЕНП	Вид страхового документа (С, В, П, Э, К)	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Пол	Код типа ДУЛ	Серия ДУЛ	Номер ДУЛ	Дата заявления	СНИЛС	Сведения по контакту с ЗЛ/представителем ЗЛ (телефон...)
OKATO	SN_POL_VC	ENP	TIP_D	FAM	IM	OT	DATR	W	DOC_TYPE	DOC_SER	DOC_NO M	DT	SNILS	CONT
99999	770000 0123456789	1234567890123456	Э	Иванов	Иван	Иванович	01.01.1981	1	14	99 99	999999	19.11.2018	123-456-789 22	(916)123-45-67

Примечание. При виде страхового документа П или Э графу 2 допускается не заполнять.

Перечень событий изменения данных в ЕРЗ и их причины при использовании в сценариях (по ФОМС, [4])

Таблица 5

П01	Выбор СМО	A08	<p>Постановка на учёт в связи с выбором СМО впервые, либо повторно при возобновлении права на ОМС, прерванного по разным причинам.</p> <p>Варианты применения причины события:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выдача полиса ОМС в связи с регистрацией рождения, - выдача полиса ОМС по другим причинам (при возобновлении права на ОМС у иностранных граждан, военнослужащих). <p>Используется только в случае отсутствия данных о застрахованном лице в ЦС ЕРЗЛ или, если все его страховки в ЦС ЕРЗЛ закрыты.</p>
П02	Снятие с учёта	A08	<p>Снятие с учёта в СМО по разным причинам.</p> <p>Возможные причины снятия с учёта:</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - постановка на учёт в другом месте (в связи с заменой застрахованным лицом СМО или её филиала), - возникновение дубликата страховой принадлежности в связи с разрешением дубликатов или кандидатов в дубликаты застрахованных лиц, - окончание срока действия полиса ОМС, - прекращение или приостановка права на ОМС для иностранных граждан, лиц без гражданства, беженцев. При возобновлении права на ОМС – подавать заявку по сценарию П01. - прекращение или приостановка права на ОМС для граждан РФ, проходящих военную службу по призыву, а также призванных на военную службу или приравненную к ней. При возобновлении права на ОМС – подавать заявку по сценарию П01.
П03	Замена СМО	A08	<p>Постановка на учёт в связи с заменой СМО. Возможные причины замены СМО:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в связи с переменой места жительства, - в связи с прекращением договора о финансовом обеспечении СМО, в которой застрахованное лицо состояло на учёте ранее, - в связи с назначением СМО территориальным фондом ОМС (для лиц, не подавших своевременно заявление на выбор (замену) СМО в результате ее ликвидации), - по другим причинам. <p>Нельзя использовать для недействующих страховок или в случае возобновления права на ОМС (иностранцы, военнослужащие).</p>
П04	Изменение данных без замены полиса ОМС	A08	Изменение данных о застрахованном лице, не связанное ни с изменением состояния на учёте, ни с заменой (переоформлением) полиса ОМС.
П06	Замена полиса ОМС	A08	<p>Замена полиса ОМС или временного свидетельства другим полисом ОМС или временным свидетельством.</p> <p>Нельзя использовать для недействующих страховок или в случае возобновления права на ОМС (иностранцы, военнослужащие).</p>

			Нельзя использовать для исправления ошибок пола и даты рождения застрахованного лица – в этом случае полис ОМС с неправильными данными снимается с учета по П02, затем по П01 подается новая заявка с правильными данными.
П10	Разрешение дубликатов	A24	Устанавливается связь между ЕНП двух объединяемых записей. Один ЕНП помечается как «главный», т.е. предназначенный для дальнейшего употребления, другой – только для использования по незавершённым расчётам и в отчётах за предыдущие периоды времени.
П16	Исправление ошибки, не связанной с изменением состояния на учете	A08	Исправление данных документа, удостоверяющего личность застрахованного лица, исправление СНИЛС застрахованного лица.
П24	Разъединение дубликатов застрахованных лиц, ошибочно объединённых по A24/П10	Z37	Удаление связи между ЕНП ошибочно объединённых записей. Операция обратная A24/П10.

3. Выбор алгоритма формирования заявки

Для формирования заявки, необходимо, в обязательном порядке, сделать запросы к РС ЕРЗЛ (Erz_Sverka_svd, Erz_Sverka_svd2, Erz_Sverka_svd3) и запросы к ЦС ЕРЗЛ (Erz_sverka5, Erz_sverka6 (по ЕНП) и Erz_sverka_snils (по СНИЛС). Темы запроса и назначение приведены в п. 6 настоящего документа.

В зависимости от полученных результатов из таблицы 6 выбирается алгоритм (сценарий) формирования заявки.

После выбора алгоритма (определения кодов сценариев) по таблице 7 по коду выбранного сценария устанавливаются правила и последовательность формирования файлов-заявок с более подробным описанием, рекомендациями и особенностями их формирования.

3.1 Определение алгоритма (сценария) при формировании заявки на изготовление полиса

Таблица 6

Страховая принадлежность	Тип полиса	Сценарий	Код сценария	Событие / Код причины	Описание	Изготовление полиса
Без замены СМО	<нет> Новый полис	Постановка на учет	NB	A08/П01	Постановка на учёт в связи с выбором СМО впервые, либо повторно при возобновлении права на ОМС, прерванного по разным причинам.	Да
Замена СМО	Новый полис	Замена СМО для нового полиса без замены территории страхования	CI	A08/П03	Замена СМО для полиса нового образца без замены территории страхования, без изменения реквизитов застрахованного лица.	Да / Нет
	Новый полис на новый	Замена СМО с изменением персональных данных для нового полиса, не влекущих замену ЕНП	RI		Замена СМО без замены территории страхования для полиса нового образца с изменением реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность).	Да
	Старый полис на новый	Замена старого полиса на новый с изменением СМО и без изменения персональных данных	PI	Замена СМО для полиса старого образца без замены территории страхования и без изменения реквизитов застрахованного лица	Да	
		Замена старого полиса на новый с изменением персональных данных и СМО, не влекущих замену ЕНП	PRI	Замена СМО без изменения территории страхования и с изменением реквизитов застрахованного (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность) по полису старого образца.	Да	

Замена территории страхования	Новый полис	Замена территории страхования для нового полиса	СТ		Замена территории страхования для полиса нового образца без изменения реквизитов застрахованного.	Да/Нет
	Новый полис на новый	Замена территории страхования с изменением персональных данных для нового полиса, не влекущих замену ЕНП	РТ		Замена территории страхования для полиса нового образца с изменением реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность).	Да
	Старый полис на новый	Замена старого полиса на новый с изменением территории страхования и без изменения персональных данных	РТ		Замена территории страхования без изменения реквизитов застрахованного лица.	Да
		Замена старого полиса на новый с изменением персональных данных и территории страхования, не влекущих замену ЕНП	PRT		Замена территории страхования и реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность) по полису старого образца.	Да
Без замены СМО	Любая страховка (только своя)	Изготовление полиса нового образца (по причине порчи/утери или после перерасчета ЕНП)	DP	A08/П06	Первичный выпуск или выпуск дубликата полиса нового образца без изменения реквизитов застрахованного лица. Без изменения страховщика	Да
	Новый полис на новый	Замена реквизитов в новом полисе застрахованного лица, не влекущих замену ЕНП	CR		Выпуск полиса нового образца в связи с изменением реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность). Без изменения страховщика. Так же возможна замена указанных реквизитов без печати в ГОЗНАКе.	Да
	Старый полис на новый	Замена старого полиса на новый без изменения персональных данных	CP		Выпуск полиса нового образца по полису старого образца без изменения реквизитов застрахованного лица. Без изменения страховщика.	Да
		Замена старого полиса на новый с изменением персональных данных, не влекущих замену ЕНП.	PR		Выпуск полиса нового образца по полису старого образца с изменением реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность). Без изменения страховщика	Да

