

Порядок проведения межучрежденческих расчетов

1. Общие положения

Межучрежденческие расчеты проводятся между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствующем году, оказывающими медицинскую помощь по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Оказание медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов осуществляется лицам, застрахованным на территории Кабардино-Балкарской Республики.

При оказании медицинской помощи застрахованным гражданам на территориях других субъектов Российской Федерации межучрежденческие расчеты между медицинскими организациями не проводятся.

Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках межучрежденческих расчетов, проводится по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным Приложением 14.1 к Тарифному соглашению. Тарифы на оплату медицинской помощи при межучрежденческих расчетах единые для всех медицинских организаций.

2. Основные понятия

Медицинская организация, инициирующая оказание медицинской помощи в другой медицинской организации (далее – МО-заказчик) – медицинская организация, имеющая прикрепленное застрахованное население, выдавшая направление для проведения медицинских услуг в рамках межучрежденческих расчетов.

Медицинская организация, инициирующая оказание медицинской помощи в другой медицинской организации в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения работающих граждан и обучающихся в

образовательной организации по месту работы и учебы, в том числе, по месту нахождения мобильной медицинской бригады, а также в рамках оказания медицинской помощи при прохождении пациентом лечения в условиях круглосуточного стационара (далее – МО-инициатор).

Медицинская организация, в которой были фактически выполнены медицинские услуги в рамках межучрежденческих расчетов (далее – МО-исполнитель) – медицинская организация, выполняющая медицинские услуги в рамках межучрежденческих расчетов застрахованным лицам по направлениям, выданным МО-заказчиками и МО-инициаторами.

Медицинские услуги в рамках межучрежденческих расчетов (далее – медицинские услуги) – выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, проводимые в рамках межучрежденческих расчетов, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным Тарифным соглашением.

Страховая медицинская организация (далее – СМО) – страховая медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствующем году и заключившая договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи – персонифицированные сведения о выполненных медицинских услугах и их стоимости по установленным тарифам.

Взаимодействие сторон при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме)

МО-исполнитель обеспечивает:

- оказание медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов лицам, застрахованным на территории Кабардино-Балкарской Республики, при наличии направления от МО-заказчика и/или МО-инициатора;
- качество медицинской помощи при выполнении медицинских услуг;
- соблюдение сроков выполнения медицинских услуг;

- ведение учета направлений в разрезе МО-заказчиков и/или МО-инициаторов и медицинских услуг;
- формирование отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи в соответствии с Приложением № 1 к настоящему порядку в разрезе каждой МО-заказчика и/или МО-инициатора и СМО по установленным тарифам на медицинские услуги;
- направление МО-заказчикам и/или МО-инициаторам отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи, подписанных квалифицированной электронной подписью МО-исполнителя, для подписания МО-заказчиком и/или МО-инициатором;
- формирование актов сверки с МО-заказчиками и/или МО-инициаторами по выполненным медицинским услугам в соответствии с формой, утвержденной Приложением № 2 к настоящему порядку (далее – акт сверки);
- направление МО-заказчикам и/или МО-инициаторам актов сверки, подписанных квалифицированной электронной подписью МО-исполнителя, для подписания МО-заказчиком и/или МО-инициатором;
- направление сформированных отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи, подписанных квалифицированной электронной подписью МО-исполнителя и МО-заказчика и/или МО-инициатора, в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики (далее – ТФОМС КБР) не позднее 5 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;
- формирование и направление в СМО счета на оплату выполненных медицинских услуг на бумажном носителе, подписанного исполнителем, главным бухгалтером и руководителем и заверенного печатью МО-исполнителя и акта сверки, подписанного квалифицированной электронной подписью МО-исполнителя и МО-заказчика и/или МО-инициатора, не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;
- регулирование возникающих споров и разногласий самостоятельно в рамках гражданско-правовых отношений.

