



П Р А В И Т Е Л Ь С Т В О   М О С К В Ы  
М О С К О В С К И Й   Г О Р О Д С К О Й   Ф О Н Д  
О Б Я З А Т Е Л Ь Н О Г О   М Е Д И Ц И Н С К О Г О   С Т Р А Х О В А Н И Я

территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Москвы

П Р И К А З   №   405   от   20.11.2020

О внесении изменений в приказ МГФОМС  
от 16.10.2020 № 359 «Об утверждении новых  
версий регламентирующих документов МГФОМС  
в части информационного взаимодействия»

В целях реализации требований Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», а также для обеспечения информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования города Москвы

**П Р И К А З Ы   В А Ю:**

1. Внести изменения в приказ МГФОМС от 16.10.2020 № 359 «Об утверждении новых версий регламентирующих документов МГФОМС в части информационного взаимодействия»:

1.1. В Приложении № 1 (Правила файлового обмена данными в АИС ОМС при информационном взаимодействии участников обязательного медицинского страхования г. Москвы, версия 1.9) к приказу:

1) Приложение № 2 (Описание кодов ошибок при проведении форматно-логического и семантического контроля реестров пациентов и реестров медицинских услуг) изложить в редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

1.2. В Приложении № 2 (Регламент информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования г. Москвы с использованием веб-сервисов, версия 3.0) к приказу:

1) Приложение № 2 (Описание кодов ошибок при проведении форматно-логического и семантического контроля реестров пациентов и реестров медицинских услуг) изложить в редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

2. В Приложении № 2 (Регламент информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования г. Москвы с использованием веб-сервисов, версия 3.0) к приказу:

2.1. Приложение № 4 (Технические требования к организации учета и обработки ссылок) изложить в редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

3. Управлению информационного обеспечения системы ОМС (А.Ю. Тодышев) обеспечить размещение настоящего приказа на сайте МГФОМС.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



В.А. Зеленский

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

**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. При проверке документа ОМС следует учитывать, что срок действия ВС, выданных при оформлении до 27.03.2020 полиса ОМС, продлен до конца 2020 года в соответствии с постановлением Правительства РФ от 03.04.2020 № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией».

В случае выявления реестровой ошибки она дублируется на все записи файла-реестра счетов на данного пациента.

Код основания для отказа/уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки по кодификатору «SookodXX» и правила проверки	Параметр файла
5.1.4.	E1	<p><b>Значение признака «особый случай в Реестре пациентов» не отвечает справочнику:</b>  <u>Ошибочными считаются следующие случаи:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поле «D_TYPE» не заполнено;</li> <li>2. Значение поля не соответствует кодификатору «osorecXX»;</li> <li>3. Значение поля не соответствует указанной категории пациента.</li> </ol>	D_TYPE

5.2.2.	E2	<p><b>Недопустимый вид документа ОМС в записи Реестра пациентов:</b></p> <p>1. Проверяется соответствие параметра &lt;Sn_pol&gt; (номер и, при наличии, серия документа ОМС) и параметра &lt;Gr_p&gt; (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><b>Только для счетов иногородних пациентов:</b></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><b>Только для счетов неидентифицированных пациентов:</b></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 Sokr 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 &lt; 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>	SN_POL
--------	----	--	--------



		<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 &lt;&gt; 4708» / «774708»), самостоятельного обращения (ORD = 3), услуг, выполненных в патанатомическом отделении (ORD = 0) номер листа регистрации проверяется на соответствие следующим правилам:</p> <p>3.6.1 Идентификатор МО (Lpu_id по справочнику sprlpu) (1-4 символ номера листа регистрации) не соответствует Lpu_id МО, оказавшей медицинскую помощь.</p> <p>3.6.2 Последняя цифра года (5 символ номера листа регистрации) не соответствует последней цифре года, указанной в DATE_ORD.</p> <p>3.6.3 Месяц поступления в МО (6-7 символ номера листа регистрации) не соответствует месяцу, указанному в DATE_ORD.</p> <p>3.6.4 День поступления в МО (8-9 символ номера листа регистрации) не соответствует дню, указанному в DATE_ORD.</p> <p><b><u>Примечание к пункту 3.6:</u></b></p> <p>1. При отсутствии DATE_ORD проверки по пп № 3.6.2, 3.6.3 и 3.6.4 – не проводятся.</p> <p>2. При оказании помощи незарегистрированному новорожденному, имеющему законного представителя (особый случай реестра пациентов «D_TYPE» = «9», при заданном параметре NOVOR) проверки по п № 3.6 - не проводятся.</p> <p>3. В случае оказания медицинских услуг разделов 59 / 159 и 29 / 129 в отделении паталогической анатомии (2-3 цифры фасетного кода отделения «85», или 2-3 цифры фасетного кода отделения «90» в сочетании с 4-6 цифрами «015» / «067») проверка по п. 3.6 - не проводится.</p>	
5.2.2.	E4	<p><b>Недопустимые символы или вная ошибка в фамилии пациента.</b></p> <p><u>К ошибке относится нарушение указанных ниже правил:</u></p> <p>1. Фамилия пациента записываются полностью с первой позиции поля, без сокращений, 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 &lt;Fam&gt; не заполняется (пусто), указывается особый случай реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «4» / «1»</p>	FAM

		<p>(см. справочник НСИ osorecXX.dbf);</p> <p>4. При отсутствии в документе УДЛ фамилии и отчества пациента поля &lt;Fam&gt;, &lt;Ot&gt; не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «6» / «п» (см. справочник НСИ osorecXX.dbf).</p> <p>5. Фамилия, состоящая из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов &lt;D_type&gt; = U.</p> <p>6. При отсутствии в документе УДЛ отчества у пациента, фамилия которого состоит из одной буквы, параметр реестра пациентов &lt;D_TYPE&gt; = «U» в том числе является подтверждением, аналогичным «D_type» = «2» / «ф».</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 &lt;D_TYPE&gt; = «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 &lt;D_TYPE&gt; = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U», «2» / «ф».</p> <p><b>Только для счетов иногородних и не идентифицированных пациентов:</b></p> <p>9. При указании фамилии «Тест», «Нет», «Отсутствует» на первом этапе МЖК 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.	E5	<p><b>Недопустимые символы или иная ошибка в имени пациента.</b></p> <p><u>Аналогично описанию ошибки E4 для написания и контроля записи фамилии (см. параметр «FAM»).</u></p> <p><b>Дополнительные условия:</b></p> <p>1. При отсутствии в документе УДЛ имени и отчества пациента поля &lt;Im&gt;, &lt;Ot&gt; не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «5» / «к» (см. справочник ПСИ osorecXX.dbf).</p> <p>2. При отсутствии в документе УДЛ имени поле &lt;Im&gt; не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «2» / «х» (см. справочник НСИ osorecXX.dbf).</p> <p><b>Только для счетов иногородних и не идентифицированных пациентов:</b></p> <p>3. Имя пациента, состоящее из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «U».</p> <p>4. При отсутствии в документе УДЛ отчества у пациента, имя которого состоит из одной буквы,</p>	IM

		<p>параметр реестра пациентов &lt;D_TYPE&gt; = «U» 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, имя которого состоит из одной буквы, особый случай реестра пациентов &lt;D_TYPE&gt; = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U».</p> <p>6. 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 &lt;D_TYPE&gt; = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U», «2».</p>	
5.2.2.	E6	<p><b>Недопустимые символы или иная ошибка в отчестве пациента.</b></p> <p><i>Аналогично описанию ошибки F4 для написания и контроля записи фамилии (см. параметр «FAM»).</i></p> <p><b><u>Дополнительные условия:</u></b></p> <p>1. Отсутствие отчества допустимо при ссылке на «особый случай в реестре» (параметр &lt;D_TYPE&gt; – «2» / «b» (для прикрепленных));</p> <p>2. При отсутствии в документе УДЛ имени и отчества пациента поля &lt;Im&gt;, &lt;Ot&gt; не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «5» / «k» (см. справочник ПСИ osoreeXX.dbf).</p> <p>3. При отсутствии в документе УДЛ фамилии и отчества пациента поля &lt;Fam&gt;, &lt;Ot&gt; не заполняются (пусто), указывается особый случай реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «6» / «m» (см. справочник ПСИ osoreeXX.dbf).</p> <p><b><i>Только для счетов шогородних и не идентифицированных пациентов:</i></b></p> <p>4. При отсутствии отчества у родителя/ законного представителя, на документ ОМС/ «Лист регистрации» которого подаются медицинские услуги, оказанные незарегистрированным новорожденным, параметр &lt;D_TYPE&gt; = «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 &lt;D_TYPE&gt; = «9» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «U», «2».</p> <p>6. Фамилия, состоящая из одной буквы, и отсутствие в документе УДЛ отчества сопровождается указанием особого случая реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «U».</p> <p>7. Фамилия, состоящая из одной буквы, и отчество пациента, состоящее из одной буквы, сопровождаются указанием особого случая реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «U».</p>	OT

		<p>8. Отчество пациента, состоящее из одной буквы, сопровождается указанием особого случая реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «U».</p> <p>9. Имя пациента, состоящее из одной буквы, и отсутствие в документе УДЛ отчества сопровождается указанием особого случая реестра пациентов &lt;D_type&gt; = «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><b>Несоответствие пола пациента его ФИО / номеру полиса образца 1998 года/ номеру полиса единого образца /кодификатору:</b></p> <p>1. Ошибочными считается несоответствие значения поля кодификатору «пол пациента» «kodpolXX».</p>	W
5.2.2.	E8	<p><b>Некорректный возраст пациента (в том числе пустое поле «DR»):</b></p> <p><i>Ошибочными считаются следующие случаи:</i></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><b>Ошибка в адресе пациента</b></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.). Допускается использование цифр и следующих символов: «-», «-», «“», «”», «(», «)», «/», «.», «,», «№». <b>Заполнение обязательно.</b></p> <p>2. Название района по месту жительства записывается русскими заглавными буквами при наличии таких данных в документе.</p> <p><b>Общее примечание:</b></p> <p>Название района, номер дома, корпуса, квартиры при отсутствии не заполняются.</p>	RN,GOR,UL,DOM,KOR, KV
5.2.2.	EA	<p><b>Территория страхования/ проживания иногороднего не отвечает справочнику</b></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><b>Ошибка в значении документа, удостоверяющего личность пациента/ матери или иного законного представителя для незарегистрированного поворожденного,- указанного в поле «Sn_pasr» реестра иногородних и не идентифицированных пациентов.</b></p> <p>Поле заполняется строго по шаблону. Серия и номер разделены одним пробелом.</p> <p><i>Ошибочными считаются следующие случаи:</i></p>	SN_PASP

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

**Только для иногородних пациентов.**

2. сведения в поле «Sn\_rasp» не соответствуют типу документа, указанного в поле «Q\_rasp»:

Q_P ASP	FULL NAME	DOC TYPE	Шаблон серии	Шаблон номера
v	Вид на жительство	11	S1	000000000009
p	Военный билет	7	ББ	9999990
7	Военный билет офицера запаса	17	ББ	999999
6	Временное удостоверение личности гражданина РФ	13	S	000000000009
d	Дипломатический паспорт гражданина РФ	8	99	9999999
c	Документ иностранного гражданина	21	S1	000000000009
e	Документ лица без гражданства	22	S1	000000000009
z	Заграничный паспорт гражданина РФ	15	99	9999999
8	Загранпаспорт гражданина СССР	2	S	00000009
t	Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации	28	S1	000000000009
w	Иные документы	18	S1	0000000009
2	Копия жалобы о лишении статуса беженца	27	S	000000000009
1	Паспорт гражданина РФ	14	99 99	9999990
3	Паспорт гражданина СССР	1	R-ББ	999999
a	Паспорт иностранного гражданина	9	S	000000000009
o	Паспорт Минморфлота	6	ББ	999999
4	Паспорт моряка	16	ББ	999990
q	Разрешение на временное проживание	23	S1	000000000009
g	Свидетельство о предоставлении временного убежища на тер. РФ	25	ЩЦ	9999999
b	Свидетельство о	10	S	000000000009

	регистрации ходатайства о признании иммигрант			
9	Свидетельство о рождении РФ	3	R-ББ	999999
f	Свидетельство о рождении, выданное не в РФ	24	S1	000000000009
i	Справка об освобождении из места лишения свободы	5	S	00000009
y	Трудовой договор	29	S1	000000000009
5	Удостоверение беженца в РФ	12	S	000000000009
u	Удостоверение личности офицера	4	ББ	9999999
г	Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии	26		999999

Обозначения в шаблонах серий и номеров ДУДЛ:

R – на месте одного символа R располагается целиком римское число, заданное символами «I», «V», «X», «L», «C», набранными на верхнем регистре латинской клавиатуры;

9 – любая десятичная цифра (обязательная);

0 – любая десятичная цифра (необязательная);

Б – любая русская заглавная буква;

«-» (знак «-») – указывает на обязательное присутствие данного символа в контролируемом значении;

S – последовательность символов, символы не контролируются (может содержать любые буквы или цифры, символ « » или вообще отсутствовать). Все символы должны быть из одного алфавита;

S1 – расширенная последовательность символов, символы не контролируются (может содержать любые буквы или цифры, символы «-», «/», «\», « »), или вообще отсутствовать). Все символы должны быть из одного алфавита.

**Примечание к пункту 2:**

При наличии в поле «Sn\_rasp» значения «null» выставляется ошибка с целью информирования оператора о необходимости выверки данных. В случае получения положительного ответа от ЦС ЕРЗЛ ошибка снимается.