Без замены СМО	Любая страховка	Разрешение дубликатов (объединение двух страховок)	MP	A24/П10	Устанавливается связь между ЕНП двух объединяемых записей о застрахованном лице.	Нет
		Разъединение дубликатов застрахованных лиц	RD	Z37/П24	Разъединение ошибочно объединенной информации о застрахованных лицах	Нет
Без замены СМО	Любая страховка	Изменение данных без замены полиса (УДЛ - при получении нового взамен старого или добавление СНИЛС). Для всех типов полиса ОМС.	CD	A08/П04	Изменение данных о застрахованном лице, не связано с изменением состояния на учёте, либо заменой (переоформлением) полиса ОМС. Реквизиты застрахованного лица не изменяются	Нет
Без замены СМО	Любая страховка (только своя)	Снятие с учёта от СМО	CLR	A08/П02	Снятие с учёта по разным причинам (кроме снятия с учета полисов ОМС по причине смерти ЗЛ, полисов ОМС военнослужащих)	Нет
Без замены СМО	Любая страховка (только своя)	Снятие с учёта от СМО полисов ОМС военнослужащих или приравненных к ним	CLV	A08/П02	Используется только для снятия с учёта полисов ОМС в случае поступления граждан РФ на военную службу или приравненную к ней службу (за исключением проходящих военную службу по призыву)	Нет
Без замены СМО	Любая страховка (только своя)	Актуализация данных о страховке в РС	AD	A08/П06	Сверка с ЦС и актуализация данных (территория, СМО, даты действия и пр.) в РС	Нет
Без замены СМО	Любая страховка (только своя)	Исправление ошибки, не связанной с изменением состояния на учёте	XD	A08/П16	Исправление данных документа, удостоверяющего личность застрахованного лица, исправление СНИЛС застрахованного лица.	Нет
Без замены СМО	Новый полис	Выдача на руки от СМО	POK		Выдача на руки полиса нового образца от СМО	Нет

3.2 Описание сценариев для формирования заявок на изготовление полисов и особенности заполнения файлов заявок

Таблица 7

Сценарий	Код сценария	Событие/ Код причины	Описание	Наличие страховки в ЦС	Примечание
1		2	3	4	5
Постановка на учет	NB	A08/П01	Постановка на учёт в связи с выбором СМО впервые, либо повторно при возобновлении права на ОМС, прерванного по разным причинам. С выпуском полиса.	В ЦС у застрахованного лица нет никакой страховки, либо предыдущая страховка была закрыта.	Варианты применения сценария: <ul style="list-style-type: none"> - выдача полиса ОМС в связи с регистрацией рождения, - выдача полиса ОМС по другим причинам (при возобновлении права на ОМС у иностранных граждан, военнослужащих). Используется только в случаях отсутствия данных о застрахованном лице в ЦС ЕРЗЛ, закрытых в ЦС ЕРЗЛ страховках, а также при возобновлении права на ОМС у иностранных граждан и военнослужащих. Особенности. При выборе СМО всегда выдаётся временное свидетельство. Выбор СМО может быть признан неправомерным, например, если застрахованное лицо уже состоит на учёте в другой СМО. В таком случае сообщение о постановке на учёт в связи с выбором СМО не будет принято. При получении ошибки «Текущая страховая принадлежность является открытой» следует подавать другой сценарий - по ситуации.
Замена СМО для нового полиса без замены территории страхования	СИ	A08/П03	Замена СМО для полиса нового образца без замены территории страхования и без изменения реквизитов застрахованного лица.	В ЦС у застрахованного лица на территории Москвы полис нового образца в другой СМО.	Только при наличии у застрахованного лица в ЦС полиса нового образца. При необходимости, перед перерегистрацией, провести объединение страховок в ЦС (если их более одной) по сценарию МР. Дальнейшие действия - по ситуации.
Замена территории страхования для нового полиса	СТ	A08/П03	Замена территории страхования без изменения реквизитов застрахованного лица.	В ЦС у застрахованного лица полис нового образца на чужой территории.	Только при наличии у застрахованного лица в ЦС полиса нового образца. При необходимости, перед перерегистрацией, провести объединение страховок в ЦС (если их более одной) по сценарию МР. Дальнейшие действия - по ситуации.

Замена старого полиса на новый с изменением СМО и без изменения персональных данных	PI	A08/П03	Замена СМО для полиса старого образца без замены территории страхования и без изменения реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения). С выпуском полиса	В ЦС у застрахованного лица на территории Москвы полис старого образца в другой СМО.	Только при наличии у застрахованного лица в ЦС полиса старого образца. При необходимости, перед перерегистрацией, провести объединение страховок в ЦС (если их более одной) по сценарию МР. Дальнейшие действия - по ситуации.
Замена старого полиса на новый с изменением территории страхования и без изменения персональных данных	PT	A08/П03	Замена территории страхования и без изменения реквизитов застрахованного лица. С выпуском полиса.	В ЦС у застрахованного лица на чужой территории полис старого образца	Только при наличии у застрахованного лица в ЦС полиса старого образца. При необходимости, перед перерегистрацией, провести объединение страховок в ЦС (если их более одной) по сценарию МР. Дальнейшие действия - по ситуации.
Замена СМО с изменением персональных данных для нового полиса, не влекущих замену ЕНП	RI	A08/П03	Замена СМО без замены территории страхования для полиса нового образца с изменением реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность). С перевыпуском полиса.	В ЦС у застрахованного лица на территории Москвы в другой СМО полис нового образца с неправильными реквизитами.	Только при наличии у застрахованного лица в ЦС полиса нового образца с неправильными реквизитами. При необходимости, перед перерегистрацией провести объединение страховок в ЦС (если их более одной) по сценарию МР. Дальнейшие действия - по ситуации.
Замена территории страхования с изменением персональных данных для нового полиса, не влекущих замену ЕНП	RT	A08/П03	Замена территории страхования для полиса нового образца с изменением реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность). С перевыпуском полиса.	В ЦС у застрахованного лица на чужой территории полис нового образца с неправильными реквизитами.	Только при наличии у застрахованного лица в ЦС полиса нового образца с неправильными реквизитами. При необходимости, перед перерегистрацией, провести объединение страховок в ЦС (если их более одной) по сценарию МР. Дальнейшие действия - по ситуации.

Замена старого полиса на новый с изменением персональных данных и СМО, не влекущих замену ЕНП	PRI	A08/П03	Замена СМО без изменения территории страхования и с изменением реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность) по полису старого образца. С выпуском полиса.	В ЦС у застрахованного на территории Москвы в другой СМО полис старого образца с неправильными реквизитами.	Только при наличии у застрахованного лица в ЦС полиса старого образца. При необходимости, перед перерегистрацией, провести объединение страховок в ЦС (если их более одной) по сценарию МР. Дальнейшие действия - по ситуации.
Замена старого полиса на новый с изменением персональных данных и территории страхования, не влекущих замену ЕНП	PRT	A08/П03	Замена территории страхования и реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность) по полису старого образца. С выпуском полиса	В ЦС у лица, застрахованного на чужой территории, полис старого образца с неправильными реквизитами.	Только при наличии у застрахованного лица в ЦС полиса старого образца. При необходимости, перед перерегистрацией, провести объединение страховок в ЦС (если их более одной) по сценарию МР. Дальнейшие действия - по ситуации.
Изготовление полиса нового образца (по причине порчи/утери или после перерасчета ЕНП)	DP	A08/П06	Первичный выпуск после пересчета ЕНП или перевыпуск полиса нового образца без изменения реквизитов застрахованного лица. Без изменения страховщика	Любая страховка (только своя)	Оформление полиса ОМС единого образца в связи с утерей, непригодностью к использованию, или после пересчета ЕНП.
Замена реквизита в новом полисе застрахованного лица, не влекущих замену ЕНП	CR	A08/П06	Перевыпуск полиса нового образца с изменением реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность). Без изменения страховщика.	В ЦС у застрахованного лица полис нового образца (или ВС) с неверными реквизитами.	Только при наличии у застрахованного лица полиса нового образца. На руках полис нового образца с неверными реквизитами. К неверным реквизитам относится и изменение ФИО по документам.