3.2. МО-заказчик и/или МО-инициатор обеспечивает:

- выдачу направлений застрахованным лицам на проведение медицинских услуг;
- ведение учета выданных направлений в разрезе МО-исполнителей и медицинских услуг;

- осуществление контроля обоснованности направления на проведение медицинских услуг;
 - осуществление контроля за соблюдением сроков выполнения медицинских услуг МО-исполнителем;
 - осуществление контроля результатов, выполненных МО-исполнителем медицинских услуг;
- осуществление контроля обоснованности внесенных МО-исполнителем сведений в отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи и акт сверки, сформированные МО-исполнителем, и при отсутствии разногласий, подписание квалифицированной электронной подписью;
- регулирование возникающих споров и разногласий самостоятельно в рамках гражданско-правовых отношений.

3.3. ТФОМС КБР:

- принимает от МО-исполнителя отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи, сформированные в соответствии с Приложением № 1 к настоящему порядку и подписанные квалифицированной электронной подписью МО-исполнителя и МО-заказчика и/или МО-инициатора, не позднее 5 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;
- проводит проверку представленных МО-исполнителем отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи на предмет прикрепления к МО-заказчику при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, страховой принадлежности и соответствия установленному тарифу;
- проводит проверку представленных МО-исполнителем отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи на предмет соответствия списку граждан для прохождения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации, а также диспансерного наблюдения работающих граждан и обучающихся в образовательной организации, направленному МО-инициатором в соответствии с требованиями порядков проведения вышеуказанных мероприятий, страховой принадлежности и соответствия установленному тарифу;
- после проведения проверки направляет отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи и заключение по результатам проверки отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи (далее – Заключение) в соответствии с Приложением № 3 к настоящему порядку в СМО не позднее 10

рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь.

3.4. СМО:

- принимает от ТФОМС КБР отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи и Заключение;
- принимает от МО-исполнителей счета на оплату выполненных медицинских услуг на бумажном носителе, подписанные исполнителем, главным бухгалтером и руководителем и заверенные печатью МО-исполнителя, и акты сверки, подписанные квалифицированными электронными подписями МО-исполнителей и МО-заказчиков и/или МО-инициаторов, не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;
- осуществляет сверку сведений, содержащихся в отдельных персонифицированных реестрах случаев оказанной медицинской помощи и актах сверки;
- осуществляет оплату медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов при условии предоставления в СМО счета на оплату выполненных медицинских услуг и акта сверки в сроки, установленные настоящим порядком;
- при осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь объем средств для МО-заказчика и/или МО-инициатора уменьшается на объем средств, перечисляемых МО-исполнителю, в которой были фактически выполнены медицинские услуги, по направлениям, выданным МО-заказчиком и/или МО-инициатором, с учетом результатов проведенной сверки сведений, содержащихся в отдельных персонифицированных реестрах случаев оказанной медицинской помощи и актах сверки.

. Взаимодействие сторон при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме

Медицинская организация, оказавшая медицинскую помощь в неотложной форме, обеспечивает:

- качество медицинской помощи, оказанной в неотложной форме;
- соблюдение сроков оказания медицинской в неотложной форме;
- формирование отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи в неотложной форме в соответствии с Приложением № 1 к настоящему порядку в разрезе СМО и медицинских организаций, к которым прикреплены застрахованные лица, по

установленным тарифам на посещения при оказании неотложной медицинской помощи;

- направление в медицинские организации, к которым прикреплены застрахованные лица, отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи, подписанных квалифицированной электронной подписью медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, для подписания медицинской организацией, к которой прикреплены застрахованные лица;

- формирование с медицинскими организациями, к которым прикреплены застрахованные лица, актов сверки по оказанной медицинской помощи в неотложной форме в соответствии с формой, утвержденной Приложением № 2 к настоящему порядку;

- направление в медицинские организации, к которым прикреплены застрахованные лица, акта сверки по оказанной медицинской помощи в неотложной форме, подписанного квалифицированной электронной подписью медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, для подписания медицинской организацией, к которой прикреплены застрахованные лица;