**Только для не идентифицированных пациентов.**

3. поле «Sn\_rasp» 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).

5.2.2.	EV	<p><b>Вид документа иногороднего пациента не отвечает справочнику ИСИ «viddocXX.dbf», либо указанный вид документа не соответствует возрасту пациента.</b></p> <p>1. при q_rasp = 1, d, z - возраст пациента не должен быть менее 14 лет;</p> <p>2. при q_rasp = 9 – возраст пациента не должен быть</p>	Q_PASP
--------	----	--	--------



		<p>более 14 лет и 3 месяцев.</p> <p><b><u>Исключение к пункту 2:</u></b></p> <p>1. Если возраст ЗЛ достиг 14 лет с 15.12.2019 по 15.07.2020 включительно.</p> <p><b><u>Общие исключения:</u></b></p> <p>1. Алгоритм не применяется для иных потоков счетов (ПД-ИН и т.д.), кроме потока счетов на иногородних пациентов.</p>	
5.1.4.	SN	<p><b>Некорректное значение СНИЛС.</b></p> <p>1. Ошибочным считается несоответствие параметра &lt;SNILS&gt; маске «xxx-xxx-xxx xx».</p>	SNILS
5.2.2.	EC	<p><b>Ошибкой страховой принадлежности документа ОМС, в том числе категории пациента считается:</b></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 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><b><i>Для счетов иногородних пациентов:</i></b></p> <p>3. указанная категория пациента «иногородний» не верна, пациент застрахован СМО Москвы. Для каждого иногороднего пациента выполняется запрос к РС ЕРЗЛ по форме «Egz_sverka4» на дату завершения оказания медпомощи в каждой МО (т.е. на дату = Max значению параметра &lt;D_u&gt;). Ошибка на первом этапе МЭЖ при получении положительного ответа на запрос к РС ЕРЗЛ по форме «Egz_sverka4» выставляется условно с целью информирования операторов МО. Далее выполняется запрос к ЦС ЕРЗЛ по форме «Egz_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 Egt=EC 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_b» =77 (Москва) и «C_b» =99 (территория не определена) не корректны.</p> <p><b><i>Для счетов не идентифицированных пациентов:</i></b></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 «Egz_sverka4» на дату завершения в МО медпомощи пациенту с указанным номером листа регистрации пациента (т.е. на дату = Max значению параметра &lt;D_u&gt; для каждого значения параметра &lt;Sn_pol&gt;). При условии полного совпадения персональных данных пациента (ФИО + дата рождения) с данными РС ЕРЗЛ в случае получения положительного ответа на запрос выставляется ошибка Egt=EC.</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 &lt;D_u&gt; для каждого значения параметра &lt;Sp_pol&gt;). При условии полного совпадения персональных данных пациента (ФИО + дата рождения) с данными РС ЕРЗЛ в случае получения положительного ответа на запрос условно выставляется 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 &lt;Sp_pol&gt;) на соответствующую дату завершения медпомощи.</p> <p>Правила запросов см. ниже пункт 9.</p> <p><b>Общие исключения:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Алгоритм не применяется для иных потоков счетов (ПД-ИП и т.д.), кроме потока счетов на иногородних пациентов и пациентов, застрахованных в Москве.</li> </ol>	
5.2.2.	ЕК	<p><b>Ошибка в указании органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность</b></p> <p><b>Только для потока счетов по иногородним пациентам.</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение «пусто», при указании в качестве документа ОМС полиса старого образца или временного свидетельства (тип документа ОМС «С» или «В»).</li> <li>2. В случае заполнения, указание в качестве органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность, каких-либо символов, разделителей и т.д. в отсутствии хотя бы одного буквенного символа.</li> <li>3. В случае заполнения, общее количество символов менее 3-х.</li> <li>4. Значение «пусто» при заполненном параметре «DOCDATE».</li> </ol> <p><b>Общее исключение:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Счета ССыНМП (Lpu_id = 4708) / «774708») не контролируются.</li> </ol> <p><b>Общее примечание:</b></p>	DOCORG

		<p>1. В случае указания документа (тип документа ОМС «П», «К» или «Э») – не контролируется.</p> <p>2. Алгоритм не применяется для иных потоков счетов (ПД-ИН и т.д.), кроме потока счетов на иногородних пациентов.</p>	
5.2.2.	EL	<p><b>Ошибка в дате выдачи документа, удостоверяющего личность</b></p> <p><b>Только для потока счетов по иногородним пациентам.</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение «пусто», при указании в качестве документа ОМС подписанного старого образца или временного свидетельства (тип документа ОМС «С» или «В»).</li> <li>2. Указание даты, более поздней чем дата оказания последней услуги в МО (самая поздняя D_U) в отчетном периоде.</li> <li>3. Значение «пусто» при заполненном параметре «DOCORG».</li> </ol> <p><b>Общее исключение:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Счета ССиНМП (Lpu_id = 4708) / «774708») не контролируются.</li> </ol> <p><b>Общее примечание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В случае указания документа (тип документа ОМС «П», «К» или «Э») – не контролируется.</li> <li>2. Алгоритм не применяется для иных потоков счетов (ПД-ИН и т.д.), кроме потока счетов на иногородних пациентов.</li> </ol>	DOCDATE

## 2. Выявление дублированных записей

Код основания для отказа/уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки и правила проверки
5.2.2.	DR	<p><b>Повтор номера ДУДЛ / документа ОМС у разных пациентов (ошибка Реестра):</b></p> <p>Ошибочными считаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повторы документа ОМС пациента – бракуются обе записи. Проверка на дублирование осуществляется по связке: «Mcod + Sn_pol».</li> <li>2. Повторы реквизитов ДУДЛ пациента – бракуются обе записи. Проверка на дублирование осуществляется по связке: «Mcod + SN_PASP + Q_PASP».</li> </ol> <p><b>Исключение к пункту 2:</b></p> <p>Счета неидентифицированных пациентов не подлежат браковке в случае указания разных номеров листов регистрации (sn_pol).</p>
5.2.2.	DP	<p><b>Повторная запись одного пациента с разными полисами/документами:</b></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><b>Примечание к пункту 1:</b></p> <p>При контроле на повтор связки «fam» + «im» + первая позиция</p>

		<p>«об» считаются равнозначными с учётом разделяющих символов («-», «пробел», «'»).</p> <p><b>Только для счетов застрахованных СМО Москвы пациентов:</b></p> <p><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b></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><b>Только для счетов иногородних пациентов:</b></p> <p><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b></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> <p><b>Только для счетов неидентифицированных пациентов:</b></p> <p><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b></p> <p>Счета неидентифицированных пациентов не подлежат браковке в случае указания разных номеров листов регистрации (sn_pol).</p>
--	--	---

### 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><b>На пациента Реестра нет Счёта:</b></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><b>Пациент исключен из Реестра по снятию полного счета:</b></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	<p><b>Запись счета не связана с реестром пациентов</b></p> <p>1. Ошибочными считаются все записи счета, для которых не найдено ни одной записи в файле реестра пациентов по связке: «Mcod + Sn_pol».</p>

### 4. Проверка корректности определения СМО - плательщика

Код основания для отказа /уменьшения в оплате	Код ошибки	Название ошибки и правила проверки
5.2.3	EE	<p><b>Наличие у МО реестрового номера, присвоенного иным ТФОМС (только для счетов иногородних пациентов).</b></p> <p>1. Проверка проводится в автоматизированном режиме по справочнику МО terXX, содержащему сведения о медицинских организациях г.Москвы и ТФОМС иных территорий РФ, заключивших прямые договора.</p> <p>Ошибочными считаются записи реестра пролеченных иногородних пациентов медицинской организации, указанной в МО terXX, 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).</p>

5.2.2.	ER	<p><b>Вектор сверки с ЕРЗ не соответствует положительному ответу на запрос для застрахованных.</b></p> <p><b>Только для застрахованных СМО Москвы дополнительно:</b></p> <p>1. Ошибкой считается отрицательный ответ ЕРЗ при отсутствии сведений о ВС, выданном СМО г. Москвы, в счёте на пациента.</p> <p><b><u>Исключения к пункту 1:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Для амбулаторно-поликлинической МО допускается оплата услуг 25/125, 26/126, 27/127, 29/129, 30/130- группы кодов в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным РС ЕРЗЛ.</li> <li>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.</li> </ol> <p><b><i>Только для иногородних пациентов:</i></b></p> <p>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 &lt;Dead_flag&gt;), 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 &lt;D_u&gt;) 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 &lt;D_u&gt;) 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.</p> <p><b><u>Исключения к пункту 2:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3. Для амбулаторно-поликлинической МО допускается оплата услуг 25/125, 26/126, 27/127, 29/129, 30/130- группы кодов в течение 2-х отчётных периодов после месяца смерти пациента по данным ЦС ЕРЗЛ.</li> <li>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.</li> </ol> <p>3. если смерть пациента по данным ЦС ЕРЗЛ наступила до отчётного периода, вычисляется срок, прошедший после месяца смерти пациента по данным ЦС ЕРЗЛ.</p> <p>4. Если месяц смерти отстоит от отчётного периода более, чем на 2 месяца, код ошибки «ER» заменяется на «MZ» - «Регистрация смерти пациента до</p>
--------	----	--

		<p>отчётного периода (по данным ЗАГС)», счёт оплате не подлежит.</p> <p>5. 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.</p> <p>5.1. 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.</p> <p>5.2. Если пациент был застрахован СМО иных территорий, проводится анализ счёта.</p> <p><b><u>Исключения к пунктам 3-5:</u></b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. Дата смерти пациента в ЦС ЕРЗЛ определяется по сведениям в поле «Dead_date» в файле ответа на запрос.</p> <p>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.</p> <p>8. Ошибкой маркируются полисы ОМС (любого типа), начинающиеся с «00». В случае получения положительного ответа на запрос от ЦС ЕРЗЛ ошибка снимается.</p>
5.2.2.	HV	<p><b>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).</b></p> <p>Ошибка выставляется в случае:</p> <p>1. Отсутствия регистрации «Ходатайства об идентификации застрахованного лица» в «Журнале учёта ходатайств» на дату/срок оказания экстренной медицинской помощи пациенту по данным счёта;</p> <p>2. Идентификации пациента в системе ОМС в результате рассмотрения ходатайства как застрахованного.</p>
5.1.1.	MZ	<p><b>Регистрация смерти пациента до отчётного периода (по данным ЗАГС).</b></p> <p>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> <p><b><u>Исключения к пункту 1:</u></b></p> <p>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).</p>



		<p>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).</p> <p>3. Для ГБУЗ «ДЦ (ЦЦИ) 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).</p> <p>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> <p><b><u>Справочно 1:</u></b> 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 &lt;Dead_flag&gt; = «Y» срок оказания перечисленных выше услуг отсчитывается от даты смерти пациента, указанной в поле &lt;Dead_date&gt; ответа на запрос.</p> <p><b><u>Справочно 2:</u></b> 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 выбытия пациента из МО. Возможен разрыв по дате с самой поздней медуслугой счёта пациента с тем же значением истории болезни (параметр &lt;C_i&gt;), а также подача на оплату услуг «59 / 159» раздела без наличия каких-либо предшествующих услуг.</p>
--	--	--

**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><b>Не корректен номер медицинской карты в Счёте пациента:</b> К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Незаполненное поле медицинской карты (значение поля «с_i» равно «пусто» или «пробел») или «с_i» = 0 (00, 000 и т.д.);</li> <li>2. На незарегистрированного новорожденного не соблюден формат записи: собственно номер не более 12 символов # пол # ППТММДД#номер;</li> </ol> <p><b><u>Примечание к пункту 2:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Порядковый номер новорожденного может быть не более одного символа.</li> <li>2. Ошибка также выставляется в случае указания в реестре пациентов особого случая «9» и нарушения формата C_I для медицинских услуг, имеющих маску 1XXXXX.</li> </ol> <p>Исключение к пункту 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На медицинские услуги (по справочнику REESUS), оказанные законному представителю (имеющим маску 0XXXXX), ошибка не выставляется;</li> </ol>	C_I

2. На медицинские услуги (по справочнику REESUS), оказанные законному представителю (имеющие маску 1XXXXX и значение TRN = q/t с указанием D\_TYPE = «2» / «с»), ошибка не выставляется.

3. Не соблюдены правила формирования номера медицинской карты при регистрации комплексной услуги профилактического направления и диспансеризации /диспансеризации, а также второго этапа указанных осмотров;

**Примечание к пункту 3:**

Номер медицинской карты формируется как:

- «ДД» / «ДУ» / «ДС» / «ПРОФВ» / «ПРОФД» + символ «\_» + sn\_pol;

- «УМО» + номер врачебно-контрольной карты диспансерного наблюдения спортсмена (форма 062/у).

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>.

**Исключение к пункту 4:**

1. Счета пациентов, в которых **вся оказанная медицинская помощь** выполнена в отделениях, имеющих 2-3 разряды фасетных кодов <lotd>=

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;

**Справочно:**

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 <lotd>, считается ошибкой и бракуется.

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 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.