Замена старого полиса на новый без изменения персональных данных	CP	A08/П06	Выпуск полиса нового образца по полису старого образца без изменения реквизитов застрахованного лица. Без изменения страховщика.	В ЦС у застрахованного лица полис старого образца за той СМО, от которой подаётся заявка. Или после ранее проведенной перерегистрации, тип полиса в ЦС стал "П" или "В", но новый полис не изготавливался.	У застрахованного лица нет полиса нового образца. Был старый с правильными реквизитами.
Замена старого полиса на новый с изменением реквизитов застрахованного, не требующих замены ЕНП.	PR	A08/П06	Выпуск полиса нового образца по полису старого образца с изменением реквизитов застрахованного лица (персональных данных: фамилия, имя, отчество, документы удостоверяющие личность). Без изменения страховщика	В ЦС у застрахованного лица полис старого образца с неверными реквизитами за той СМО, от которой подаётся заявка. Или после ранее проведенной перерегистрации, тип полиса в ЦС стал "П" или "В", но новый полис не изготавливался.	У застрахованного лица нет полиса нового образца. Был старый с неверными реквизитами. К неверным реквизитам относится и изменение ФИО по документам.
Разрешение дубликатов (объединение двух страховок)	MP	A24/П10	Устанавливается связь между ЕНП двух объединяемых записей о застрахованном лице.	В ЦС у застрахованного лица открыты две или более страховок.	У застрахованного лица полис нового или старого образца. Персональные данные для каждого ЗЛ должны однозначно идентифицировать его. После успешного объединения - выполнить запрос по Сверке_5 к ЦС, чтобы получить информацию о "главном" ЕНП. Дальнейшие действия - по ситуации. Далее, если нужно выпустить/ перевыпустить полис, используется сценарий по ситуации.
Разъединение дубликатов застрахованных лиц	RD	Z37/П24	Разъединение ошибочно объединенной по A24/П10 информации о застрахованных лицах	Две или более записей в ЦС ЕРЗ, будучи ошибочно признанными принадлежащими одному и более застрахованным лицам, на самом деле относятся к разным лицам.	Данные о фактах страхования должны точно совпадать с данными в ЦС (номер полиса, тип полиса, даты открытия и закрытия (если она есть), идентификатор страховой компании). В результате разъединения даты начала и окончания фактов страхования пересчитываются. Закрытые факты страхования остаются закрытыми.

Замена документа УДЛ (при получении нового взамен старого) или добавление СНИЛС без замены СМО или ДПФС	CD	A08/П04	Изменение данных о застрахованном лице, не связано с изменением состояния на учёте, либо заменой (переоформлением) полиса ОМС.	В ЦС у застрахованного лица полис старого или нового образца в данной СМО.	Данный сценарий не следует использовать для исправления ошибок ввода - исправления пола, даты рождения, фамилии, имени, отчества.
Снятие с учёта	CLR	A08/П02	Снятие с учёта по разным причинам (кроме смерти и полисов военнослужащих или приравненных к ним)	Снять с учёта можно любой полис	Возможные причины снятия с учёта: - постановка на учёт в другом месте (в связи с заменой застрахованным лицом СМО или её филиала), - возникновение дубликата страховой принадлежности в связи с разрешением дубликатов или кандидатов в дубликаты застрахованных лиц, окончание срока действия полиса ОМС, - прекращение или приостановка права на ОМС для иностранных граждан и лиц без гражданства, беженцев.
Снятие с учёта полисов ОМС военнослужащих или приравненных к ним	CLV	A08/П02	Используется только для снятия с учёта полисов ОМС в случае поступления граждан РФ на военную службу или приравненную к ней службу (за исключением проходящих военную службу по призыву)	Снять с учёта можно любой полис	Причина снятия с учёта: прекращение или приостановка права на ОМС для граждан РФ, призванных на военную службу или приравненную к ней службу (за исключением проходящих военную службу по призыву)
Актуализация РС	AD	A08/П06	Изменение данных о страховке в РС по результатам сверки с ЦС		Выполняется, в частности, в случае, если предыдущие попытки выполнения других сценариев по ЗЛ возвращают ошибку – Не найден в РС, а согласно сверке с ЦС ЗЛ имеет действующую страховку в Москве
Исправление ошибки, не связанной с изменением состояния на учёте	XD	A08/П16	Исправление данных документа, удостоверяющего личность застрахованного лица, исправление СНИЛС застрахованного лица.	Любой полис	Выполняется для исправления ошибочного ввода данных, когда реально никакие документы не заменялись, но в ЦС ЕРЗЛ была отправлена неправильная информация о них. (Например, ЗЛ поставлено на учёт по предъявлении паспорта, но в номере паспорта оператором была допущена ошибка)
Выдача на руки от СМО	POK		Выдача на руки полиса нового образца	В ЦС полис нового образца	Отметка о выдаче в РС ЕРЗЛ

4. Правила заполнения файлов типа <PERS> в зависимости от сценария (кода)

Примечание. Записи, определяющие сценарий, в таблицах раздела закрашены.

NB - постановка на учет.

В файле <PERS> - одна запись.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> - 1 ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно
PV	Обязательно
ENP	
VID_DOCU	«В», «Е»
SER_DOCU	
NOM_DOCU	Номер ВС (ВСН)
OGRN	
ОКАТО	
KL	Обязательно
DP	Обязательно
DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии
D_FAM	
IM	Обязательно при наличии
D_IM	
OT	Обязательно при наличии
D_OT	
DR	Обязательно
W	Обязательно
LPU_ID	Обязательно
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии
GR	Обязательно
MR	Обязательно

CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»
FORM	Обязательно
PREDST	Обязательно
SPOS	Обязательно
D_GZK	1 - для вида полиса «П». 3 - для вида полиса «Э» (электронный полис)
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»

СИ - замена СМО для нового полиса без замены территории страхования

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> – 1 ЗАПИСЬ		<PERS> – 2 ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Обязательно
VID_DOCU	«П», «Э» - без печати в ГОЗНАКЕ, «В», «Е» - с печатью в ГОЗНАКЕ	VID_DOCU	«П», «Э» или «К»
SER_DOCU		SER_DOCU	Обязательно при наличии
NOM_DOCU	Обязательно. При печати в ГОЗНАКЕ - ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN	Старое ОГРН	OGRN	Старое ОГРН Обязательно
OKATO	45000	OKATO	Старое значение OKATO.
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID		LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно	GR	
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	
FORM	Обязательно	FORM	

PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	0 – без печати в ГОЗНАКЕ, 2 – с печатью дубликата в ГОЗНАКЕ для «П» 4 - с печатью дубликата в ГОЗНАКЕ для «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

СТ - замена территории страхования для полиса нового образца

В файле <PERS> - две записи.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> – 1 ЗАПИСЬ		<PERS> – 2 ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Обязательно
VID_DOCU	«П» (полис), «Э» - без печати в ГОЗНАКЕ, «В», «Е»- с печатью в ГОЗНАКЕ	VID_DOCU	«П» (полис), «Э» или «К» (УЭК)
SER_DOCU		SER_DOCU	Обязательно при наличии
NOM_DOCU	Обязательно. При печати в ГОЗНАКЕ - ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN		OGRN	Старое ОГРН Обязательно
OKATO		OKATO	Старое значение OKATO. <>45000
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID	Обязательно	LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно	GR	
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	

FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	0 – без печати в ГОЗНАКЕ, 2 – с печатью дубликата в ГОЗНАКЕ для «П» 4 - с печатью дубликата в ГОЗНАКЕ для «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

PI - замена старого полиса на новый с изменением СМО и без изменения персональных данных

В файле <PERS> - две записи. Первая (основная) с новыми реквизитами, вторая (дочерняя) - со старыми. Поля второй записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> – 1-АЯ ЗАПИСЬ		<PERS> - 2-АЯ ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	
VID_DOCU	«В», «Е»	VID_DOCU	«С»
SER_DOCU		SER_DOCU	Обязательно при наличии
NOM_DOCU	ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN		OGRN	Обязательно
ОКАТО		ОКАТО	Обязательно 45000
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID		LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно	GR	
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	

FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	1 - для вида полиса «П». 3 - для вида полиса «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

PT - замена старого полиса на новый с изменением территории страхования и без изменения персональных данных

В файле <PERS> - две записи. Первая (основная) с новыми реквизитами, вторая (дочерняя) - со старыми. Поля второй записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> – 1 ЗАПИСЬ		<PERS> -2 ЗАПИСЬ	
<i>ПОЛЕ</i>	<i>ЗАПОЛНЕНИЕ</i>	<i>ПОЛЕ</i>	<i>ЗАПОЛНЕНИЕ</i>
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	
VID_DOCU	«В», «Е»	VID_DOCU	«С»
SER_DOCU		SER_DOCU	Обязательно при наличии
NOM_DOCU	ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN		OGRN	Обязательно
OKATO		OKATO	Обязательно.<>45000
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID	Обязательно	LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся	SNILS	Обязательно при наличии

	государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии		
GR	Обязательно	GR	
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	
FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	1 - для вида полиса «П». 3 - для вида полиса «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

RI - замена СМО с изменением персональных данных для нового полиса, не влекущих замену ЕНП

В файле <PERS> - две записи. Первая (основная) с новыми реквизитами, вторая (дочерняя) - со старыми. Поля второй записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> - 1-АЯ ЗАПИСЬ		<PERS> -2-АЯ ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Обязательно
VID_DOCU	«В», «Е»	VID_DOCU	«П», «К» или «Э»
SER_DOCU		SER_DOCU	
NOM_DOCU	ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN		OGRN	Обязательно
OKATO		OKATO	Обязательно 45000
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID		LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно	GR	Обязательно
MR	Обязательно	MR	Обязательно

CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	
FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	2 - для вида полиса «П», 4 - для вида полиса «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

RT - замена территории страхования с изменением персональных данных для нового полиса, не влекущих замену ЕНП

В файле <PERS> - две записи. Первая (основная) с новыми реквизитами, вторая (дочерняя) - со старыми. Поля второй записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> - 1-АЯ ЗАПИСЬ		<PERS> -2-АЯ ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Обязательно
VID_DOCU	«В», «Е»	VID_DOCU	«П», «Э» или «К»
SER_DOCU		SER_DOCU	
NOM_DOCU	ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN		OGRN	Обязательно
OKATO		OKATO	Обязательно. <>45000
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID	Обязательно	LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно	GR	Обязательно
MR	Обязательно	MR	Обязательно

CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	
FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	2 - для вида полиса «П», 4 - для вида полиса «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

PR1 - замена старого полиса на новый с изменением СМО и персональных данных, не влекущих замену ЕНП

В файле <PERS> - две записи. Первая (основная) с новыми реквизитами, вторая (дочерняя) - со старыми. Поля второй записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> - 1-АЯ ЗАПИСЬ		<PERS> -2-АЯ ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Не Обязательно
VID_DOCU	«В», «Е»	VID_DOCU	«С»
SER_DOCU		SER_DOCU	Обязательно при наличии
NOM_DOCU	ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN		OGRN	Обязательно
ОКАТО		ОКАТО	Обязательно 45000
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID		LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно	GR	Обязательно
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	

FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	1 - для вида полиса «П». 3 - для вида полиса «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

PRT - замена старого полиса на новый с изменением территории страхования и персональных данных, не влекущих замену ЕНП

В файле <PERS> - две записи. Первая (основная) с новыми реквизитами, вторая (дочерняя) со старыми. Поля второй записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> - 1-АЯ ЗАПИСЬ		<PERS> -2-АЯ ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Не Обязательно
VID_DOCU	«В», «Е»	VID_DOCU	«С»
SER_DOCU		SER_DOCU	Обязательно при наличии
NOM_DOCU	ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN		OGRN	Обязательно
ОКАТО		ОКАТО	Обязательно.<>45000
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно	FAM	Обязательно
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно	IM	Обязательно
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно	OT	Обязательно
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID	Обязательно	LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно	GR	Обязательно
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не	CONT	

	заполнено поле «EMAIL»		
FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	1 - для вида полиса «П». 3 - для вида полиса «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

DP - оформление дубликата полиса

В файле <PERS> - одна запись.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускаются не заполнять

<PERS> - 1 ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно
PV	Обязательно
ENP	Обязательно
VID_DOCU	«В», «Е»
SER_DOCU	
NOM_DOCU	Номер ВС (ВСН)
OGRN	
OKATO	
KL	Обязательно
DP	дата обращения в СМО
DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии
D_FAM	
IM	Обязательно при наличии
D_IM	
OT	Обязательно при наличии
D_OT	
DR	Обязательно
W	Обязательно
LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии
GR	Обязательно
MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»
FORM	Обязательно
PREDST	Обязательно

SPOS	Обязательно
D_GZK	2 - для вида полиса «П», 4 - для вида полиса «Э»
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»

CR - замена реквизитов в новом полисе застрахованного лица, не влекущих замену ЕНП, с печатью или без печати.

В файле <PERS> - две записи. Первая (основная) с новыми реквизитами, вторая (дочерняя) - со старыми. Поля второй записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

К каждой записи ФИО прилагается свой комплект записей ДУЛ (в файле типа "**docu**").

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> - 1 ЗАПИСЬ		<PERS> -2 ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Обязательно
VID_DOCU	«П», «Э» - без печати в ГОЗНАКЕ, «В», «Е» - с печатью	VID_DOCU	«П», «Э» или «К»
SER_DOCU		SER_DOCU	
NOM_DOCU	ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN		OGRN	
OKATO		OKATO	
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID		LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно	GR	Обязательно
MR	Обязательно	MR	Обязательно

CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	
FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	0 – без печати в ГОЗНАКЕ, 2 – с печатью дубликата в ГОЗНАКЕ для «П» 4 - с печатью дубликата в ГОЗНАКЕ для «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

CP - замена старого полиса на новый без изменения персональных данных

В файле <PERS> - две записи. Первая (основная) с новыми реквизитами, вторая (дочерняя) - со старыми.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> - 1-АЯ ЗАПИСЬ		<PERS> -2-АЯ ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Не Обязательно	ENP	
VID_DOCU	«В», «Е»	VID_DOCU	«С»
SER_DOCU		SER_DOCU	Обязательно при наличии
NOM_DOCU	ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN		OGRN	
OKATO		OKATO	
KL	Обязательно	KL	Обязательно
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно

LPU_ID		LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно	GR	
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	
FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	1 - для вида полиса «П». 3 - для вида полиса «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

PR - замена старого полиса на новый с изменением реквизитов застрахованного, не влекущих замену ЕНП.

В файле <PERS> - две записи. Первая (основная) с новыми реквизитами, вторая (дочерняя) - со старыми.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS> - 1 ЗАПИСЬ		<PERS> -2 ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Обязательно
VID_DOCU	«В», «Е»	VID_DOCU	«С»
SER_DOCU		SER_DOCU	Обязательно при наличии
NOM_DOCU	ВСН	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN		OGRN	
OKATO		OKATO	
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	Обязательно
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID		LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно	GR	Обязательно
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не	CONT	

	заполнено поле «EMAIL»		
FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	1 - для вида полиса «П». 3 - для вида полиса «Э»	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

MP - разрешение дубликатов (объединение двух страховок)

В файле <PERS> - две записи. Поля первой и второй записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

<PERS> – 1-АЯ ЗАПИСЬ		<PERS> -2-АЯ ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Обязательно
VID_DOCU	Обязательно	VID_DOCU	Обязательно
SER_DOCU		SER_DOCU	
NOM_DOCU	Обязательно	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN	Обязательно	OGRN	Обязательно
OKATO	Обязательно	OKATO	Обязательно
KL		KL	
DP	дата регистрации данного полиса в ЦС	DP	дата регистрации данного полиса в ЦС
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID		LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии
GR	Обязательно	GR	Обязательно
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT		CONT	
FORM		FORM	
PREDST		PREDST	
SPOS		SPOS	

D_GZK		D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL		EMAIL	

RD - разьединение дубликатов застрахованных лиц

В файле <PERS> - две записи. Поля первой и второй записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

В первой записи указываются персональные данные застрахованного лица, которое необходимо разьединить.