- направление сформированных отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи, подписанных квалифицированной электронной подписью медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, и медицинской организацией, к которой прикреплены застрахованные лица, в ТФОМС КБР не позднее 5 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;

- формирование и направление в СМО счета на оплату оказанной медицинской помощи в неотложной форме на бумажном носителе, подписанного исполнителем, главным бухгалтером и руководителем и заверенного печатью медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, и акта сверки по оказанной медицинской помощи в неотложной форме, подписанного квалифицированной электронной подписью медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, и медицинской организацией, к которой прикреплены застрахованные лица, не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;

- регулирование возникающих споров и разногласий самостоятельно в рамках гражданско-правовых отношений.

4.2. Медицинская организация, к которой прикреплены застрахованные лица, обеспечивает:

- осуществление контроля за соблюдением сроков оказания медицинской в неотложной форме;
- осуществление контроля результатов оказанной медицинской помощи в неотложной форме;
- осуществление контроля обоснованности внесенных медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, в отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи и акт сверки по оказанной медицинской помощи в неотложной форме, сформированных медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, и при отсутствии разногласий подписание квалифицированной электронной подписью;
- регулирование возникающих споров и разногласий самостоятельно в рамках гражданско-правовых отношений.

4.3. ТФОМС КБР:

- принимает от медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи, сформированные в соответствии с Приложением № 1 к настоящему порядку и подписанные квалифицированной электронной подписью медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, и медицинской организации, к которой прикреплены застрахованные лица, не позднее 5 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;
- проводит проверку представленных медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи на предмет прикрепления к медицинской организации, выбранной застрахованными лицами для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, страховой принадлежности и соответствия установленному тарифу;
- после проведения проверки направляет отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи и заключение по результатам проверки отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи в соответствии с Приложением № 3 к настоящему порядку в СМО не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь.

4.4. СМО:

- принимает от ТФОМС КБР отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи и Заключение;
- принимает от медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, счета на оплату оказанной медицинской помощи в неотложной форме на бумажном носителе, подписанные исполнителем, главным бухгалтером и руководителем и заверенные печатью медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, и акты сверки по оказанной медицинской помощи в неотложной форме, подписанные квалифицированными электронными подписями медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в неотложной форме, и медицинской организации, к которой прикреплены застрахованные лица, не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;
- осуществляет сверку сведений, содержащихся в отдельных персонифицированных реестрах случаев оказанной медицинской помощи и актах сверки по оказанной медицинской помощи в неотложной форме;
- осуществляет оплату медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов при условии предоставления в СМО счета на оплату оказанной медицинской помощи в неотложной форме и акта сверки по оказанной медицинской помощи в неотложной форме в сроки, установленные настоящим порядком;
- при осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь объем средств для медицинской организации, к которой прикреплены застрахованные лица, уменьшается на объем средств, перечисляемых в медицинскую организацию, оказавшую медицинскую помощь в неотложной форме, с учетом результатов проведенной сверки сведений, содержащихся в отдельных персонифицированных реестрах случаев оказанной медицинской помощи и актах сверки по оказанной медицинской помощи в неотложной форме.

5. Взаимодействие сторон при проведении медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях, при прохождении пациентом лечения в условиях круглосуточного стационара

5.1. МО-исполнитель обеспечивает:

- проведение медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях в рамках межучрежденческих расчетов лицам, застрахованным на территории Кабардино-Балкарской Республики и проходящим лечение в

условиях круглосуточного стационара, при наличии направления от МО-инициатора;