**Примечание к пункту 5:**

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>2. Повтор номера истории болезни в случае наличия двух МС при наличии кода ЗС «Т» (Tir = 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) ошибкой не является.</p> <p>6. Использование в номере медицинской карты (С_1) символов, отличных от цифр, букв русского и латинского алфавита, пробела, горизонтальных разделителей («-» минус, «-» короткое тире, « » длинное тире), вертикальных и наклонных разделителей («/» косая черта, «\» обратная косая черта, «f» вертикальная черта, «» прерывистая вертикальная черта), а также символов «#» и «_».</p>	
5.1.4.	СО	<p><b>Нарушение правил формирования фасетного кода отделения МО:</b></p> <p>1. Код отделения не соответствует кодификаторам &lt;profotXX&gt; (параметр &lt;oid&gt;) и/или &lt;prV002&gt; (параметр &lt;profil&gt;); длина кода &lt;&gt; 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 ВПХ фасетного кода отделения МО (см. п.3.1.1) не соответствуют типу МО;</p> <p>4. Регистрация в МО, имеющих во втором разряде мнемокода «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 мнемокода «2», оказывающих медицинские услуги только детскому населению, отделений, имеющих в первом разряде фасетного кода значение «1» («взрослые» отделения).</p> <p>6. Регистрация в МО, имеющих во втором разряде мнемокода «1» или «2», оказывающих медицинские услуги только взрослому или только детскому населению, отделений, имеющих в первом разряде фасетного кода значение «3» (отделения, обслуживающие смешанную возрастную категорию);</p>	IOTD
5.1.4.	ПС	<p><b>Количество услуг/фактических койко-дней не равно целому положительному числу и /или имеет отрицательное или нулевое значение.</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. При регистрации в счёте медицинских услуг из справочника НСИ «reesmsXX», а также медицинских услуг разделов «97»/«197» и «99» параметры «K_U» и/или «KD_FACT» не равны целому положительному числу и/или имеют отрицательное или нулевое значение;</p> <p>2. При регистрации в счёте медицинских услуг из справочника НСИ «reesusXX», за исключением услуг разделов «97»/«197» и «99» параметр «K_U» не равен целому положительному числу и/или имеет отрицательное или нулевое значение. При этом, значение параметра «KD_FACT» может принимать значение «0».</p>	K_U
		<b>Несоответствие даты оказания услуги / выписки</b>	

5.1.3.	DU	<p><b>отчетному периоду:</b></p> <p>К ошибке относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дата оказания услуги негоспитализированному пациенту не соответствует отчетному периоду;</li> <li>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;</li> </ol> <p><b><u>Справочно:</u></b></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><b><u>Общие исключения:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. услуги разделов «59» и «159», выполненные в патологоанатомическом отделении стационара), предъявляются за месяц их проведения в течение 2-х месяцев от месяца выписки пациента из МО (кроме счетов не идентифицированных пациентов, оплата которых проводится только за отчетный период);</li> <li>2. результаты исследования поступившего биологического материала (группы кодов «25/125», «26/126», «27/127», «29/129», «30/130»), выполненные в течение двух отчетных периодов после месяца выписки пациента, предъявляются в месяц их проведения с тем же номером истории болезни, в т.ч. для пациента, выписанного из МО в предыдущем отчетном периоде (кроме счетов не идентифицированных пациентов, оплата которых проводится только за отчетный период).</li> <li>3. дата оказания услуги незарегистрированному новорожденному должна соответствовать периоду новорожденности: для госпитализированного пациента «дата госпитализации» («дата поступления») меньше 6-ти месяцев от даты рождения; для амбулаторных пациентов дата оказания услуги меньше 5-ти месяцев от даты рождения.</li> </ol>	D_U
--------	----	--	-----

**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><b>Повторная запись в файле Счет:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ошибочными (повторными) считаются записи файла счетов с совпадающими значениями полей: «МСОД», «SN_POL», «IOTD», «DS», «СОД», «D_U», «PCOD».</li> </ol> <p><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b></p> <p>Счета по незарегистрированным новорожденным из многоплодных родов, зарегистрированных с различным значением поля «C_I» (медицинская карта).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Все до одной повторяющиеся записи (в т.ч. и первая из таких записей) относятся к ошибке, за исключением записей, помеченных значением поля</li> </ol>

«D\_type» = «2» / «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», «с\_i» и «k\_ш» 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.	Н8	<p><b>Диагноз не соответствует справочнику МКБ-10 / ошибка применения DS по счету за медицинскую помощь:</b></p> <p><b><u>Ошибкой Н8 считается:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Регистрация в счете диагноза, шифр которого не отвечает справочнику «Шифры диагнозов по МКБ-10» (&lt;mkb10_XX&gt;);</li> <li>2. Регистрация основного (параметр счёта &lt;DS&gt;) / сопутствующего (параметр счёта &lt;DS_2&gt;) диагноза или диагноза осложнения (параметр счёта &lt;DS_3&gt;), не входящего в территориальную программу ОМС, т.е. для которого значение параметра «OPL» по справочнику НСИ «mkb10_XX» равно «0»;</li> <li>3. Регистрация в качестве основного диагноза (параметр счёта &lt;DS&gt;), диагноза сопутствующего заболевания (параметр счёта &lt;DS_2&gt;), диагноза осложнения (параметр счёта &lt;DS_3&gt;) любых сочетаний одинаковых шифров. Например: «DS» = «DS_2»; «DS» = «DS_3»; «DS_2» = «DS_3».</li> <li>4. Регистрация в счёте на взрослого пациента (18 лет и старше) основного диагноза из раздела МКБ 10 «Р».</li> </ol> <p><b><i>Дополнительно только для застрахованных в СМО г.Москвы, а также для не идентифицированных в системе ОМС пациентов:</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Регистрация в качестве основного диагноза (параметр счёта &lt;Ds&gt;) шифра рубрики справочника &lt;mkb10_XX&gt; при наличии подрубрики.</li> </ol> <p><b><u>Исключения к пункту 4:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не применяется к счетам ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ».</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Регистрация в счете диагноза из разделов Z00- Z99 справочника «Шифры диагнозов по МКБ-10» (&lt;mkb10_XX&gt;) в сочетании с кодами медицинских услуг из разделов 25, 26, 27, 28, 29, 30/125, 126, 127, 128, 129, 130 реестра медицинских услуг.</li> </ol> <p><b><u>Исключения к пункту 5:</u></b></p> <p>Разрешено использование Z13.8, Z01.7, Z20, Z34, Z35, Z11.5, Z03.8, Z22.8.</p> <p><b><i>Дополнительно только для иногородних пациентов:</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. регистрация в качестве основного диагноза (параметр счёта &lt;Ds&gt;) шифра рубрики справочника &lt;mkb10_XX&gt; при наличии подрубрики.</li> </ol> <p><b><u>Исключение к пункту 6:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не применяется к счетам ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ».</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. регистрация в счете следующих диагнозов: разделы A15-A19, A50-A64, B20-B24, B95-B97, F00-F99, Z02, Z11-Z13, диагнозов Z00.0,</li> </ol>	DS, DS_2, DS_3, DS_0

		<p>Z10.0.</p> <p><b><u>Исключения к пункту 7:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разрешено использование Z13.8 для услуг с кодами «15001/115001», «1167», «1267», «1277», «1307», «1447».</li> <li>2. Разрешено использование Z11.5, Z03.8, Z22.8, Z20.8.</li> </ol> <p>8. Регистрация в счете диагноза из разделов Z00-Z99 справочника «Шифры диагнозов по МКБ-10» (&lt;mkb10_XX&gt;) 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><b><u>Исключения к пункту 8:</u></b></p> <p>Разрешено использование Z01.7, Z20, Z34, Z35, Z11.5, Z03.8, Z22.8.</p>	
5.1.4.	DV	<p><b>Недопустимое сочетание диагноза и услуги:</b></p> <p><b><u>Ошибкой DV считается:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Регистрация в счете с МС (кроме 97158 / 81094 разделов 200/297/300/397) основного диагноза (параметр счёта &lt;DS&gt;), не отвечающего соответствию кода МС и шифра диагноза по справочнику &lt;Ms_mkbXX&gt;</li> </ol> <p><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b></p> <p>Из проверки исключаются записи со значением &lt;d_type&gt; = «1», «5» или &lt;tip&gt; = «5».</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Регистрация в счете с услугами 97158 / 81094 основного диагноза, не отвечающего соответствию кода МС и шифра диагноза по справочнику &lt;Ms_mkbXX&gt;.</li> </ol> <p><b><u>Примечание к пункту 2:</u></b></p> <p>Ошибочными также считаются записи, подтвержденные Протоколом КЭК и смерти пациента (&lt;D_type&gt; счёта = &lt;1&gt; / &lt;5&gt;, или &lt;TP&gt; = &lt;5&gt;);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. регистрация в счете с услугами 97158 / 81094 основного диагноза (параметр счёта &lt;DS&gt;) «C97» без указания одного из 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.</li> <li>4. 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 соответствующего допустимому по справочнику «Основные характеристики медицинских услуг» («CodwdrXX», НСИ, параметр &lt;z_ds&gt;, отличное от значения «пусто» / «пробел»).</li> </ol> <p><b><u>Справочно к п. 4:</u></b></p> <p>Сочетание перечисленных в справочнике услуг с любым диагнозом из других разделов МКБ-10 ошибкой не является.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Регистрация в счете с услугами ВМП (разделы 200/297/300/397) основного диагноза, не отвечающего соответствию кода МС и шифра диагноза по справочнику &lt;Ms_mkbXX&gt;.</li> </ol> <p><b><u>Примечание к пункту 5:</u></b></p> <p>Ошибочными также считаются записи, подтвержденные Протоколом КЭК и смерти пациента (&lt;D_type&gt; счёта = &lt;1&gt; / &lt;5&gt;, или &lt;TP&gt; = &lt;5&gt;);</p>	DS, DS_2, DS_3, DS_0

		<p><b><u>Общие примечания:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В случае отсутствия медицинской услуги в справочнике «Соответствие МК и шифров диагнозов» (&lt;Ms_mkbXX &gt;) – не контролируется.</li> <li>2. При маске значения поля DS справочника «Ms_mkbXX» - XXX основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов.</li> <li>3. 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.</li> </ol> <p><b><u>Общее исключение:</u></b></p> <p>Медицинские услуги, оказанные в стационаре кратковременного пребывания (2-3 цифры фасетного кода отделения «09»), не подлежат контролю по справочнику «Ms_mkbXX».</p> <p>6. Регистрация в счете с услугами 61420/161420, 161421, 61410/161410, 161411, 61400 / 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150 – 70170 / 170150 - 170171 основного диагноза, не отвечающего соответствию кода МК и шифра диагноза по справочнику &lt;Ms_mkbXX&gt;.</p> <p><b><u>Примечание к пункту 6:</u></b></p> <p>Ошибочными также считаются записи, подтвержденные Протоколом КЭК и случаи смерти пациента (&lt;D_type&gt; счета = &lt;1&gt; / &lt;5&gt;, или &lt;TP&gt; = &lt;5&gt;);</p>	
5.1.4.	HE	<p><b>Несоответствие диагноза и пола пациента:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ошибкой считается несовпадение значений пола пациента (пол устанавливается по значению поля «w» файла реестра или по соответствующим данным поля «медицинская карта пациента» («с_») для незарегистрированного новорожденного) со справочным (поле «sex» в справочнике «mkb10_XX»), при «непустом» значении поля «sex».</li> </ol> <p><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При указании особого случая счёта «4» (d_type = 4) проверка не проводится.</li> </ol>	DS
5.1.4.	CS	<p><b>Заявленный код медицинской помощи отсутствует в реестрах услуг/МК/ВМП:</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Несоответствие кода услуги справочникам «Реестр медицинских услуг» («reesusXX», НСИ), «Реестр медицинских стандартов» («reesmsXX», НСИ), «Реестр ВМП» («reesvpXX», НСИ);</li> </ol>	COD
5.1.4.	TV	<p><b>Медицинская услуга не соответствует возрастной категории населения, обслуживаемого МО.</b></p> <p>К ошибке относится запись счета с кодом медицинской услуги/МК, которая ориентирована на применение в детских медицинских учреждениях, но зарегистрирована в МО, обслуживающем взрослое население, и наоборот.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. МО, имеющие во втором разряде мнемокода «1», оказывают медицинские услуги только взрослому населению.</li> </ol> <p>Проверка проводится по справочнику НСИ codwdrXX.dbf («Основные характеристики медицинских услуг»). Допустимы коды услуг (параметр &lt;Cod&gt;), для которых параметр &lt;kr&gt; – 1. При отсутствии данных в параметре &lt;kr&gt; (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</p>	COD



		<p>разрешены коды в диапазоне «1001» - «99647» и 200 - группы кодов, соответствующие возрасту пациента (в диапазоне параметров &lt;Min_ms&gt;, &lt;Max_ms&gt; = 174,1560).</p> <p><b><u>Исключения к пункту 1:</u></b>  Не допускаются счета незарегистрированных новорожденных, получающих медпомощь по полису матери/ законного представителя (в параметре &lt;C_i&gt; реестра счетов имеется условная форма записи о незарегистрированном новорожденном: собственно номер медкарты/ истории болезни не более 12 символов #пол#ГТГГММДД#номер ребёнка), отмеченные особым случаем реестра пациентов &lt;D_type&gt; = 9.</p> <p>2. МО, имеющие во втором разряде мнсмокода «2», оказывают медицинские услуги только детскому населению.  Проверка проводится по справочнику НСИ codwdrXX.dbf («Основные характеристики медицинских услуг»). Допустимы коды услуг (параметр &lt;Cod&gt;), для которых параметр &lt;kr&gt; = 2. При отсутствии данных в параметре &lt;kr&gt; (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 &lt;Min_ms&gt;, &lt;Max_ms&gt; = 0, 1560).</p> <p><b><u>Исключения к пункту 2:</u></b>  Разрешены счета незарегистрированных новорожденных, получающих помощь по полису матери / законного представителя (в параметре &lt;C_i&gt; реестра счетов имеется условная форма записи о незарегистрированном новорожденном: собственно номер медкарты/ истории болезни не более 12 символов#пол#ГТГГММДД #номер ребёнка), отмеченные особым случаем реестра пациентов &lt;D_type&gt; = 9.  Возраст пациента рассчитывается в количестве полных месяцев (дней для случаев перинатального периода новорожденных) от даты его рождения, указанной в параметре &lt;C_i&gt;.</p> <p>3. МО, имеющие во втором разряде мнсмокода «3», оказывают медицинские услуги взрослому и детскому населению.  Анализ счёта по данному разделу не проводится.</p> <p><b><u>Исключения к пункту 3:</u></b>  Не допускаются коды в диапазоне «61010» - «99647» за исключением 70150, 70160, 70170, 61400, 61410, 61430 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><b>Несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) типу МО.</b>  К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Регистрация в счете МО услуг, выполнение которых не подтверждено лицензией данной МО;</li> <li>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 &lt;stac&gt;) и кодификатору «Номенклатура МО» («nomlpuXX», НСИ, параметр &lt;stac&gt;).</li> </ol> <p><b><u>Исключения к пункту 2:</u></b></p>	COD