Во второй записи указываются персональные данные отделяемого застрахованного лица. ЕНП, которые указаны в обеих записях, должны отличаться.

<PERS> – 1-АЯ ЗАПИСЬ		<PERS> -2-АЯ ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Обязательно
VID_DOCU	Обязательно	VID_DOCU	Обязательно
SER_DOCU		SER_DOCU	
NOM_DOCU	Обязательно	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN	Обязательно	OGRN	Обязательно
OKATO	Обязательно	OKATO	Обязательно
KL		KL	
DP	дата регистрации данного полиса в ЦС	DP	дата регистрации данного полиса в ЦС
DT	Обязательно	DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID		LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии
GR	Обязательно	GR	Обязательно
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	
FORM		FORM	

PREDST		PREDST	
SPOS		SPOS	
D_GZK		D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

CD - изменение данных без замены полиса.

В файле <PERS> - две записи. Первая (основная) с новыми реквизитами, вторая (дочерняя) - со старыми.

К каждой записи ФИО прилагается свой комплект записей ДУЛ.

<PERS> - 1 ЗАПИСЬ		<PERS> -2 ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	
VID_DOCU	«П», «Э»	VID_DOCU	«П», «Э» или «К»
SER_DOCU		SER_DOCU	
NOM_DOCU	Обязательно	NOM_DOCU	
OGRN		OGRN	
OKATO		OKATO	
KL	Обязательно	KL	
DP	дата обращения в СМО	DP	дата обращения в СМО
DT		DT	
FAM	Обязательно при наличии	FAM	
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	
W	Обязательно	W	
LPU_ID		LPU_ID	
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без	SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без

	гражданства – при наличии		гражданства – при наличии
GR	Обязательно	GR	
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	
FORM	Обязательно	FORM	
PREDST	Обязательно	PREDST	
SPOS	Обязательно	SPOS	
D_GZK	0	D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

CLR - снятие с учёта

В файле <PERS> - одна запись. Поля записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

<PERS>	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно
PV	Обязательно
ENP	Обязательно
VID_DOCU	«П», «Э», «С» или «К»
SER_DOCU	Обязательно при наличии
NOM_DOCU	Обязательно
OGRN	Обязательно
OKATO	Обязательно
KL	
DP	Дата начала полиса. Обязательно.
DT	Дата закрытия полиса. Обязательно.
FAM	Обязательно при наличии
D_FAM	
IM	Обязательно при наличии
D_IM	
OT	Обязательно при наличии
D_OT	
DR	Обязательно
W	Обязательно
LPU_ID	
SNILS	Обязательно при наличии*

GR	Обязательно
MR	Обязательно
CONT	
FORM	
PREDST	
SPOS	
D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	

Примечание. * Для удаления у застрахованного лица ошибочного СНИЛС заполняется условным значением «999-999-999 99» в случае, если полис был зарегистрирован в РС и ЦС ЕРЗЛ с чужим СНИЛС. После выполнения сценария CLR полис актуализируется (при необходимости) в РС и ЦС ЕРЗЛ без СНИЛС или со СНИЛС (при наличии). Например, в заявлении на изготовление полиса для ребенка отец указал свой СНИЛС, а в дальнейшем обратился в СМО за полисом для себя, указав тот же самый СНИЛС. Для удаления из БД СНИЛС ошибочного СНИЛС у ребенка, используется сценарий CLR (с условным значением СНИЛС «999-999-999 99»), затем полис ребенка актуализируется в РС и ЦС ЕРЗЛ без СНИЛС или с СНИЛС (при наличии).

CLV - Снятие с учёта полисов ОМС военнослужащих или приравненных к ним.

В файле <PERS> - одна запись. Поля записи заполняются по результатам запросов “Erz_Sverka_svd” или “Erz_Sverka_svd2” или “Erz_Sverka_svd3” к РС и “Сверка_5” или “Сверка_6” к ЦС, или других запросов.

Если заявление подано представителем застрахованного лица (SPOS=2) в файл <PERS> добавляется дополнительная строка с полем FNPP равным нулю (FNPP=0) с обязательным заполнением полей FAM, IM, OT, CONT и/или EMAIL. Остальные поля строки с FNPP=0 допускается не заполнять.

<PERS>	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно
PV	Обязательно
ENP	Обязательно
VID_DOCU	«П», «Э», «С» или «К»
SER_DOCU	Обязательно при наличии
NOM_DOCU	Обязательно
OGRN	Обязательно
OKATO	Обязательно
KL	
DP	Дата начала полиса. Если дата DP позже даты подачи заявления DT, то дату DT проставлять равной дате DP Заполнение обязательно

DT	Дата закрытия полиса (дата подачи заявления/отказа от полиса). Заполнение обязательно
FAM	Обязательно при наличии
D_FAM	
IM	Обязательно при наличии
D_IM	
OT	Обязательно при наличии
D_OT	
DR	Обязательно
W	Обязательно
LPU_ID	
SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно
MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»
FORM	
PREDST	Заполнение обязательно с использованием кода «7»
SPOS	
D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»

РОК - выдача полиса на руки по отчету СМО

В файле <PERS> - одна запись. Поля записи заполняются по результатам запроса "Сверка_5" к ЦС.

<PERS>	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно
PV	Обязательно
ENP	Обязательно
VID_DOCU	«П» или «Э»
SER_DOCU	
NOM_DOCU	Обязательно
OGRN	
OKATO	
KL	Обязательно
DP	дата выдачи на руки полиса
DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии
D_FAM	
IM	Обязательно при наличии
D_IM	
OT	Обязательно при наличии
D_OT	
DR	Обязательно
W	Обязательно
LPU_ID	
SNILS	Обязательно при наличии
GR	Обязательно
MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»
FORM	
PREDST	
SPOS	
D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»

AD - Актуализация РС
 Файл PERS - одна запись.

PERS	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно
PV	
ENP	Обязательно
VID_DOCU	«П», «Э». Обязательно.
SER_DOCU	
NOM_DOCU	Обязательно
OGRN	Обязательно
OKATO	Обязательно
KL	Обязательно
DP	Обязательно
DT	Обязательно
FAM	Обязательно при наличии
D_FAM	
IM	Обязательно при наличии
D_IM	
OT	Обязательно при наличии
D_OT	
DR	Обязательно
W	Обязательно
LPU_ID	Обязательно
SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии
GR	Обязательно
MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»
FORM	Обязательно
PREDST	Обязательно
SPOS	Обязательно
D_GZK	0
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»

XD - исправление ошибки, не связанной с изменением состояния на учёте

В файле <PERS> - две записи

Для целей запроса страховой принадлежности, при наличии более чем одного ДУЛ в 1-й записи, используется первый по порядку.

В транзакцию подаются все ДУЛ из 1-й и 2-й записей.

Например: у ЗЛ было три ДУЛ а осталось только два, тогда в 2-й - три записи, а в 1-й – две.