- качество медицинской помощи при выполнении медицинских услуг;
- соблюдение сроков выполнения медицинских услуг;
- ведение учета направлений в разрезе МО-инициаторов и медицинских услуг;
- формирование отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи в соответствии с Приложением № 1 к настоящему порядку в разрезе каждой МО-инициатора и СМО по установленным тарифам на медицинские услуги;
- направление МО-инициаторам отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи, подписанных квалифицированной электронной подписью МО-исполнителя, для подписания МО-инициатором;
- формирование актов сверки с МО-инициаторами по выполненным медицинским услугам в соответствии с актом сверки, утвержденным Приложением № 2 к настоящему порядку;
- направление МО-инициаторам актов сверки, подписанных квалифицированной электронной подписью МО-исполнителя, для подписания МО-инициатором;
- направление сформированных отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи, подписанных квалифицированной электронной подписью МО-исполнителя и МО-инициатора, в ТФОМС КБР не позднее 5 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;
- формирование и направление в СМО счета на оплату выполненных медицинских услуг на бумажном носителе, подписанного исполнителем, главным бухгалтером и руководителем и заверенного печатью МО-исполнителя и акта сверки, подписанного квалифицированной электронной подписью МО-исполнителя и МО-инициатора, не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;
- регулирование возникающих споров и разногласий самостоятельно в рамках гражданско-правовых отношений.

5.2. МО-инициатор обеспечивает:

- оформление и предоставление направлений на проведение медицинских услуг, установленных приложением № 14.1 к Тарифному соглашению, застрахованным лицам, получающим лечение в условиях круглосуточного стационара в рамках случая госпитализации по КСГ;

- ведение учета оформленных и предоставленных МО-исполнителям направлений в разрезе МО-исполнителей и медицинских услуг;
- осуществление контроля обоснованности направления на проведение медицинских услуг;
- осуществление контроля за соблюдением сроков выполнения медицинских услуг МО-исполнителем;
- осуществление контроля результатов, выполненных МО-исполнителем медицинских услуг;
- осуществление контроля обоснованности внесенных МО-исполнителем сведений в отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи и акт сверки, сформированные МО-исполнителем, и при отсутствии разногласий, подписание квалифицированной электронной подписью;
- регулирование возникающих споров и разногласий самостоятельно в рамках гражданско-правовых отношений.

5.3. ТФОМС КБР:

- принимает от МО-исполнителя отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи, сформированные в соответствии с Приложением № 1 к настоящему порядку и подписанные квалифицированной электронной подписью МО-исполнителя и МО-инициатора, не позднее 5 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;
- проводит проверку представленных МО-исполнителем отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи на предмет страховой принадлежности и соответствия установленному тарифу;
- после проведения проверки направляет отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи и Заключение в соответствии с Приложением № 3 к настоящему порядку в СМО не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь.

5.4. СМО:

- принимает от ТФОМС КБР отдельные персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи и Заключение;
- принимает от МО-исполнителей счета на оплату выполненных медицинских услуг на бумажном носителе, подписанные исполнителем, главным бухгалтером и руководителем и заверенные печатью МО-исполнителя, и акты сверки, подписанные квалифицированными

электронными подписями МО-исполнителей и МО-инициаторов, не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором оказана медицинская помощь;

- осуществляет сверку сведений, содержащихся в отдельных персонифицированных реестрах случаев оказанной медицинской помощи и актах сверки;

- осуществляет оплату медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов при условии предоставления в СМО счета на оплату выполненных медицинских услуг и акта сверки в сроки, установленные настоящим порядком;

- при осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь объем средств для МО-инициатора уменьшается на объем средств, перечисляемых МО-исполнителю, в которой были фактически выполнены медицинские услуги, по направлениям, оформленным МО-инициатором и предоставленным МО-исполнителю, с учетом результатов проведенной сверки сведений, содержащихся в отдельных персонифицированных реестрах случаев оказанной медицинской помощи и актах сверки.

Формирование реестров счетов

1. Общие требования к файлу

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

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

MIIiZZiSSi_YYMMN.XML, где:

M - константа, обозначающая передаваемые данные;

I - константа, определяющая МО-исполнителя;

Ii - код МО, определяющий МО-исполнителя;

Z - константа, определяющая МО-заказчика;

Zi - код МО, определяющий МО-заказчика;

S - константа, определяющая СМО;

Si - код СМО;

YY - две последние цифры порядкового номера года отчетного периода;

MM - порядковый номер месяца отчетного периода;

N - порядковый номер пакета (присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде).