		<p>1. Коды 29006 / 129006, 29007 / 129007 разрешены в АПУ;</p> <p>2. Коды раздела 146 в амбулаторно-поликлинических условиях разрешены для:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ»;</li> <li>- ГБУЗ "Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого";</li> </ul> <p>3. Коды 36022-36024/136022-136024, оказанные в дополнение к услугам разделов 97/197.</p> <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> <p><b><u>Исключение для МО, входящих в перечень «sprncо»:</u></b>  При оказании медицинских услуг 61420/161420, 161421, 61410/161410, 161411, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, 61400, 161400, 161401 в медицинских организациях из справочника «sprncо», проверка на соответствие лицензии <b>не проводится.</b></p>	
5.3.1.	NW	<p><b>Медицинская помощь, не оплачиваемая из средств ОМС.</b></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"> <li>135 авиационной и космической медицине</li> <li>139 водолазной медицине</li> <li>008 военно-врачебной экспертизе</li> <li>010 врачебно-лётной экспертизе</li> <li>140 гигиене в стоматологии</li> <li>141 гигиеническому воспитанию</li> <li>142 дезинфектологии</li> <li>027 забору гемопоэтических стволовых клеток</li> <li>144 заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов</li> <li>145 изъятию и хранению органов и (или) тканей человека для трансплантации</li> <li>036 клинической фармакологии</li> <li>174 комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе</li> <li>176 комплексной стационарной судебно-психиатрической экспертизе (психолого-психиатрической, сексолого-пс</li> <li>149 медико-социальной помощи</li> <li>148 медико-социальной экспертизе</li> <li>050 медицинским осмотрам (предполетным, послеполетным)</li> <li>049 медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым)</li> <li>150 медицинским осмотрам (предсменным, послесменным)</li> <li>047 медицинской оптике</li> <li>051 медицинской статистике</li> <li>152 медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители</li> <li>153 медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции</li> <li>154 медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для о</li> <li>156 медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием</li> <li>155 медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным с</li> </ul>	



		<p>157 медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токс)</p> <p>159 наркологии</p> <p>173 однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе</p> <p>175 однородной стационарной судебно-психиатрической экспертизе</p> <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><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b> 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  242 Медико-социальная экспертиза  243 Медико-социальная экспертиза  244 Медико-социальная экспертиза  245 Медико-социальная экспертиза  246 Медико-социальная экспертиза  7 Медицинская биофизика  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><b>Несоответствие оказанной медицинской помощи полу пациента:</b>  К ошибке относится:  1. Несовпадение значений пола пациента со справочным («codwdrXX», НСИ, параметр &lt;sex&gt;) при «непустом» значении параметра &lt;sex&gt;;  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 «lotd» реестра медицинских услуг не должны содержать коды «003», «136», «137», «184» (гинекология и акушерство).  <b><u>Общее исключение:</u></b>  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.  3. Не применяется для медицинских услуг 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, 61410, 161410, 161411, 61420/161420, 161421.</p>	COD
5.1.4.	H3	<p><b>Несоответствие кода «особый случай в счете пациента»</b></p>	D_TYP

		<b>справочнику «ososchXX».</b>	E
5.1.4.	SO	<p><b>Код отделения не соответствует кодификатору</b></p> <p>1. Код отделения в счете не отвечает коду отделения по справочнику &lt;D&gt;, в т.ч. кода отделения счета нет в справочнике.</p> <p><b>Только для счетов иногородних и не идентифицированных пациентов:</b></p> <p>2. Регистрация в счете услуг, оказанных в СКП (2-3 разряд фасетного кода отделения «09»).</p>	IOTD
5.1.4.	PO	<p><b>Услуга с диагнозом из раздела Z-код пациенту не оплачивается (только для счетов иногородних и не идентифицированных пациентов):</b></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 &lt;Maska&gt;. При совпадении значений счета и справочника запись счета относится к ошибочной.</p>	DS
5.1.4.	R1	<p><b>Некорректное значение (в т.ч. пусто) исхода заболевания.</b></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><b><u>Справочно:</u></b> 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 &lt;OTD&gt;, &lt;USL_OK&gt;, &lt;NAME_U&gt;.</p>	ISHOD
5.1.4.	R2	<p><b>Некорректное значение (в т.ч. пусто) результата лечения.</b></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</p>	RSLT

комплексных медицинских услуг диспансеризации и профилактических осмотров нарушает следующие правила:

**Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних:**

- при C\_I='ПРОФД\_'+ Sn\_pol и кодах услуг 101933-101945, 101951 результат лечения равен 332-336, 361-364;
- при C\_I='ПРОФД\_'+ Sn\_pol и кодах услуг 101028, 101030 результат лечения равен 332-336;
- при C\_I='ПРОФД\_'+ Sn\_pol результат лечения равен 361-364 (медицинская услуга может быть любая);

**Профилактический медицинский осмотр взрослого населения:**

- при C\_I='ПРОФВ\_'+ Sn\_pol и кодах услуг 1949-1954, 1968-1973 результат лечения равен 343-344, 373-374;

**ДУ:**

- для кода услуги 101952 и C\_I = 'ДУ\_' + Sn\_pol результат лечения равен 347-351, 369-372;
- для кодов услуг 101028,101030, 101003 и C\_I = 'ДУ\_' + Sn\_pol результат лечения равен 347-351, 369-372;
- для C\_I = 'ДУ\_' + Sn\_pol и коду услуги, не равному 101952, 101028,101030, 101003 результат лечения равен 369-372

**ДС:**

- для кода услуги 101952 и C\_I = 'ДС\_' + Sn\_pol результат лечения равен 321-325, 365-368
- для кодов услуг 101028,101030, 101003 и C\_I = 'ДС\_' + Sn\_pol результат лечения равен 321-325, 365-368
- для C\_I = 'ДС\_' + Sn\_pol и коду услуги, не равному 101952, 101028,101030, результат лечения равен 365-368

**ДД взрослого населения:**

- для кодов услуг 1936-1948, 1955-1967 и C\_I = 'ДД\_' + Sn\_pol результат лечения равен 317,318,355-356, 353,357,358
- для кодов услуг 1017, 1807 и C\_I = 'ДД\_' + Sn\_pol результат лечение равен 317,318,355-356
- для C\_I = 'ДД\_' + Sn\_pol и коду услуги, не равному 1936-1948, 1955-1967, 1017, 1807, результат лечения равен 353,357,358

4. Результат обращения за медицинской помощью не соответствует условиям оказания медицинской помощи:

- 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».

**Справочно:**

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>.

5. Соответствие кода результата обращения и исхода заболевания нарушает следующие правила:

- RSLT = {102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109} и ISHOD <> 101;
- RSLT = {202, 203, 204, 205, 206, 207, 208} и ISHOD <> 201;
- RSLT = {105, 106} и ISHOD = 104;
- RSLT = {205, 206} и ISHOD = 204;
- RSLT = {313} и ISHOD = 305;

5.1.4.	R3	<p><b>Некорректное значение специальности исполнителя.</b></p> <p>К ошибке относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Регистрация кода специальности, не включенной в кодификатор специальностей ИСИ «SpV014XX», параметр &lt;Code&gt;;</li> <li>2. Регистрация в счете кода специальности исполнителя, не указанной по данному специалисту в справочнике исполнителей &lt;NV&gt;;</li> <li>3. Для МС и ВМП: указанные в параметре &lt;Prvs&gt; коды специальностей среднего медицинского персонала.</li> <li>4. Указание кода специальности врача из перечня:</li> </ol> <table border="1" data-bbox="475 517 1070 1955"> <thead> <tr> <th>CODE</th> <th>NAME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4</td><td>Фармация</td></tr> <tr><td>5</td><td>Сестринское дело</td></tr> <tr><td>204</td><td>Средний медицинский персонал</td></tr> <tr><td>205</td><td>Организация сестринского дела</td></tr> <tr><td>206</td><td>Лечебное дело</td></tr> <tr><td>208</td><td>Стоматология</td></tr> <tr><td>209</td><td>Стоматология ортопедическая</td></tr> <tr><td>210</td><td>Эпидемиология (паразитология)</td></tr> <tr><td>211</td><td>Гигиена и санитария</td></tr> <tr><td>212</td><td>Дезинфекционное дело</td></tr> <tr><td>213</td><td>Гигиеническое воспитание</td></tr> <tr><td>214</td><td>Энтомология</td></tr> <tr><td>216</td><td>Гистология</td></tr> <tr><td>217</td><td>Лабораторное дело</td></tr> <tr><td>218</td><td>Фармация</td></tr> <tr><td>219</td><td>Сестринское дело</td></tr> <tr><td>221</td><td>Сестринское дело в педиатрии</td></tr> <tr><td>223</td><td>Анестезиология и реаниматология</td></tr> <tr><td>224</td><td>Общая практика</td></tr> <tr><td>226</td><td>Функциональная диагностика</td></tr> <tr><td>227</td><td>Физиотерапия</td></tr> <tr><td>228</td><td>Медицинский массаж</td></tr> <tr><td>230</td><td>Лечебная физкультура</td></tr> <tr><td>231</td><td>Диетология</td></tr> <tr><td>232</td><td>Медицинская статистика</td></tr> <tr><td>233</td><td>Стоматология профилактическая</td></tr> <tr><td>235</td><td>Медицинская оптика</td></tr> <tr><td>279</td><td>Медико-социальная помощь</td></tr> <tr><td>281</td><td>Реабилитационное сестринское дело</td></tr> <tr><td>282</td><td>Сестринское дело в косметологии</td></tr> <tr><td>287</td><td>Естественные науки</td></tr> <tr><td>288</td><td>Биофизика</td></tr> <tr><td>3200</td><td>Биохимия</td></tr> </tbody> </table> <p>для медицинских услуг, имеющих расчётный вид медицинской помощи «12», «13» или «31».</p> <p>Справочно:</p> <p>Вид медицинской помощи вычисляется по следующим правилам:</p>	CODE	NAME	4	Фармация	5	Сестринское дело	204	Средний медицинский персонал	205	Организация сестринского дела	206	Лечебное дело	208	Стоматология	209	Стоматология ортопедическая	210	Эпидемиология (паразитология)	211	Гигиена и санитария	212	Дезинфекционное дело	213	Гигиеническое воспитание	214	Энтомология	216	Гистология	217	Лабораторное дело	218	Фармация	219	Сестринское дело	221	Сестринское дело в педиатрии	223	Анестезиология и реаниматология	224	Общая практика	226	Функциональная диагностика	227	Физиотерапия	228	Медицинский массаж	230	Лечебная физкультура	231	Диетология	232	Медицинская статистика	233	Стоматология профилактическая	235	Медицинская оптика	279	Медико-социальная помощь	281	Реабилитационное сестринское дело	282	Сестринское дело в косметологии	287	Естественные науки	288	Биофизика	3200	Биохимия	PRVS
CODE	NAME																																																																						
4	Фармация																																																																						
5	Сестринское дело																																																																						
204	Средний медицинский персонал																																																																						
205	Организация сестринского дела																																																																						
206	Лечебное дело																																																																						
208	Стоматология																																																																						
209	Стоматология ортопедическая																																																																						
210	Эпидемиология (паразитология)																																																																						
211	Гигиена и санитария																																																																						
212	Дезинфекционное дело																																																																						
213	Гигиеническое воспитание																																																																						
214	Энтомология																																																																						
216	Гистология																																																																						
217	Лабораторное дело																																																																						
218	Фармация																																																																						
219	Сестринское дело																																																																						
221	Сестринское дело в педиатрии																																																																						
223	Анестезиология и реаниматология																																																																						
224	Общая практика																																																																						
226	Функциональная диагностика																																																																						
227	Физиотерапия																																																																						
228	Медицинский массаж																																																																						
230	Лечебная физкультура																																																																						
231	Диетология																																																																						
232	Медицинская статистика																																																																						
233	Стоматология профилактическая																																																																						
235	Медицинская оптика																																																																						
279	Медико-социальная помощь																																																																						
281	Реабилитационное сестринское дело																																																																						
282	Сестринское дело в косметологии																																																																						
287	Естественные науки																																																																						
288	Биофизика																																																																						
3200	Биохимия																																																																						