<PERS> – 1-АЯ ЗАПИСЬ		<PERS> -2-АЯ ЗАПИСЬ	
ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ	ПОЛЕ	ЗАПОЛНЕНИЕ
RECID	Обязательно	RECID	Обязательно
FNPP	Обязательно	FNPP	Обязательно
SCENARIO	Обязательно	SCENARIO	
PV	Обязательно	PV	
ENP	Обязательно	ENP	Обязательно
VID_DOCU	Обязательно	VID_DOCU	Обязательно
SER_DOCU		SER_DOCU	
NOM_DOCU	Обязательно	NOM_DOCU	Обязательно
OGRN	Обязательно	OGRN	Обязательно
OKATO	Обязательно	OKATO	Обязательно
KL	Обязательно	KL	Обязательно
DP	дата коррекции ДУЛ	DP	дата регистрации данного полиса в ЦС
DT	Обязательно (окончание срока действия полиса, для бессрочных – 31.12.2099)	DT	Обязательно (окончание срока действия полиса, для бессрочных – 31.12.2099)
FAM	Обязательно при наличии	FAM	Обязательно при наличии
D_FAM		D_FAM	
IM	Обязательно при наличии	IM	Обязательно при наличии
D_IM		D_IM	
OT	Обязательно при наличии	OT	Обязательно при наличии
D_OT		D_OT	
DR	Обязательно	DR	Обязательно
W	Обязательно	W	Обязательно
LPU_ID		LPU_ID	
SNILS*	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии	SNILS	Для граждан РФ в возрасте от 14 лет и старше, трудящихся государств – членов ЕАЭС, членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц Коллегии и сотрудников ЕАЭС - заполнение обязательно. Для граждан РФ в возрасте до 14 лет, и других категорий иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии
GR	Обязательно	GR	Обязательно
MR	Обязательно	MR	Обязательно
CONT	Обязательно, если не заполнено поле «EMAIL»	CONT	
FORM		FORM	
PREDST		PREDST	

SPOS		SPOS	
D_GZK		D_GZK	
KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять	KG	Для иностранных граждан/лиц без гражданства, беженцев – заполнение обязательно, для граждан РФ – не заполнять
EMAIL	Обязательно, если не заполнено поле «CONT»	EMAIL	

Примечание. * Для удаления у застрахованного лица ошибочного СНИЛС заполняется условным значением «999-999-999 99» в случае, когда СНИЛС застрахованного лица не установлен, а удаляемый СНИЛС принадлежит другому застрахованному лицу (в РС и ЦС ЕРЗЛ данные ЗЛ актуализируются без СНИЛС).

5. Отчеты МГФОМС в адрес СМО по базе данных РС ЕРЗЛ

Результаты обработки заявки СМО на выпуск полисов оформляются на программном комплексе МГФОМС в виде файла сообщений по заявке СМО, доступ к которому осуществляется посредством функционального сервиса "Загрузки ЕРЗ. Уровень СМО" → «Новая версия» → «Результаты». Имя файла – "err + qq + гммд_Этап отчета.dbf".

Ежемесячно при расчете статистических показателей РС ЕРЗЛ программно формируются следующие штатные отчеты с РС ЕРЗЛ:

- перечень действующих полисов ОМС (Номерник полисов)
- перечень снятых с учета полисов ОМС (Стоп-Лист),
- перечень авторизованных в ЦС полисов ОМС (Старт-Лист).

5.1 «Номерник» полисов

Перечень номеров полисов, действующих в РС ЕРЗЛ на первое число месяца «ттуу» – штатный ежемесячный отчет БД РС ЕРЗЛ. Регистрируется как файл «НОМРттуу».

Применяется СМО при проверке СП застрахованных, пролеченных в месяце «(тм-1)уу» .

Структура файла

№ п/п	Имя	Тип	Размер	Назначение
1	S_CARD	Char	6	Серия полиса ОМС образца 1998 года
2	N_CARD	Num	10	Номер полиса ОМС образца 1998 года
3	TIP_D	Char	1	Тип документа, подтверждающий факт страхования по ОМС
4	Q	Char	2	Код СМО (по кодификатору НСИ АИС ОМС «SPRSMOxx»)
5	ENP	Char	16	Номер полиса единого образца
6	VSN	Char	9	Номер временного свидетельства
7	LPU_TERA	Num	6	МО прикрепления терапевтического профиля
8	DATE_TERA	Date	8	Дата прикрепления МО терапевтического профиля
9	SPOS_TERA	Num	1	Способ прикрепления МО терапевтического профиля: 1 - по территориальному признаку, 2 - по заявлению; 3 - через портал госуслуг
10	LPU_STOM	Num	6	МО прикрепления стоматологического профиля
11	DATE_STOM	Date	8	Дата прикрепления МО стоматологического профиля
12	SPOS_STOM	Num	1	Способ прикрепления МО стоматологического профиля: 1 - по территориальному признаку, 2 - по заявлению; 3 - через портал госуслуг

5.2 «Стоп-Лист» полисов

Перечень номеров полисов РС ЕРЗЛ, снятых с учета из-за замены его на новый либо из-за перерегистрации полиса в другой СМО, и полисов, снятых с учета без замены.

Включает сведения за последние 2 месяца. Обновление файла проводится ежедневно по мере обработки заявки СМО. На день расчёта статистики (последний день календарного месяца)

проводится исключение из файла сведений, зарегистрированных в предпоследнем месяце. Штатный ежемесячный отчет БД актуализации РС ЕРЗЛ – файл «STOPmmу».

Структура файла

№ п/п	Имя	Тип	Размер	Назначение
1	SCENARIO	Char	4	Код сообщения о "сценарии" , по которому проведено снятие с учета (замена) полиса
2	S_CARD	Char	6	Серия погашенного полиса ОМС образца 1998 года
3	N_CARD	Num	10	Номер погашенного полиса ОМС образца 1998 года
4	TIP_D	Char	1	Тип документа, подтверждающий факт страхования по ОМС
5	ENP	Char	16	Номер снятого с учета (перерегистрированного) полиса единого образца
6	VSN	Char	9	Номер временного свидетельства, по которому был выдан снятый с учета (замененный) полис единого образца
7	Q	Char	2	Код СМО (поле Smo_id по кодификатору НСИ АИС ОМС «SPRSMOxx»), выдавшей снятый с учета полис
8	S_CARDZ	Char	6	Серия нового замененного полиса (рассчитанная по алгоритму серии полиса образца 1998 года)
9	N_CARDZ	Num	10	Номер замененного полиса (рассчитанный по алгоритму номера полиса образца 1998 года)
10	QZ	Char	2	Код СМО (поле Smo_id по кодификатору НСИ АИС ОМС «SPRSMOxx»), зарегистрировавшей новый замененный полис
11	DATE_END	Date	8	Дата снятия с учета
12	DATE_ARC	Date	8	Дата перевода в архив
13	IST	Char	1	Источник информации о снятии с учета: Т - сообщение ЦС о перерегистрации полиса в другом ТФОМС, либо иная причина снятия полиса с учета; S – снятие с учета по истечении срока действия полисов иностранных граждан, при разрешении коллизий; d – снятие с учета полисов умерших по данным ЗАГС, либо иная причина снятия полиса с учета; Z – снятие полиса с учета для /при проведения каких-либо действий с полисом в дальнейшем; V – снятие с учета полисов военнослужащих или приравненных к ним, а также граждан РФ, проходящих военную службу по призыву.
14	ENPZ	Char	16	Номер нового полиса единого образца, зарегистрированный в ЦС и РС ЕРЗЛ
15	VSNZ	Char	9	Номер замененного временного свидетельства, снятого с учета в ЦС и РС по регистрации нового полиса
16	OKATO_Z	Char	5	Код территории страхования нового полиса

«Стоп-лист» включает перечень номеров полисов РС ЕРЗЛ, погашенных в результате выполнения сценариев, описанных в разделе 3.1 “Определение алгоритма (сценария) при формировании заявки на изготовление полиса” (таблица 6), а также служебных сценариев, предназначенных для выполнения работ по актуализации РС ЕРЗЛ (таблица “Служебные сценарии”).