Для передачи файлов информационного обмена, после проведенной проверки от ТФОМС в СМО перед именем файла необходимо ставить букву S.

При осуществлении информационного обмена на программных средствах МО-исполнителя производится автоматизированный форматно-логический контроль:

- соответствия имени архивного файла пакета данных МО-исполнителя и МО-заказчика и отчетному периоду;
- возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;
- наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;
- отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету

информационного обмена.

Специальные символы в файлах формата XML кодируются следующим образом:

Символ	Способ кодирования
Двойная кавычка ("")	"
Одинарная кавычка (')	'
Левая угловая скобка ("<")	<
Правая угловая скобка (">")	>
Амперсant ("&")	&

Правила заполнения элементов реестра счета, включая тип и формат элемента, при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи приведены в справочнике Q018.

В столбце «Тип» обязательно наличие содержимого элемента (реквизита) одного из символов – О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:

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

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

У - условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается и не создается в ветке xml;

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

Т - <текст>;

N - <число>;

D - <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

S - <элемент>;

составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

2. Условия включения в реестр

В реестр включаются случаи, удовлетворяющие следующим условиям:

- случай закончен;
- в случае содержится услуга, из списка услуг межучрежденческих

расчетов;

- дата окончания случая попадает в отчётный период реестра.

Случаи с ошибками в реестр счета не включаются.

Структура файла отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи для предоставления МО-исполнителями в ТФОМС КБР представлена в следующей таблице.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Правила заполнения	Описание заполнения
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)						
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле	
	SCHET	O	S	Счет	Информация о счете	
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о законченных случаях оказания медицинской помощи	
Заголовок файла						
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «1.0»	Выгружать значение "1.0"
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД	Дата формирования счета
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения	
	SD_Z	O	N(9)	Количество записей в файле	Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи	
Счет						
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер)	
	CODE_MO	O	T(6)	Код медицинской организации	Код МО – юридического лица	Код МО в системе ОМС
	YEAR	O	N(4)	Год лечения	Год оказания медицинской помощи	Заполняется значение года формирования реестра в формате YYYY
	MONTH	O	N(2)	Месяц лечения	Месяц оказания медицинской помощи	Заполняется порядковый номер месяца формирования реестра в формате ММ

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Правила заполнения	Описание заполнения
	NSCHET	O	T(15)	Номер счета		Содержание данного тэга должно быть в следующем формате ММО1-МО2-СМО-ГГММ, где М - константа МО1 - код МО исполнителя МО2 – код МО заказчика СМО - ПОСЛЕДНЯЯ ЦИФРА КОДА СМО ГГ - год оказания ММ - месяц оказания
	DSCHET	O	D	Дата выставления счета	В формате ГГГГ-ММ-ДД	Дата формирования счета
	PLAT	Y	T(5)	Платательщик – реестровый номер СМО	Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться	Код страховой организации в системе ОМС. Заполняется только если платательщик имеет роль "СМО"
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма счета, выставленная МО на оплату		Сумма стоимостей случаев в данном реестре
	SUMMAP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)		Заполняется СМО
Записи						
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета	Идентификатор записи в реестре
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте		
	Z_SL	O	S	Сведения о законченном случае	Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи	
Сведения о пациенте						
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента	Уникальный идентификатор пациента Связывает с записью с файлом персональных данных.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008 Приложения А	Заполняется в соответствии с F008