		<p>- для медицинской помощи (кроме ВМП разделов Реестра услуг 200 / 297 / 300 / 397), оказанной в условиях круглосуточного стационара (отделения, для которых по справочнику НСИ АИС ОМС «PROFOT» параметр USL_OK = 1), присваивается значение вида МП = «31» - «специализированная медицинская помощь»;</p> <p>- для медицинской помощи по ВМП (разделы Реестра услуг 200 / 300 / 397), медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (отделения, для которых по справочнику НСИ АИС ОМС «PROFOT» параметр USL_OK = 3), медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (отделения, для которых по справочнику НСИ АИС ОМС «PROFOT» параметр USL_OK = 4, а также счета ГБУ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»), медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (отделения, для которых по справочнику НСИ АИС ОМС «PROFOT» параметр USL_OK = 2), значение кода вида медицинской помощи определяется по справочнику пакета НСИ АИС ОМС «USVMP» параметр «VMP».</p> <p><b><u>Исключение к пункту 4:</u></b></p> <p>1. Услуги, оказанные в приёмном покое стационара с койками и без коечного фонда контролю не подлежат.</p> <p>5. Регистрация в счёте отделения реанимации и интенсивной терапии (2-3 символы фасетного кода отделения соответствуют значению «USL_OK» = «1» по справочнику «profotXX» и 4-6 символы фасетного кода отделения «005» / «167») исполнителя медицинской услуги, имеющего специальность, отличную от «9» - «Анестезиология и реаниматология».</p>	
5.1.4.	R4	<p><b>Несоответствие специальности врача возрасту пациента.</b></p> <p>1. Специальность исполнителя медицинской помощи из множества {81, 41, 73, 82, 42, 11, 83, 149, 22, 174} оказывается пациенту, возраст которого на начало лечения <math>\geq</math> 18 лет.</p> <p>2. Специальность исполнителя медицинской помощи «15» оказывается пациенту, возраст которого на начало лечения <math>&gt;</math> 1 года.</p> <p>3. Специальность исполнителя медицинской помощи «66» / «116» оказывается пациенту, возраст которого на начало лечения <math>&lt;</math> 65 лет.</p> <p>4. Специальность исполнителя медицинской помощи из множества {118, 260, 17, 145, 31} оказывается пациенту, возраст которого на начало лечения <math>&lt;</math> 18 лет.</p> <p>5. Специальность исполнителя медицинской помощи «27» оказывается пациенту, возраст которого на начало лечения <math>&lt;</math> 15 лет.</p> <p><b><u>Общие исключения:</u></b></p> <p>Из проверки исключаются:</p> <p>1. Записи счета со значением поля «d_type» = «1», «5» и «2» / «e» или «tip» = «5»;</p> <p>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» («nosodrXX», НСИ).</p> <p>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</p>	



		<p>следующим правилам:</p> <p>-Для записей реестра счетов, содержащих сведения о лечении матери/ законного представителя (номер медкарты/ истории болезни в поле &lt;C_i&gt; имеет стандартный вид), возраст пациента рассчитывают в количестве полных месяцев от указанной в параметре &lt;Dr&gt; реестра пациентов даты рождения матери/ законного представителя.</p> <p><b><u>Справочно:</u></b></p> <p>Специальность исполнителя медицинской помощи регистрируется в файле-реестре счетов в параметре «PRVS». Значение проставляется в соответствии со справочником «SPV015» параметр «CODE».</p>	
5.6.	VD	<p><b>Истек срок действия сертификата исполнителя.</b></p> <p>1. Ошибкой считается превышение даты оказания медицинской услуги, зарегистрированной в счете (&lt;D_U&gt;), срока действия сертификата исполнителя (параметр &lt;D_SLR&gt; + 5 лет) по специальности, зарегистрированной в счете и подтвержденной по справочнику специалистов исполнителей NV.</p> <p><b><u>Примечание к пункту 1:</u></b></p> <p>Для сертификатов специалистов, срок действия которых (&lt;D_SFR&gt; + 5 лет) истёк 15.03.2020 и позже, ошибка не выставляется. Такие сертификаты считаются действующими до 31.12.2020.</p>	PRVS
5.1.1	NV	<p><b>Некорректные сведения по исполнителю услуги.</b></p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Регистрация в счете кода исполнителя, не зарегистрированного - в справочнике МО исполнителей &lt;NV.&gt;;</p> <p>2. Неполнота данных справочника МО об исполнителе &lt;NV.&gt;;</p> <p>3. Дата приёма исполнителя медицинской услуги на работу (параметр D_PRIK) позже даты оказанной им медицинской услуги.</p>	PCOD
5.4.1.	61	<p><b>Отсутствие тарифа на медицинскую услугу.</b></p> <p>1. Регистрация в счете МО медицинской услуги, код которой отсутствует в графе &lt;Cod&gt; справочника НСИ АИС ОМС «tarimuXX.dbf».</p>	COD
5.5.2.	64	<p><b>Нелицензированная МП (окончание лицензии)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>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.</p>	
5.1.4.	EF	<p><b>Несоответствие указанного кода гражданства пациента кодификатору НСИ «countrXX».</b></p>	C_A
5.1.4.	EG	<p><b>Несоответствие кода медицинской услуги и условий оказания медицинской помощи.</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Регистрация в дневном стационаре (2-3 цифры фасетного кода отделения &lt;lotd&gt;= «80», «81») медицинских услуг, отличных от услуг разделов «97» / «197» / «297» / «397» а также:</p> <p>- услуг «36022», «36023», «36024» оказанных в отделении ДС с 4-6 цифры фасетного кода отделения «lotd» = «060», «012» в дополнение к услугам раздела «97», при проведении химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями при указании того же номера медкарты (C_1) пациента и особого случая счёта &lt;D_type&gt; = «2»;</p> <p>- услуги «1781».</p> <p><b><u>Справочно:</u></b></p>	



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 <lotd>, которым соответствует параметр «USL\_OK» = «1» по данным справочника НСИ profotXX.dbf медицинских услуг, коды которых включены в справочник НСИ reesusXX.dbf.

**Исключения к пункту 2:**

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 <lotd>= «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).
3. Регистрация в амбулаторно-поликлинических отделениях / кабинетах МО (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета <lotd>, 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>=8 по данным справочника НСИ «Основные характеристики медицинских услуг» «codwdrXX.dbf»).

**Исключения к пункту 3:**

1. Коды «29006», «29007»;
2. Коды разделов «29» / «129» и «59» / «159» разрешены в отделении патологической анатомии (2-3 цифра фасетного кода отделения <lotd>= «85»);
3. В параклинических отделениях (2-3 цифра фасетного кода отделения <lotd>= «90») допускается оказание услуг из справочника REESUS, имеющих параметр <stac>=8 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:
  - 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 <lotd> = «01»).

**Примечание к исключениям к пункту 3:**

1. Пункт 4 исключений является самостоятельным и не зависимым от пункта 3.

		<p>2. Пункт 4 применяется при оказании услуг 146 раздела в амбулаторных условиях (2-3 цифра фасетного кода отделения &lt;Iotd&gt;= «00» или «01») в указанных МО в процессе оказания стоматологической помощи.</p> <p>4. Регистрация в амбулаторно-поликлинических отделениях / кабинетах МО (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета &lt;Iotd&gt;, которым соответствует параметр «USL_OK» = «3» по данным справочника НСИ profotXX.dbf) медицинских услуг разделов «49» / «149», за исключением 49020, а также услуг «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 &lt;Iotd&gt;= «70» / «73») медицинских услуг по амбулаторному приёму врачей-специалистов «1001» – «1730» и «1801» - «1830» / «101001» - «101773».</p> <p><b><u>Примечание к пункту 6:</u></b> 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 &lt;Iotd&gt;, которым соответствует параметр «USL_OK» = «2» по данным справочника НСИ profotXX.dbf).</p>	
--	--	--	--

#### 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><b>Возраст пациента не совместим с заявленной медицинской услугой:</b></p> <p>К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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»).</li> <li>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 <b>старше 12 месяцев (от рождения)</b>.</li> </ol> <p><b><u>Исключения к пунктам 1 и 2:</u></b></p> <p>Из проверки исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Записи счета со значением поля «d_type» = «1», «5» и «2» / «e» или «tip» = «5»;</li> <li>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» &lt;= «1»); перечень диагнозов устанавливается по справочнику «Перечень диагнозов, исключающих проверку возраста» («mccodrXX», НСИ).</li> <li>3. В счете незарегистрированного новорожденного и его матери/</li> </ol>

		<p>законного представителя (особый случай реестра пациентов &lt;D_type&gt; = 9), нарушение соответствия допустимого (по данным справочника НСИ «codwdrXX», параметр «min_ms» и «max_ms») возрастного интервала для медицинской услуги, указанной в параметре &lt;Cod&gt; реестра счетов, и возраста пациента, который определяют по следующим правилам:</p> <p>-Для записей реестра счетов, содержащих сведения о лечении матери/ законного представителя (номер медкарты/ истории болезни в поле &lt;C_i&gt; имеет стандартный вид), возраст пациента рассчитывают в количестве полных месяцев от указанной в параметре &lt;Dr&gt; реестра пациентов даты рождения матери/ законного представителя;</p> <p>- Для записей реестра счетов, содержащих сведения о лечении младенца (в параметре &lt;C_i&gt; реестра счетов имеется условная форма записи о незарегистрированном новорожденном: собственно номер медкарты/ истории болезни не более 12 символов#пол#ГГГММДД#номер ребёнка), возраст пациента рассчитывают в количестве полных месяцев (дней для случаев перинатального периода новорожденных) от даты его рождения, указанной в параметре &lt;C_i&gt;.</p> <p><b>Только для иногородних пациентов:</b></p> <p>3. 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><b>Медицинская услуга оказана после смерти пациента, зарегистрированной в счёте МО.</b></p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Дата оказания медицинской помощи (параметр счета &lt;d_u&gt;) позже даты смерти, зарегистрированной в счёте.</p> <p><b><u>Примечание к пункту 1:</u></b></p> <p>Регистрацией в счёта факта смерти считается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи регистрация в счёте медицинской услуги «1561» - «Констатация факта смерти», или иной услуги с указанием кода особого случая «5» (D_TYPE = 5);</li> <li>- регистрация в счёте услуг аутопсии (разделы 59/159);</li> <li>- при оказании медицинской помощи в дневном стационаре регистрация в счёте медицинской услуги со значением параметра «RSLT» - «результат обращения», равным «205» / «206», или с указанием кода особого случая «5» (D_TYPE = 5), или с указанием кода прерванного случая лечения «5» (TIP = 5);</li> <li>- при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре регистрация в счёте медицинской услуги со значением параметра «RSLT» - «результат обращения», равным «105» / «106», или с указанием кода особого случая «5» (D_TYPE = 5), или с указанием кода прерванного случая лечения «5» (TIP = 5);</li> <li>- при оказании медицинской помощи бригадами ССиНМП регистрация в счёте медицинской услуги со значением параметра «RES» - «результат вызова», равным «10» / «11» / «12».</li> </ul> <p><b><u>Справочно:</u></b></p> <p>Дата смерти устанавливается по дате &lt;d_u&gt; при выполнении одного из перечисленных в примечании к пункту 1 условий.</p> <p><b><u>Исключения к пункту 1:</u></b></p> <p>Из проверки исключается:</p> <p>1. Совместный счет на мать и незарегистрированного</p>

		<p>новорожденного, в котором зафиксирована смерть новорожденного;</p> <p>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 отчетных периодов после месяца смерти пациента.</p> <p>3. Услуги раздела 29 / 129, выполненные в той же или иной МО (патологоанатомическом отделении стационара, 2-3 цифры фасетного кода отделения = «85») в течение 2-х отчетных периодов после месяца смерти пациента.</p> <p><b><u>Дополнительно:</u></b></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 (ЦПИ) ДЗМ» (Lpu_id=1795).</p>
5.1.4.	VU	<p><b>Медицинская услуга оказана раньше рождения пациента.</b></p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Медицинская помощь оказана хронологически раньше рождения пациента (<math>(d\_u) + 1) &lt; (d_r)</math> - для негоспитализированного пациента; для госпитализированного пациента вместо дня выписки «d_u» берется рассчитанный день госпитализации и к нему прибавляется 1).</p> <p><b><u>Справочно:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рассчитанный день госпитализации для незарегистрированного новорожденного определяется только по медицинским услугам, оказанным новорожденному (на составной номер истории болезни). Медицинские услуги, оказанные матери, или иному законному представителю, в расчете не участвуют.</li> <li>2. Расчет делается отдельно для каждой медицинской услуги.</li> <li>3. Для незарегистрированного новорожденного дата рождения определяется по соответствующим данным поля «медицинская карта пациента» («C_u») и/или поля «Novor»).</li> </ol>
5.1.4.	UO	<p><b>Недопустимое сочетание медицинской услуги в профиле отделения.</b></p> <p>К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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).</li> <li>2. Оказание в отделениях патологической анатомии / патоморфологических лабораториях (2-3 символа фасетного кода отделения «85» ИЛИ 4-6 символ «067») медицинских услуг, отличных от услуг разделов 29 / 129, 59 / 159.</li> <li>3. Оказание в отделениях анестезиологии и реаниматологии (2-3 символа фасетного кода отделения соответствуют значению «USL_OK» = «1» по справочнику «profilXX» 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.</li> </ol> <p><b><u>Исключение к пункту 3:</u></b></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><b><u>Только для иногородних пациентов:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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»).</li> <li>4. Профиль отделения, где оказана услуга (4 - 6 позиции кода отделения «iodt»), включен в справочник «codotdXX» по ключу «u», но услуга счета не отвечает значению «cod».</li> </ol>