Служебные сценарии

Сценарий	Код сценария	Код источника информации	Описание сценария	Примечание
----------	--------------	--------------------------	-------------------	------------

		и снятия полиса с учета		
Гашение дублирующего полиса	COL	S	Полис был погашен при разрешении коллизий, разрешении дубликатов (после выполнения сценария “объединение двух страховок”)	Date_end, Date_arc – дата перевода полиса в Архив РС ЕРЗЛ
Снятие по истечении срока действия полиса	PD	S	Полис был погашен в связи с истечением срока действия	Date_end – дата окончания действия полиса, Date_arc – дата перевода полиса в Архив РС ЕРЗЛ
Действие с полисом	PD	Z	Проведение каких-либо действий с полисом в МГФОМС. Ручное выполнение транзакций для устранения ошибок	Date_end – дата окончания действия полиса, Date_arc – дата перевода полиса в Архив РС ЕРЗЛ
Гашение полиса по смерти	SM	d	Полис был погашен в связи со смертью застрахованного по данным ЗАГС г. Москвы, по присланным с других территорий данным, по запросу к ЦС списка лиц, смерть которых зарегистрирована на других территориях	Date_end – дата смерти, Date_arc – дата перевода полиса в Архив РС ЕРЗЛ
Гашение полиса по запросу списка лиц, подлежащих снятию с учёта	ТТ	Т	Полис был погашен по запросу к ЦС списка лиц, которых следует снять с учёта в связи с тем, что они поставлены на учёте на другой территории	Date_end – дата окончания действия полиса; Date_arc – дата перевода полиса в Архив РС ЕРЗЛ
Снятие полисов с учета по сведениям, полученным от военных комиссариатов	CLK	V	Снятие с учета полисов ОМС по сведениям из военных комиссариатов города Москвы и других субъектов РФ о призванных на военную службу гражданах РФ.	Date_end- дата начала службы по призыву; Date_arc – дата перевода полиса в Архив РС ЕРЗЛ

Источник информации снятия полиса с учета

Код источника информации снятия полиса с учета	Применение
S	Служебный (при разрешении коллизий, дубликатов, автоматическое гашение полисов с истекшим сроком)
Z	Замена полиса (при выполнении сценариев)
d	Гашение (снятие полиса с учета по смерти и другим причинам)

T	Гашение по запросу к ЦС
V	Снятие с учета полисов граждан, проходящих военную службу по призыву по сведениям, полученным от военных комиссариатов.

5.3 "Старт-Лист" полисов

Старт-Лист - перечень авторизованных полисов, принятых ЦВДП на изготовление и доставленных в МГФОМС. Имя файла – «STRTmmуу».

Все выявленные ошибки в записях заявки, в т.ч. и в авторизованном файле заявки в ЦВДП, регистрируются в файле типа «err».

Структура файла

№ п/п	Имя	Тип	Размер	Назначение
1	SCENARIO	Char	4	Код сообщения о "сценарии", по которому проведен учет (замена) полиса
2	S_CARD	Char	6	Серия полиса ОМС образца 1998 года
3	N_CARD	Num	10	Номер полиса ОМС образца 1998 года
4	Q	Char	2	Код СМО (по кодификатору НСИ АИС ОМС «SPRSMOxx»)
5	DATE_SNP	Date	8	Дата расчёта номера
6	DATE_OUT	Date	8	Дата заявки на выпуск полиса
7	DATE_APP	Date	8	Дата поставки полиса в МГФОМС
8	PV	Num	3	Номер пункта выдачи СМО
9	ZZ	Num	5	Номер заявки
10	ENP	Char	16	Номер полиса единого образца
11	VSN	Char	9	Номер временного свидетельства

6. Дополнительные сервисы АИС ОМС по запросам к РС и ЦС ЕРЗЛ

Запросы к РС и ЦС ЕРЗЛ оформляются в соответствии с общими правилами информационного обмена в АИС ОМС [6] в виде ИП с указанием темы запроса (назначения) с присоединенным файлом (пакетом файлов) формата MS-DOS DBASE-III, кодовая страница – «866» (регистрация кодовой страницы имени файла - обязательна). Структура файлов запроса приведена ниже.

Запросы к РС ЕРЗЛ:

- запрос к РС ЕРЗЛ по реквизитам лица для определения переданных и зарегистрированных в ЦС ЕРЗЛ данных о застрахованных в МГФОМС, документах ОМС, рассчитанных номеров ЕНП (предрасчетных) и ДУЛ застрахованных при **первичном сборе ФОМС регистров территориальных ФОМС** по состоянию на март 2011 года (Свод первичных данных РС ЕРЗЛ) – тема запроса **Erz_Sverka_svd**;
- запрос к РС ЕРЗЛ по реквизитам лица для определения последних зарегистрированных в РС ЕРЗЛ данных о документах ОМС и ДУЛ застрахованных, и переданных в ЦС ЕРЗЛ - тема запроса **Erz_Sverka_svd2**;
- запрос к РС ЕРЗЛ по ЕНП - тема запроса **Erz_Sverka_svd3**;
- запрос к РС ЕРЗЛ по номеру полиса для определения реквизитов и МО прикрепления застрахованных лиц - тема запроса **Erz_poisk_n**.

Запросы к ЦС ЕРЗЛ:

Общие замечания:

Запрос выполняется в асинхронном режиме. В зависимости от темы запроса в штатном формате запроса к РС ЕРЗЛ направляется ИП с одним или двумя присоединенными файлами формата DBF (структура приведена ниже). Сначала приходит сообщение об успешной регистрации запроса, а после поступления данных из ФОМС – сообщение с результатами запроса. В зависимости от размера очереди запросов в ФОМС время обработки запроса может достигать нескольких часов.

Сообщение почтовой станции АИС ОМС об успешной регистрации имеет вид (пример):

От Кого: <erz@mgf.msk.oms>
Тема: Наименование темы запроса ACCEPTED ID: 1381210
Дата: Thu, 18 Sep 2014 13:06:06 +0400
Кому: <???????@mgf.msk.oms>

где 1381210 - пример регистрационного номера запроса.

Сообщение почтовой станции АИС ОМС с результатами обработки запроса (пример):

От Кого: <erz@mgf.msk.oms>
Тема: Наименование темы
Дата: Thu, 18 Sep 2014 14:09:06 +0400
Кому: <???????@mgf.msk.oms>

В составе сообщения будет присоединенный dbf-файл с результатами обработки запроса.

Темы запроса к ЦС ЕРЗЛ

- запрос к ЦС ЕРЗЛ по реквизитам застрахованного лица и ДУЛ или СНИЛС с целью проверки регистрации указанных данных в ЦС и определения типа действующего документа ОМС - тема запроса **Erz_sverka5**;
- запрос к ЦС ЕРЗЛ по ЕНП с целью проверки действующего документа ОМС - тема запроса **Erz_sverka6**;
- запрос к ЦС ЕРЗЛ по реквизитам застрахованного лица и ДУЛ с целью проверки регистрации указанных данных в ЦС и определения типа действующего документа ОМС, даты и факта смерти - тема запроса **Erz_sverka5_d** (структура файла запроса аналогична запросу Erz_sverka5, ответ дополнен датой смерти и флагом факта смерти);
- запрос к ЦС ЕРЗЛ по ЕНП с целью проверки действующего документа ОМС, даты и факта смерти - тема запроса **Erz_sverka6_d** (структура файла запроса аналогична запросу Erz_sverka6, ответ дополнен датой смерти и флагом факта смерти);
- запрос к ЦС ЕРЗЛ по СНИЛС с целью проверки действующего документа ОМС - тема запроса **Erz_sverka_snils**

6.1 Структура запросов к РС ЕРЗЛ

Темы запроса - "Erz_Sverka_svd"/"Erz_Sverka_svd2"

Имя файла - "q+ Z.dbf", где Z - свободный набор символов. Ответ - "AS+Z.dbf"

Структура файла запроса

Таблица 1

Имя поля	Тип поля	Размер	Комментарий
RECID	Char	6	Идентификатор записи
FAM	Char	50	Фамилия
IM	Char	50	Имя
OT	Char	50	Отчество
DR	Char	8	Дата рождения ГГГГММДД
POL	Num	1	Пол

Тема запроса - "Erz_Sverka_svd3" (запрос по ЕНП)

Имя файла - "q+Z.dbf". Ответ - "AS+Z.dbf"

Структура файла запроса

Таблица 2

Имя поля	Тип поля	Размер	Комментарий
RECID	Char	6	Идентификатор записи
ENP	Char	16	Единый номер полиса

Тема запроса - "Erz_poisk_n" (запрос по номеру полиса)

Имя файла - "q+Z.dbf". Ответ - "AS+Z.dbf"

Структура файла запроса

Таблица 3

Имя поля	Тип поля	Размер	Комментарий
RECID	Char	6	Идентификатор записи
N_POL	Char	16	номер полиса – единый или старого образца (серия не запрашивается).

6.2 Структура запросов к ЦС ЕРЗЛ

Тема запроса - "Erz_Sverka5".