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Правила заполнения	Описание заполнения
	SPOLIS	У	T(10)	Серия полиса старого образца		Серия полиса. Для полиса ОМС единого образца (VPOLIS = 3) не заполняется
	NPOLIS	У	T(20)	Номер полиса старого образца или временного свидетельства	Обязательно заполняется если VPOLIS<>3	Номер полиса
	ENP	У	T(16)	Единый номер полиса	обязательно заполняется в случае, если VPOLIS=3	
	FAM	О	T(40)	Фамилия пациента		Указывается значение поля "Фамилия" формы "Человек"
	IM	О	T(40)	Имя пациента		Указывается значение поля "Имя" формы "Человек"
	OT	У	T(40)	Отчество пациента		Указывается значение Поле "Отчество" формы "Человек"
	DR	О	D(10)	Дата рождения пациента		Поле "Дата рождения" формы "Человек"
	W	О	N(1)	Пол пациента		Заполняется в соответствии с классификатором пола застрахованного (V005). Поле "Пол" формы "Человек"
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться	Код СМО в системе ОМС в соответствии с F002
Сведения о законченном случае						
Z_SL	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре законченных случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении	
	USL_OK	О	N(1)	Условия оказания медицинской помощи у заказчика		Заполняется в соответствии с классификатором условий оказания медицинской помощи (V006)
	NPR_MO	О	T(6)	Код МО, направившей на лечение	Код МО – юридического лица. Заполняется	При наличии электронного направления брать

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Правила заполнения	Описание заполнения
				(диагностику, консультацию, госпитализацию)	в соответствии со справочником F003 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2)	значения из него, при отсутствии - брать из введенных вручную Для случаев, содержащих услуги с атрибутами "КТ, МРТ, УЗИ, Инструментальная диагностика, Лабораторная диагностика" или оформленных в отделениях с типом "Параклиника" из направления (на основании которого создан случай) - федеральный реестровый код МО указанной в разделе "Кем направлен" в поле "Организация". Значение кода подбирается в соответствии с МО указанным в разделе "Кем направлен" в поле "Организация"
	NPR_DATE	O	D	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Заполняется на основании направления на лечение. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2)	При наличии электронного направления брать значения из него, при отсутствии - брать из введенных вручную Для случаев, содержащих услуги с атрибутами "КТ, МРТ, УЗИ, Инструментальная диагностика, Лабораторная диагностика" или оформленных в отделениях с типом "Параклиника" из направления (на основании которого создан случай) - дата направления в разделе "Кем направлен" в поле "Дата направления". Значение даты подбирается - указанное в разделе "Кем направлен" в поле "Дата направления"

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Правила заполнения	Описание заполнения
	NPR_NUMBER	O	T(23)	Номер направления на госпитализацию		При наличии электронного направления брать значения из него, при отсутствии - брать из введенных вручную. Значение берется в разделе "Кем направлен" в поле "Номер направления". Перед указанными в данном поле 9 знаками необходимо добавить коды направившей МО и принимающей МО через тире. Номер должен выглядеть следующим образом: 000000-000000-0000000000. Если пользователь внес в поле с номером направления значение меньше 9 символов, то проставлять впереди этого значения 0 пока количество символов не достигнет 9
	LPU	O	T(6)	Код МО	Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003	Код МО в системе ОМС в котором оформляется случай
	SL	O	S	Сведения о случае		
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи		Заполняется в соответствии с классификатором способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма законченного случая		
Сведения о случае						
SL	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор случая		Уникальный идентификатор в рамках всего реестра
	P_CEL	Y	T(6)	Цель посещения у случая заказчика		Заполняется в соответствии с классификатором целей посещения (V025)
	NHISTORY	O	T(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты		

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Правила заполнения	Описание заполнения
				вызова скорой медицинской помощи		
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения		
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения		
	TARIF	O	N(15.2)	Тариф	Тариф	
	SUM_M	O	N(15.2)	Стоимость случая, выставленная к оплате		
	USL	Y	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая	Обязательно к заполнению для всех видов помощи, кроме неотложной
Сведения об услуге						
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая	
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги		
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги		
	DS	O	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики	
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг	
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)		
	TARIF	O	N(15.2)	Тариф		
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Может принимать значение 0	
Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу с 01.01.2022						
MR_USL_N	MR_N	O	N(3)	Номер по порядку	Номер по порядку	
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего медицинскую услугу	Заполняется кодом специальности в соответствии с классификатором медицинских специальностей (должностей) (V021)	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Правила заполнения	Описание заполнения
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, выполнившего медицинскую услугу	Заполняется в соответствии с территориальным справочником	

Ошибки в случаях должны доводиться в виде Протокола. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: перед символом Н указывается V.