		<p><b><u>Исключения к пунктам 3 и 4:</u></b></p> <p>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»).</p> <p>2. Для услуг 61410/161410, 161411, 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, 61420/161420, 161421 контроль не проводится.</p> <p>4. Оказание медицинских услуг разделов 83 / 183 в отделениях, отличных от отделений 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»).</p>
5.1.4.	NS	<p><b>Отсутствие совместно выполняемых услуг</b> (проверяется наличие обязательного сочетания услуг, выполненных в один и тот же день - совместные услуги).</p> <p>1. К ошибке относится услуга, включенная в справочник «sovmpnoXX», НСИ по ключу «у» (параметр &lt;kl&gt;) при отсутствии в счёте совместно выполняемой услуги (параметр &lt;cod_1&gt; справочника).</p> <p><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b></p> <p>На записи со значением поля «d_type» = «2» / «а» ошибка не выставляется.</p> <p>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:</p> <p>- 64031, 64034, 64041, 64051, 64061, 64071, 64072, 64081, 64082, 64091, 64092, 64101, 64111, 64121, 64122, 64124, 64131, 64141, 64151, 64160, 97003, 97006, 97060 — 97073, 97107, 97143 — 97158, 197014 — 197016, 164090, 164091, 164100, 164101, 164110, 164111, 164120, 164121, 164180, 164181, 164190, 164191;</p> <p>- «81», «90», «190» – групп кодов.</p>
5.7.3.	NU	<p><b>Несовместимые (взаимопоглощающие) услуги</b> (проверяется отсутствие в счёте 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 &lt;kl&gt;), при наличии в совокупном счёте пациента услуги, включенной в запись справочника (параметр &lt;cod_1&gt; справочника).</p> <p><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b></p> <p>На записи со значением поля «d_type» = «2» / «а» ошибка не выставляется при условии, что такое значение имеется на <b>всех</b> услугах, идентифицированных как несовместимые (взаимопоглощающие).</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» (&lt;d_type&gt; = «2»)</p>
5.1.4.	TF	<p><b>Код прерывания МС не соответствует кодификатору или недопустимое прерывание МС:</b></p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Регистрация в счёте по МС значения параметра &lt;tip&gt;, не включённого в справочник «krpemsXX» НСИ</p> <p><b><u>Замечание к пункту 1:</u></b></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 «tprno_XX», НСИ;</p> <p>3. Регистрация значения параметра &lt;tpr&gt;, отличного от "v" в счёте по ВМП (разделы 200 / 297 / 300 / 397);</p> <p>4. Регистрация значения параметра &lt;tpr&gt;= "v" для видов медпомощи, не относящихся к ВМП (разделы 200 / 297 / 300 / 397);</p> <p>5. Регистрация значения параметра &lt;tpr&gt;=А в отделениях, не соответствующих допустимым профилям: аллергология и иммунология, химиотерапии, гематологии и ревматологии (4-6 разряды фасетного кода отделения &lt;lotd&gt;= 004, 012, 018, 060, 077).</p> <p>6. Регистрация значения параметра &lt;tpr&gt;=R в отделениях, не соответствующих профилю медицинской реабилитации стационара (т.е. отличных от 2,3 разрядов фасетного кода отделения &lt;lotd&gt; = 69,82,87,88, 89 и 4-6 разрядов &lt;lotd&gt; = 158);</p> <p>7. Регистрация значения параметра &lt;tpr&gt; = R ранее 14 дней лечения в отделении медицинской реабилитации стационара. То есть, запись счёта пациента, содержащая &lt;tpr&gt;= R и фасетный код отделения &lt;lotd&gt;, имеющий 2,3 разряд = 69,82,87,88,89 и 4-6 разряд=158, бракуется при значении параметра &lt;K_u&gt; менее «14»;</p> <p>8. Регистрация значения параметра &lt;tpr&gt;= T ранее 10 дней лечения пациента в профильном отделении стационара. То есть запись счёта пациента, содержащая &lt;tpr&gt;= T, подлежит оплате при значении параметра &lt;K_u&gt; более «9» в отделениях, в которых 2,3 разряды фасетного кода отделения &lt;lotd&gt; не содержат 00, 01,08,09,10,69,70,73, 80, 81,82, 85,87-99;</p> <p>9. Регистрация значения параметра &lt;tpr&gt;=7. <b><u>Исключения к пункту 9:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- счёт пациента включает для одного случая госпитализации (тот же номер истории болезни (C_I)) МС с tpr=7 и хронологически более поздние, либо зарегистрированные на ту же дату «D_U» услуги 56029 / 156003;</li> <li>- счёт пациента включает для одного случая госпитализации (тот же номер истории болезни (C_I)) МС с tpr=7 и хронологически более поздние, либо зарегистрированные на ту же дату «D_U» МС, имеющих иные коды прерванного / законченного случая.</li> </ul>
5.1.4.	КФ	<p><b>Некорректный «особый случай» в счёте госпитализированного пациента.</b></p> <p>К ошибке относятся:</p> <p>1. Код особого случая реестра счетов &lt;D_type&gt; = «s» - «Симультанное хирургическое вмешательство, подтверждённое протоколом КЭК», - проставлен на услуги разделов, отличных от «51-55» и «151-155»;</p> <p>2. Симультанные услуги, отмеченные кодом &lt;D_type&gt; = «s», не сопровождаются в счёте пациента выполняемыми в те же сроки:</p> <p>2.1 Реанимационными МС («83» / «183» группа кодов) в отделениях реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения lotd= «005», «167»);</p> <p>2.2 Кодами услуг «56029/156003» в отделениях реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения lotd= «005», «167») с указанием особого случая счёта &lt;D_type&gt; = «5», «3» при краткосрочной реанимации (менее 12 часов), закончившейся смертью пациента или его переводом в другой стационар в соответствии с кодом &lt;D_type&gt;;</p> <p>2.3 МС, в структуре которых предусмотрено оперативное пособие (перечень разделов указанных МС):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «67» - офтальмология;</li> </ul>

- «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,-

3. МС (реанимационные или в структуре которых предусмотрено оперативное пособие) или коды «56029/156003», одновременно с которыми выполняют симультанные услуги раздела «51-55»/«151-155», указаны без параметра «особый случай счета»:

- <D\_type> = «1»;
- <D\_type> = «5» в случае летального исхода;
- <D\_type> = «3» при переводе пациента в другой стационар.

4. Несовпадение номера истории болезни пациента при оказании симультанного хирургического вмешательства и при регистрации МС или кодов «56029» / «156003»;

5. Для случаев оказания ВМП (200-группа кодов) при летальном исходе код «особый случай» в счете госпитализированного пациента <D\_type>, отличный от значения «5» при одновременном «tip» = «v»;

6. 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 счета» <D\_type>, отличный от значений:

- «5» в случае смерти пациента (параметр <tip> не указывается);
- «3» в случае краткосрочной реанимации и перевода в другой стационар (параметр <tip> не указывается, параметр <Rslt>= «102»);

7. Для услуги «001561» в амбулаторно- поликлинических МО код «особый случай счета» <D\_type>, отличный от значения «5» (параметр <tip> не указывается);

8. Код «особый случай» в счете пациента <D\_type> = «w», означающий услуги выездной бригады другого стационара, не соответствует указанным в счете условиям оказания медпомощи (2,3 позиции фасетного кода отделения <iotd> не равны «93»);

9. 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»;

10. Код «особый случай счета» <D\_type>, отличный от значения «2», для услуг гемодиализа: «49/149» - группа кодов, «97010/197010», выполняемых в отделении стационара;

11. Код «особый случай счета» <D\_type>, отличный от значения «2», для

		<p>услуг установки порт-систем «36022», «36023», «36024» / «136022», «136023», «136024» - выполняемых в отделении стационара / во время лечения пациента в дневном стационаре;</p> <p>12. Для не идентифицированных пациентов ошибочными являются значения особого случая реестра пациентов в поле &lt;D_type&gt;, равные:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «3» - «Полис пациента подтверждён копией»;</li> <li>- «7» - «Реквизиты полиса и пациента подтверждены копией медицинской документации»;</li> <li>- «b», «f», «g», «h», «i», «j», «Q» (используются для прикрепленных);</li> </ul> <p>13. 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 # ППТГММДЦ#номер ребёнка) ошибочными являются значения особого случая реестра пациентов в поле &lt;D_type&gt;, отличные от:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Для иногородних пациентов &lt;D_type&gt; = «9»;</li> <li>- Для не идентифицированных пациентов &lt;D_type&gt; = «9» или «8».</li> </ul> <p>14. Код «особый случай» в счёте пациента &lt;D_type&gt; = «t» (Услуга оказана в отделении медицинской реабилитации), применённый в отделении, профиль которого не соответствует профилю медицинской реабилитации стационара (т.е. фасетный код отделения &lt;lotd&gt; не соответствует значениям: 2, 3 разряды= 69,82,87,88,89 и 4-6 разряды = 158).</p> <p>15. Регистрация в счёта параметра «особый случай счёта» «D_type» = «b» при значении LPU_ORD, отличном от значения LPU_ID.</p> <p><b><u>Примечание к п.15:</u></b> В случае указания шестизначного LPU_ORD по справочнику F003 первые два разряда игнорируются и при проверке на соответствие значению в LPU_ID не участвуют.</p> <p><b><u>Общее примечание:</u></b> Код «особый случай счёта» «D_type» = «b» включает в себя подтверждение, аналогичное «D_type» = «1».</p>
5.7.2.	NO	<p><b>Превышение кратности услуги в день</b> (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"> <li>- «mdayr» - для услуг, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета &lt;lotd&gt;, которым соответствует параметр «USL_OK» = «3» по данным справочника НСИ profotXX.dbf);</li> <li>- «mdays» - для услуг, оказанных в стационарных условиях и условиях дневного стационара (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета &lt;lotd&gt;, которым соответствует параметр «USL_OK» = «1» / «2» по данным справочника НСИ profotXX.dbf).</li> </ul> <p><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b> На записи со значением поля «d_type» = «2» / «8» ошибка не выставляется при условии, что такое значение имеется у <b>всех</b> медицинских услуг, имеющих одинаковое значение параметра «COD», по которому зафиксировано превышение кратности.</p> <p><b><u>Примечание к пункту 1:</u></b> 1. Медицинские услуги разделов 49 / 149 подлежат контролю независимо от наличия или отсутствия особого случая (даже в случае указания «d_type» = «2» / «8» 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> <p><b>Общее примечание:</b></p> <p>Для медицинских услуг из справочника «geesms» и услуг 97/197 / 99 / 199 разделов кратность контролируется по полю «KD_FACT».</p>
5.7.2.	NM	<p><b>Превышение кратности услуги в отчетный период</b> (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 («mmsp» и «mmss» соответственно). Количество пациентов для незарегистрированных новорожденных (в реестре пациентов 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><b>Исключение к пункту 1:</b></p> <p>На записи со значением поля «d_type» = «2» / «8» ошибка не выставляется при условии, что такое значение имеется у <b>всех</b> медицинских услуг, имеющих одинаковое значение параметра «COD», по которому зафиксировано превышение кратности.</p> <p><b>Примечание к пункту 1:</b></p> <p>1. mmsp - для услуг, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета &lt;lotd&gt;, 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 &lt;lotd&gt;, 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>3. 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> <p><b>Общее примечание:</b></p> <p>1. Для медицинских услуг из справочника «geesms» и услуг 97/197 /</p>

		99 / 199 разделов кратность контролируется по полю «KD_FACT».
5.1.6.	DI	<p><b>Разрыв случая госпитализации:</b> К ошибке относится:</p> <p>1. Регистрация более одного законченного случая госпитализации пациента на один номер медицинской карты (параметр счета &lt;C_I&gt;).</p> <p><b>Исключение к пункту 1:</b></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><b>Справочно:</b></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><b>Пересечение сроков госпитализации:</b></p> <p>1. К ошибке относится пересечение сроков госпитализации по МС/ВМП/КСГ или койко-дням у одного пациента (параметр &lt;sn_po&gt;). Ошибкой считается хронологически более ранний период госпитализации.</p> <p><b>Примечание к пункту 1:</b></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><b>Регистрация двух и более одинаковых МС в период одной госпитализации (на один номер истории болезни):</b> К ошибке относится:</p> <p>1. Регистрация двух или более одинаковых МС (ошибкой маркируется МС с более ранней датой выписки из отделения);</p> <p>2. Регистрация двух или более МС в одном отделении (ошибкой маркируется МС с более ранней датой выписки из отделения);</p> <p><b>Исключения к пунктам 1 и 2:</b></p> <p>1. МС раздела «183» в отделении реанимации (4-6 цифры фасетного кода отделения «lotd» = «005» / «167») при лечении по МС</p> <p>2. МС раздела «83» в отделении реанимации (4-6 цифры фасетного кода отделения «lotd» = «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 = 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><b>Общие примечания:</b></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><b>Регистрация на одну дату выписки более одного МС / КСГ:</b> К ошибке относится:</p> <p>1. Регистрация на одну дату выписки двух и более законченных случаев</p>