Запрос к ЦС по реквизитам застрахованного лица и ДУЛ (или СНИЛС, или для бумажных полисов единого образца и электронных полисов - ЕНП) оформляется в комплекте из двух файлов:

- файл с персональными данными типа "**fio**" ("fio+"_"+"Z.dbf");
- файл с данными по документу, удостоверяющему личность типа "**doc**" ("doc+"_"+"Z.dbf");

Ответ на запрос к ЦС оформляется поэтапно: программно регистрируется номер запроса (N), который направляется в первой ИП в ответе на запрос, и собственно ответ на запрос - ИП с файлом "AS+N(номер запроса).dbf"

Замечание. Допускается совмещать в одном пакете запросы:

- по ФИО + ДУЛ;
- по ФИО + СНИЛС;
- ФИО + ЕНП (для бумажных и электронных полисов единого образца, с указанием в файле "**fio**" типа документа ОМС).

При запросе по ФИО + СНИЛС или для полисов единого образца по ФИО + ЕНП, наличие в комплекте файла типа "**doc**" обязательно, но он не заполняется (пустой).

Структура файла запроса с персональными данными типа "fio"

Таблица 3/1

Имя поля	Тип поля	Размер	Комментарий
RECID	Char	6	Идентификатор записи. Заполнение обязательно
FAM	Char	50	Фамилия. Заполнение обязательно
IM	Char	50	Имя. Заполнение обязательно
OT	Char	50	Отчество. Заполнение обязательно
W	Num	1	Пол. Заполнение обязательно
DR	Date	8	Дата рождения ГГГГММДД. Заполнение обязательно
TIP_D	Char	1	Тип документа ОМС

S_POL	Char	10	Серия документа ОМС
N_POL	Char	16	Номер документа ОМС
OMS_OKATO	Char	5	ОКАТО территории страхования
GR	Char	3	Гражданство
OKATO	Char	5	ОКАТО территории регистрации места жительства
DATE_STRAH	Date	8	Дата, на которую определяется страховка
SNILS	Char	14	СНИЛС. Заполнение обязательно при запросе по СНИЛС

Структура файла запроса по документам (типа "doc")

Таблица 3/2

Имя поля	Тип поля	Размер	Комментарий
RECID	Char	6	Идентификатор записи
DOC_TYPE	Num	2	Тип ДУЛ
DOC_SER	Char	12	Серия документа
DOC_NOM	Char	16	Номер документа
NPP	Num	2	Номер записи

7. Порядок формирования файла сообщений о результате загрузки

Файлы результатов обработки заявки на изготовление полисов включает сообщения об ошибках на каждом этапе программной обработки данных. Каждый этап обработки (при наличии ошибок) выгружается из приложения «Отчёты этапов», а на последнем этапе выгружаются все записи. Строки, не содержащие флаг ошибки на последнем (7) этапе, являются успешно обработанными.

Имя файла "**err + qq + гммд_Этап отчета.dbf**".

Этапы отчетов:

- 1- форматно-логический контроль при загрузке данных СМО в РС ЕРЗЛ;
- 2- запрос страховой принадлежности в ЦС ЕРЗЛ;
- 3- выполнение транзакции в ФОМС;
- 4- авторизация полиса в ГОЗНАК;
- 5- печать полиса в ГОЗНАК;
- 6- замена временного свидетельства на ЕНП в ЦС ЕРЗЛ;

обработка завершена (технический этап).

Структура файла сообщений о результате загрузки заявки "err"

№	Имя поля	Тип	Размер	Комментарий
1	LID	Num	10	Идентификатор заявки
2	RECID	Char	6	Идентификатор записи
3	NPP	Num	6	Порядковый номер записи файла pers
4	ENP	Char	16	Единый Номер Полиса
5	SNILS	Char	14	СНИЛС
6	VID_DOCU	Char	1	Вид документа о страховании
7	SER_DOCU	Char	12	Серия документа о страховании
8	NOM_DOCU	Char	20	Номер документа о страховании
9	DP	Date	8	Дата начала события страхования
10	DT	Date	8	Дата окончания события страхования

11	SMO_ID	Num	6	Код СМО
12	FAM	Char	50	Фамилия
13	IM	Char	50	Имя
14	OT	Char	50	Отчество
15	W	Num	1	Пол
16	DR	Char	8	Дата рождения
17	PV	Char	3	Код пункта выдачи
18	ERR_CODE	Char	8	Результат обработки
19	ERR_TEXT	Char	250	Комментарий к результату обработки
20	TER_STRAN	Char	5	Текущая территория страхования - для ошибочных записей при конфликте территории
21	OGRN	Char	13	ОГРН СМО - для ошибочных записей при конфликте территории

Распространенные ошибки, получаемые при выполнении операций с РС ЕРЗЛ.

Рекомендации по устранению

Ошибка	Описание	Рекомендации
Текущая страховая принадлежность является открытой	В ЦС у застрахованного лица есть открытая страховка (одна или более) в виде полиса нового образца, ВС или полиса старого образца.	Не отправлять заявку по А08/П01! Провести предварительно запросы по Сверке_5 и Сверке_6 к ЦС. В зависимости от ситуации использовать А08/П03, А24/П10, А08/П06.
В сегменте in1 неверно указана информация о страховой принадлежности	Неверно заполнена информация о документе, подтверждающем факт страхования по ОМС.	Проверить правильность заполнения в заявке данных о документе, подтверждающем факт страхования. Возможно, что потребуются уточнить факт изменения ФИО. Подать повторно.
Среди найденных застрахованных лиц не удалось выбрать нужное по ЕНП	В ЦС у застрахованного лица есть одна или более открытых страховок.	Требуется объединение по А24/П10, далее по ситуации.
Не удалось однозначно идентифицировать застрахованное лицо	Получено более одного ответа о СП по различным вариантам совпадения	Требуется объединение по А24/П10, далее по ситуации. Возможно, что потребуются уточнить факт изменения ФИО.
Объединение невозможно, т.к. обе сущности указывают на одно и то же застрахованное лицо	В ЦС у застрахованного лица нет открытых страховок, которые нужно объединять.	В зависимости от ситуации использовать А08/П03, А08/П06.
Не удалось найти застрахованное лицо по ключам максимальной достоверности	В ЦС персональные данные или ДУЛ страховки зарегистрированы не так, как подается в заявке.	Уточнить у застрахованного лица, какие персональные данные стоят в прошлой страховке и по какому ДУЛ и подать повторно.
Изменение региона страхования (на 45000) недопустимо (*1)	В ЦС есть открытая страховка другой территории	Провести запросы по Сверке_5 и Сверке_6 к ЦС. После уточнения – подать повторно.
Изменение полиса ОМС недопустимо (*1)	В ЦС есть открытая страховка другой СМО на нашей территории, либо сбой передачи данных в ЦС.	Провести запросы по Сверке_5 и Сверке_6 к ЦС. После уточнения – подать повторно.
Дубликат ЕНП	У ЗЛ уже есть ЕНП (любой вид страховки), а в заявке указан ЕНП, отличный от	В зависимости от ситуации использовать А08/П03, А08/П06. Для замены ошибочного ЕНП следует

	существующего.	использовать А08/П06 с временным свидетельством.
Не указаны серия и номер страховки (*1)	Неверно заполнена информация о страховке у ЗЛ	Проверить правильность заполнения и подать повторно.
Выпуск полиса не разрешён	В ЦС дата последнего действия со стороны СМО (например, А08/П03) больше даты ДР (в файле заявки). Перерегистрация полиса не удалась.	Провести запросы по Сверке_5 и Сверке_6 к ЦС. После уточнения – подать повторно.
Человеку выдан документ о страховании на другой территории; ВСН=...	В ЦС есть открытая страховка другой территории с видом страховки «П», «Э», «К» или «В»	Провести запросы по Сверке_5 и Сверке_6 к ЦС. Далее – по ситуации.

(*1) массовые ошибки появились после изменения версий программного обеспечения ФОМС и МГФОМС, в настоящее время данный вид ошибок встречается редко.