Структура файла с протоколом проведения проверки отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи приведена следующей таблицей:

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
FLK_P	FNAME	O	T(24)	Имя файла протокола	
	FNAME_I	O	T(24)	Имя исходного файла	
	PR	NM	S	Причина отказа	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках
Причины отказа					
PR	OSHIВ	O	N(3)	Код ошибки	В соответствии с классификатором Q004
	IM_POL	Y	T(20)	Имя поля	Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом
	BAS_EL	Y	T(20)	Имя базового элемента	Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка
	N_ZAP	Y	T(36)	Номер записи	Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка
	IDCASE	Y	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Номер законченного случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «Z_SL», в том числе во входящих в него элементах «SL» и услугах)
	COMMENT	Y	T(250)	Комментарий	Описание ошибки

Приложение № 2
к Порядку проведения межучрежденческих расчетов

Акт № _____ от _____ 20__ г.
сверки расчетов за медицинскую помощь,
оказанную в рамках межучрежденческих расчетов
за _____ 20__ г.
(месяц)

(наименование медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в рамках межучрежденческих расчетов)

(наименование медицинской организации, имеющей прикрепленное застрахованное население и/или МО-инициатора)

(наименование СМО)

№ п/п	Вид оказанной медицинской помощи	Единица измерения	Медицинская организация, оказавшая медицинскую помощь в рамках межучрежденческих расчетов		Медицинская организация, имеющая прикрепленное застрахованное население и/или МО-инициатор	
			количество единиц	сумма, руб. коп.	количество единиц	сумма, руб. коп.
1.						
2.						
3.						
...						
	Итого:					

Руководитель МО, оказавшей медицинскую помощь
в рамках межучрежденческих расчетов

(подпись)

(ФИО)

М.П.

Главный бухгалтер МО, оказавшей медицинскую
помощь в рамках межучрежденческих расчетов

(подпись)

(ФИО)

Руководитель МО, имеющей прикрепленное
застрахованное население и/или МО-инициатора

(подпись)

(ФИО)

М.П.

Главный бухгалтер МО, имеющей прикрепленное
застрахованное население и/или МО-инициатора

(подпись)

(ФИО)

Заключение
по результатам проверки отдельных персонифицированных
реестров случаев оказанной медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов
от «___» _____ 20__ г. № _____

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование медицинской организации, оказавшая медицинскую помощь в рамках межучрежденческих расчетов _____

Наименование медицинской организации, имеющая прикрепленное/обслуживаемое застрахованное население _____

Номер персонифицированного реестра случаев оказанной медицинской помощи _____

Период, за который предоставлен персонифицированный реестр случаев оказанной медицинской помощи:
с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

Результаты проверки отдельных персонифицированных реестров случаев оказанной медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов:

№	Наименование проверки	Количество единиц
1.	Включение в персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов случаев оказания медицинской помощи лицам не застрахованным на территории КБР	
2.	Включение в персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов случаев оказания медицинской помощи лицам не прикрепленным к медицинским организациям (за исключением медицинской помощи в неотложной форме и медицинской помощи, оказанной в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также диспансерного наблюдения, работающих граждан и обучающихся в образовательной организации по месту работы и учебы, в том числе, по месту нахождения мобильной медицинской бригады)	
3.	Включение в персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи в неотложной форме в рамках межучрежденческих расчетов случаев оказания медицинской помощи в неотложной форме лицам не прикрепленным к медицинским организациям	
4.	Включение в персонифицированные реестры случаев оказанной медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании	

Исполнитель _____ «___» _____ 20__ г.
(подпись) (ФИО) (дата)

Руководитель _____ «___» _____ 20__ г.
(уполномоченное лицо) (подпись) (ФИО) (дата)