		<p>МС с «tip» = «0», «A», «T», «R». Ошибкой маркируется МС с меньшим количеством фактических дней лечения;</p> <p><b><u>Исключения к пункту 1:</u></b></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.	UM	<p><b>Регистрация услуги на период госпитализации пациента по МС / ВМП / КСГ / краткосрочной реанимации:</b></p> <p>К ошибке относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 «iote» = «005», «167») включение в счёт иных медицинских услуг, кроме:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Симультанных услуг («51-55» / «151-155» группа кодов) с параметром счёта «D_type» = «s»;</li> <li>1.2 Услуг гемодиализа («49» / «149» - группа кодов с указанием в счёте «D_type» = «2»;</li> </ol> </li> <li>2. При оказании пациенту неотложной медпомощи («84/184» группа кодов) в приёмном отделении с косным фондом (2,3 позиции фасетного кода отделения «iote» = «70») регистрация медицинских услуг, кроме:       <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Кодов «56029» / «156003» в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения «iote» = «005», «167») с параметром счёта «D_type» = «5» («tip» не указывается) при летальном исходе реанимации менее 12 часов;</li> <li>2.2 «59» - группы кодов.</li> </ol> </li> <li>3. Регистрация медицинских услуг в период госпитализации пациента при лечении по МС в данной или иной МО.</li> </ol> <p><b><u>Исключение к пункту 3:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2. Проведение онкоконсилиума (услуги 1781/101781) в период лечения по МС к ошибке не относится (в случае выполнения в МО госпитализации).</li> <li>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).</li> <li>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)).</li> <li>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 выполнении услуги 297 раздела в иной МО).</li> </ol> <p><b><u>Общие исключения для МС. Проверка не распространяется на:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2. совместный счет матери и ребенка, в котором зафиксирована</li> </ol>

		<p>смерть незарегистрированного новорожденного;</p> <p>3. услуги, оказанные в МО по направлению стационара;</p> <p>4. услуги разделов «51 – 55» / «151 – 155» при выполнении:</p> <p>4.1 Реанимационных МС («83» / «183» группа кодов, выполняемых в отделениях реанимационного профиля (4-6 разряд фасетного кода отделения Iotd= «005», «167»),</p> <p>4.2 МС, в структуре которых предусмотрено оперативное пособие (перечень разделов приведён ниже):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «67» - офтальмология;</li> <li>- «167» - офтальмология у детей;</li> <li>- «68» - болезни уха и сосцевидного отростка;</li> <li>- «168» - болезни отоларингологии в педиатрии;</li> <li>- «72» - заболевание хирургического профиля;</li> <li>- «172» - заболевание хирургического профиля в педиатрии;</li> <li>- «73» - болезни зубов и опорного аппарата;</li> <li>- «173» - болезни зубов и челюстно-лицевой области в педиатрии;</li> <li>- «75» - урология;</li> <li>- «175» - урология в педиатрии;</li> <li>- «76» - болезни женских тазовых органов и половых путей,</li> </ul> <p style="text-align: center;">акушерство;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «176» - гинекология детского и подросткового возраста;</li> <li>- «79» - травматология и ортопедия;</li> <li>- «179» - травматология и ортопедия у детей;</li> <li>- «82» - кардиохирургия;</li> <li>- «182» - кардиохирургия у детей;</li> <li>- «85» - нейрохирургия;</li> <li>- «185» - нейрохирургия у детей;</li> <li>- «86» - трансплантология;</li> <li>- «186» - трансплантология у детей;</li> <li>- «90» - онкология;</li> <li>- «190» - специализированная онкологическая помощь.</li> </ul> <p>4.3 Регистрация simultанного хирургического вмешательства допустима только по решению КЭК. В счёте пациента ставится метка &lt;D_type&gt; = «5» на зарегистрированной simultанной услуге плюс метка &lt;D_type&gt; = «1» / «5» / «3» на зарегистрированном МС или, в случае краткосрочной реанимации, метка &lt;D_type&gt; = «3», = «5» на коде «56029» / «156003». Номер медицинской карты стационарного пациента при регистрации simultанного 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 &lt;iotd&gt;= «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» оказанные пациентам, находящимся на стационарном лечении в других МО;</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';

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:

- 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;

- Группам кодов «81», «90», «190».

Номер медицинской карты пациента при проведении химиотерапии и услуг «36022/136022», «36023/136023», «36024 / 136024» должен быть одинаков;

4.9 Услуги по аутопии раздела 59/159, зарегистрированные на тот же номер истории болезни (C\_I) и оказанные в день выписки пациента.

**Общее примечание:**

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.

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:

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 (C\_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 к пункту 4:**

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 # ППТММДД#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 (C\_I)) в дополнение к методам ВМП 200518, 200519, 200520, 200522, 200523, 200524.

		<p>3. Оказание медицинских услуг в день госпитализации / выписки в той же МО, но с другим номером истории болезни (С_1), а также оказание медицинских услуг в иных МО.</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 &lt;D_u&gt; реестра счетов минус данные о продолжительности лечения на одну и ту же историю болезни (сумма данных в поле &lt;K_u&gt; по всем МС или койко-дням счёта пациента (коды разделов реестра «61-92» / «161-192» и коды - 99602, 99619, 99647))) ранее указанной в счёте даты окончания лечения в предшествующей МО (самая поздняя по дате &lt;D_u&gt; 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"> <li>- Реанимационные МС (коды 83-группы);</li> <li>- Краткосрочная реанимация, закончившаяся переводом пациента в другую МО (коды «56029» / «156003» с D_type=3);</li> <li>- Неотложная помощь на диагностических койках в приёмном отделении стационара (84- группа кодов).</li> </ul>
5.7.1	HR	<p><b>Ошибка в регистрации помощи, оказанной в центре здоровья:</b></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><b>Повторная регистрация первичного обращения в центр здоровья:</b></p> <p>1. Ошибкой считается повторная (в течение календарного года) регистрация комплексной услуги Центра здоровья «15001», «115001».</p>
5.7.2.	NK	<p><b>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.</b></p> <p>1. К ошибке относится услуга с более поздней датой выполнения.</p>
5.1.4.	NR	<p><b>Неполные или некорректные данные параметра &lt;ORD&gt; (канал госпитализации / направление (договор) для пациентов амбулаторно-поликлинических МО / отделений).</b></p> <p>1. К ошибке относится значение параметра &lt;ORD&gt;, 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 &lt;lotd&gt;, 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 &lt;lotd&gt; = 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 &lt;lotd&gt;, 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><b><u>Ограничения к пункту 1.4:</u></b></p> <p>1. При оказании ВМП параметр &lt;ORD&gt;= 3 допускается только в случае основного диагноза (параметр &lt;Ds&gt; счёта) из раздела «I» справочника НСИ mkb10_XX.dbf.</p> <p><b>Только для иногородних пациентов:</b> 1.5 Значениям &lt;ORD&gt;= 0, 1, 2, 3, 4, 5 (только для МО, подведомственных федеральным органам власти - РАИ, Минздрав, Минобрнауки, - по данным справочника НСИ sprlruXX.dbf (параметр &lt;Prn_kodved&gt; = 48, 55, 100)), 7, 8.</p> <p><b>Только для не идентифицированных пациентов:</b> 1.6 Значениям &lt;ORD&gt;= 0,2,3.</p> <p><b><u>Общее примечание:</u></b></p> <p>Для МО, подведомственных федеральным органам власти, имеющих право использования &lt;ORD&gt;=5, исключается возможность использования &lt;ORD&gt;=1.</p> <p>2. Для ведомственных медицинских организаций, включенных в справочник «srved», при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения соответствуют значению параметра USL_OK = «1» по справочнику «rpfotxx»), допускается использование значения «ORD», соответствующее только значению «5» / «1», «2», а также значению «0».</p> <p><b><u>Примечания к пункту 2:</u></b></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 / 2 / 5.</p>
5.1.4.	G1	<p><b>Некорректные данные об учреждении, выдавшем направление (параметр счёта &lt;Lpu_ord&gt;):</b></p> <p>К ошибке относятся соотношения параметров &lt;ORD&gt; - &lt;Lpu_ord&gt;, не соответствующие следующим:</p> <p><b>Только для застрахованных в Москве:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>&lt;ORD&gt; = 1 - &lt;Lpu_ord&gt; = значению кода МО системы ОМС, имеющей значение параметра TPN по справочнику НСИ «sprlruXX», равное «1»/«2»/«3» или значение параметра TPNS по справочнику НСИ «sprlruXX», равное «1»/«2»/«3», значению кода МО системы ОМС, имеющих в составе женскую консультацию (имеющих в своём составе отделение или отделения, у которых 2-3 разряд фасетного кода равен «08»), коду «4963» (МНПЦК), или коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС.</li> </ol> <p><b><u>Примечание к пункту 1:</u></b> используется только в счетах МО, не входящих в число подведомственных федеральным органам власти: РАИ, Минздрав, Минобрнауки, - по данным справочника НСИ sprlruXX.dbf (параметр &lt;Prn_kodved&gt; = 48, 55, 100);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>&lt;ORD&gt; = 2 - &lt;Lpu_ord&gt; = значению &lt;4708&gt; (идентификатор ССиНМИ им. Пучкова), ID ипной службы СМП, работающей в системе ОМС РФ (по справочнику ФОМС F003). В случае оказания МС 61410, 161410, 161411 допускается указание &lt;Lpu_ord&gt; – параметру «LPU_ID» справочника НСИ «sprncsXX» для которого значение параметра TRS = «1», или аналогичного значения LPU_ID по справочнику F003 (77 + соответствующий LPU_ID).</li> <li>&lt;ORD&gt; = 3 - &lt;Lpu_ord&gt; <u>не контролируется</u>;</li> <li>&lt;ORD&gt; = 4 - &lt;Lpu_ord&gt; = значению кода МО системы ОМС города Москвы, или коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС, или 4708;</li> <li>&lt;ORD&gt; = 5 - &lt;Lpu_ord&gt; = значению кода МО системы ОМС,</li> </ol>



имеющей значение параметра TPN по справочнику НСИ «sprlpuXX», равное «1»/«2»/«3» или значение параметра TPNS по справочнику НСИ «sprlpuXX», равное «1»/«2»/«3», значению кода МО системы ОМС, имеющих в составе женскую консультацию (имеющих в своём составе отделение или отделения, у которых 2-3 разряд фасетного кода равен «08»), коду «4963» (МНПЦДК), или коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС.

**Примечание к пункту 5:** используется только в счетах МО, входящих в число подведомственных федеральным органам власти: РАИ, Минздрав, Минобрнауки,- по данным справочника НСИ sprlpuXX.dbf (парамстр <Pm\_kodved> = 48, 55, 100).

6. <ORD> = 6 - <Lpu\_ord> = значению 5650;
7. <ORD> = 7 - <Lpu\_ord> = значению 7665;
8. <ORD> = 8 - <Lpu\_ord> = значению 8888;
9. <ORD> = 0 - <Lpu\_ord> *не контролируется*;
10. В случае плановой госпитализации пациента по МС (ORD = 1 / 5) в качестве направившей медицинской организации (<Lpu\_ord>) указан код медицинской организации (LPU\_ID), к которой пациент не прикреплен по профилям «терапия/педиатрия» или «стоматология» (прикрепление проверяется на дату выдачи направления (DATE\_ORD)).

**Исключения к пункту 10:**

1. Направление от МО, имеющей в своём составе женскую консультацию (отделение с 2-3 цифрой фасетного кода = «08») или консультационно-диагностического отделения (отделение с 2-3 цифрой фасетного кода = «01»), или от «4963» (МНПЦДК);
2. В случае отсутствия у пациента, застрахованного в Москве, прикрепления к МО по профилям «терапия / педиатрия» (при направлении от МО, имеющей значение параметра TPN по справочнику НСИ «sprlpuXX», равное «1»/«2»/«3», или ) или «стоматология» (при направлении от МО, имеющей значение параметра TPNS по справочнику НСИ «sprlpuXX», равное «1»/«2»/«3») проверка не проводится;

**Общие исключения для застрахованных в Москве:**

1. В случае направления на плановую госпитализацию (ORD = 1/5) по схеме «сами к себе» (LPU\_ORD = LPU\_ID оказания помощи), при условии, что направившая МО не имеет значение параметра TPN по справочнику НСИ «sprlpuXX», равное «1»/«2»/«3», не имеет в своём составе женской консультации (отделение с 2-3 цифрой фасетного кода = «08») или консультационно-диагностического отделения (отделение с 2-3 цифрой фасетного кода = «01»), не является LPU\_ID = «4963» (МНПЦДК), ошибка не выставляется при указании особого случая счёта «6» (d\_type = 6).
2. В случае оказания плановой медицинской помощи (ORD = 1/5) пациентам с диагнозом основного заболевания из раздела «С» или «D00» - «D09», а также по профилям «кардиология», «эндокринология» (определяется по справочнику ДЗМ. В случае невозможности определения по данному справочнику анализируется код специальности врача: «кардиология» - коды PRVS = «81» / «118» / «260», «эндокринология» - коды PRVS = «31» / «83» / «149»), а также услуг диализа (разделы 49 / 149 реестра услуг, услуги 97008-97010, 197010-197011), условия заполнения LPU\_ORD следуют считать следующими: <Lpu\_ord> = значению кода МО системы ОМС или коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС.

**Только для иногородних пациентов:**

11. <ORD> = 1 - <Lpu\_ord> = коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС;

**Примечание к пункту 11:**

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);

12. <ORD> = 2 - <Lpu\_ord> = «774708» (идентификатор ССиНМП им. Пучкова) или аналог для службы СМП, работающей в системе ОМС РФ по справочнику ФОМС «F003»; В случае оказания МС 61410, 161410, 161411 допускается указание <Lpu\_ord> = параметру «LPU\_ID» справочника НСИ «sprncoXX» для которого значение параметра TRS = «1», с прибавлением в начало двух 7 (77 + соответствующий LPU\_ID).

13. <ORD> = 3 - <Lpu\_ord> = направившей /оказавшей помощь МО по справочнику «F003» ФОМС при оказании неотложной помощи в приёмном отделении стационара (простые услуги, 84-группа кодов при 2,3 разрядах <lotd>= 70,73);

В остальных случаях - *не контролируется.*

14. <ORD> = 4 - <Lpu\_ord> = LPU\_ID коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС.

- <Lpu\_ord> = «774708» (идентификатор ССиНМП им. Пучкова);

15. <ORD> = 5 - <Lpu\_ord> = коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС;

**Примечание к пункту 15:**

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).

16. <ORD> = 7 - <Lpu\_ord> = «7665»;

17. <ORD> = 8 - <Lpu\_ord> = «8888»;

18. <ORD> = 0 - <Lpu\_ord> = LPU\_ID коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара / дневного стационара

В остальных случаях - *не контролируется.*

**Общие примечания для иногородних пациентов:**

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. В случае направления на плановую госпитализацию (ORD = 1/5) по схеме «сами к себе», при условии, (LPU\_ORD = LPU\_ID оказания помощи), при условии, что направившая МО не имеет значение параметра TPN по справочнику НСИ «sprlpuXX», равное «1»/«2»/«3» или значение параметра TPNS по справочнику НСИ «sprlpuXX», равное «1»/«2»/«3», не имеет в своём составе женской консультации (отделение с 2-3 цифрой фасетного кода = «08») или консультационно-диагностического отделения (отделение с 2-3 цифрой фасетного кода = «01»), не является LPU\_ID = «4963» (МНПЦДК), ошибка не выставляется при указании особого случая счёта «6» (d\_type = 6).

**Общие исключения для иногородних пациентов:**

В случае оказания плановой медицинской помощи (ORD = 1/5) пациентам с диагнозом основного заболевания из раздела «С» или «D00» - «D09», а также по профилям «кардиология», «эндокринология» (определяется по справочнику ДЗМ. В случае невозможности определения по данному справочнику

		<p>анализируется код специальности врача: «кардиология» - коды PRVS = «81» / «118» / «260», «эндокринология» - коды PRVS = «31» / «83» / «149»), а также услуг диализа (разделы 49 / 149 реестра услуг, услуги 97008-97010, 197010-197011), условия заполнения LPU_ORD следуют считать следующими:          &lt;Lpu_ord&gt; = значению кода МО системы ОМС или коду медицинской организации по справочнику «F003» ФОМС.</p> <p><b><u>Примечание для застрахованных в Москве и иногородних пациентов:</u></b>          Для счетов пациентов, предъявивших направление, выданное министерством или иным территориальным ведомством допускается в качестве &lt;Lpu_ord&gt; (учреждение, выдавшее направление) указывать &lt;Lpu_id&gt; по месту получения медицинской помощи с указанием кода особого случая счёта «б» (d_type = 6).</p> <p><b>Только для не идентифицированных пациентов:</b></p> <p>19. &lt;ORD&gt; = 2 - &lt;Lpu_ord&gt; = 4708» / «774708» (идентификатор ССиНМП им. Пучкова) или аналог для службы СМП, работающей в системе ОМС РФ по справочнику ФОМС «F003». В случае оказания МС 61410, 161410, 161411 допускается указание &lt;Lpu_ord&gt; = параметру «LPU_ID» справочника НСИ «srpscXX» для которого значение параметра TRS = «1», или аналогичного значения LPU_ID по справочнику F003 (77 + соответствующий LPU_ID).</p> <p>20. &lt;ORD&gt; = 3 - &lt;Lpu_ord&gt; <i>не контролируется</i>;</p> <p>21. &lt;ORD&gt; = 0 - &lt;Lpu_ord&gt; <i>не контролируется</i>;</p> <p><b><u>Общие примечания:</u></b></p> <p>1. В случае указания &lt;ORD&gt; = 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» &lt;Lpu_ord&gt; = «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> <p>2. В случае оказания МС 61410, 161410, 161411 допускается указание &lt;Lpu_ord&gt; = параметру «LPU_ID» справочника НСИ «srpscXX» для которого значение параметра TRS = «1», или аналогичного значения LPU_ID по справочнику F003 (77 + соответствующий LPU_ID).</p> <p>3. <i>Обновлённые правила контроля плановой госпитализации (ORD = 1/5) действуют для случаев оказания медицинской помощи, для которых расчётная дата начала лечения 03.04.2020 и позже.</i></p> <p>4. При контроле значения &lt;Lpu_ord&gt; по справочнику F003 значения приводятся к цифровому формату (отсекаются ведущие нули и только затем производится сравнение).</p> <p><b><u>Общее примечание:</u></b>  <i>При проведении анализа по данному коду ошибки в обязательном порядке учитываются пункты 4 и 5 описания ошибки «CV».</i></p>
5.1.4.	G5	<p><b>Указание кода направившей МО, исключенной из системы ОМС / нарушение правил указания направившей МО для отдельного списка МО.</b></p> <p>1. Ошибкой считается указание в параметре LPU_ORD медицинской организации по справочнику «F003» в случае, когда дата исключения МО 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><b><u>Исключение к пункту 1:</u></b></p> <p>В случае «DATE_ORD» = «пусто» контроль не проводится.</p> <p><b><u>Только для застрахованных в Москве:</u></b></p> <p>2. Для ведомственных медицинских организаций, включенных в справочник «srved», 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, а также LPU_ID службы скорой медицинской помощи.</p> <p><b><u>Дополнительно к пункту 2:</u></b></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 ситуаций, описанной в п. 2 данного дополнения).</p> <p>2. В случаях, если 1-2 цифры кода направившей МО по справочнику F003 не равны «77», прикрепление для застрахованных в Москве не проверяется.</p> <p><b><u>Общее примечание:</u></b></p> <p>1. Для застрахованных на иных территориях РФ контроль ведётся только по пункту 1 данного алгоритма.</p>
5.1.4.	G2	<p><b>Некорректные данные в поле счёта &lt;Date_ord&gt;: даты выдачи направления для застрахованных/ даты обращения в стационар не идентифицированных пациентов</b></p> <p><b>По счетам застрахованных в Москве:</b></p> <p>При наличии направления некорректные данные даты выдачи К ошибке относится запись счета с некорректной датой выдачи:</p> <p>1. Позже оказания услуги/госпитализации при значении &lt;ORD&gt;=1,4,5,6,8;</p> <p>2. «пусто» при значении &lt;ORD&gt;=1, 4, 5, 6, 8;</p> <p><b>Только для иногородних пациентов:</b></p> <p>К ошибке относится запись счета с некорректной датой выдачи направления (при его наличии):</p> <p>3. Позже оказания услуги/госпитализации при значении &lt;ORD&gt;=1, 4, 5, 8;</p> <p>4. «пусто» при значении &lt;ORD&gt;=1, 4, 5, 8;</p> <p>5. «пусто» / позже оказания услуги / госпитализации при значении &lt;ORD&gt;= 0 для условий оказания медицинской помощи типа круглосуточный стационар / дневной стационар (то есть в отделениях/кабинетах, имеющих 2, 3 разряды фасетного кода отделения/кабинета &lt;lotd&gt;, которым соответствует параметр «USL_OK» = 1,2 по данным справочника НСИ profotXX.dbf)</p> <p>6. «пусто» при оказании неотложной помощи в приёмном отделении круглосуточного стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения &lt;lotd&gt;= 70,73), заполнение обязательно для любого значения ORD.</p> <p>7. Сведения о дате выдачи направления (поле &lt;Date_ord&gt;) не соответствуют сведениям о продолжительности лечения (параметр &lt;K_u&gt;) и дате его окончания (параметр &lt;D_u&gt;) в счетах госпитализированных пациентов, выписанных из стационара круглосуточного пребывания, а именно: в рамках одного случая госпитализации пациента (то есть при одинаковом значении параметров &lt;Mcod&gt; + &lt;Sn_pol&gt; + &lt;C_i&gt;) сумма значений параметра &lt;K_u&gt; <b>больше</b> разницы между датой окончания лечения (самая поздняя по дате &lt;D_u&gt; запись счёта пациента) и датой выдачи направления (поле &lt;Date_ord&gt;) +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>



**Исключения для застрахованных в Москве и иногородних:**

Из проверки исключаются записи с <ORD>=7, 8.

**Только для не идентифицированных пациентов:**

Заполнение поля обязательно. К ошибке относятся записи, в которых:

8. <Date\_ord> не указана (пусто);

**Исключение к пункту 8:**

Ошибка не выставляется на услуги 29 / 129 раздела, оказанные в период госпитализации пациента.

9. Дата <Date\_ord> более ранняя, чем дата начала оказания медпомощи минус «1»:

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>);

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).

10. Указанная дата в поле <Date\_ord> более поздняя, чем дата начала оказания медпомощи.

**Исключения к пунктам 9 и 10:**

1. 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.

2. 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.

3. 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 счетов) или быть меньше на «1».

4. Для МС, при оказании которых выполнялись:

4.1 Хирургические вмешательства с внесением данных в файл НО (номере истории болезни С i тот же, что для МС), либо simultaneous услуги разделов 51-55 / 151-155;

4.2 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);

Дата госпитализации пациента (параметр <Date\_ord> реестра счетов) может совпадать с датой окончания лечения пациента (параметр <D\_u> реестра счетов) или быть меньше даты окончания лечения на «1».

5. При обращении пациента в приёмное отделение стационара (2



		<p>и 3 разряд фасетного кода отделения &lt;Iotd&gt;= «70,73») без дальнейшей его госпитализации дата обращения пациента в МО (параметр &lt;Date_ord&gt; реестра счетов) совпадает с датой окончания лечения пациента (параметр &lt;D_u&gt; реестра счетов) 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 &lt;D_type&gt; = «9»), в записях реестра счетов, относящихся к младенцу (номер истории болезни в поле &lt;C_i&gt; содержит условную конструкцию со знаком «#»), параметр &lt;Date_ord&gt; 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, &lt;Date_ord&gt; младенца совпадает с &lt;Date_ord&gt; 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 &lt;Date_ord&gt; равен его дате рождения;</p> <p>7. В случае летального исхода лечения, для МС, имеющих тип прерывания &lt;tip&gt; = «5», ошибка не выставляется, если дата госпитализации (поле &lt;Date_ord&gt; реестра счетов) плюс данные о продолжительности лечения пациента на одну и ту же историю болезни (сумма данных в поле &lt;K_u&gt; по всем МС или койко-дням счёта пациента) превышают указанную в счёте дату окончания лечения (самая поздняя по дате &lt;D_u&gt; запись счёта пациента) на «1».</p> <p>При этом дата госпитализации пациента (параметр &lt;Date_ord&gt; реестра счетов) может совпадать с датой окончания лечения пациента (параметр &lt;D_u&gt; реестра счетов) или быть меньше даты окончания лечения на «1».</p> <p>8. Для МС (разделы реестра «61» - «92» / «161» - «192»), имеющих тип прерывания &lt;tip&gt; = «1», «2», «3», «7», «9», ошибка не выставляется, если дата госпитализации (поле &lt;Date_ord&gt; реестра счетов) плюс данные о продолжительности лечения пациента на одну и ту же историю болезни (сумма данных в поле &lt;K_u&gt; по всем МС или койко-дням счёта пациента) превышают указанную в счёте дату окончания лечения (самая поздняя по дате &lt;D_u&gt; запись счёта пациента) на «1».</p> <p>При этом, дата госпитализации пациента (параметр &lt;Date_ord&gt; реестра счетов) может совпадать с датой окончания лечения пациента (параметр &lt;D_u&gt; реестра счетов) 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 &lt;Date_ord&gt; реестра счетов) плюс данные о продолжительности лечения на одну и ту же историю болезни (сумма данных в поле &lt;K_u&gt; 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 &lt;D_u&gt; запись счёта пациента) на 1 день.</p>
5.1.4.	G3	<p><b>Некорректные данные параметра счёта &lt;N_u&gt; и/или &lt;N_VMP&gt;:</b></p> <p>1. К ошибке относится пустой параметр счёта &lt;N_U&gt;:</p> <p>1.1 При экстренной госпитализации пациента (ORD = 2), выполненной бригадой ССиИМП им. Пучкова (Lru_ORD = «4708» / «774708») или аналогичной службой СМП, работающей в системе ОМС РФ (Lru_ORD = ID службы СМП по справочнику ФОМС F003);</p>

		<p><b><u>Примечания к пункту 1.1:</u></b></p> <p>1. Иные сочетания значений параметров ORD и LPU_ORD, отличные от приведенных выше, ошибкой не являются.</p> <p>2. При проведении анализа по данному коду ошибки в обязательном порядке учитываются пункты 4 и 5 описания ошибки «CV».</p> <p>1.2 При плановой госпитализации в МО, подведомственные федеральным органам власти (ORD=5);</p> <p>2. К ошибке относятся данные в параметре &lt;N_U&gt;, не являющиеся цифрами.</p> <p><b><u>Исключения к пункту 2:</u></b></p> <p>1. Разрешено сочетание цифр с разделителями.</p> <p>2. Для ORD=5 разрешено использование в поле &lt;N_U&gt; цифр, букв, а также их сочетаний с разделителями.</p> <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 &lt;N_VMP&gt;, не соответствующие приказу Минздрава РФ № 29н от 30.01.2015г., (т.е. не соответствующие шаблону, либо «пустой» параметр счета &lt;N_VMP&gt;).</p> <p><b>Только для застрахованных СМО Москвы:</b></p> <p>4. При оказании услуг с Cod=97041 (Лечение бесплодия методом ЭКО в дневном стационаре) данные в параметре &lt;N_VMP&gt; 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 &lt;N_VMP&gt; при оказании услуг с Cod=97041 относится к ошибке.</p> <p><b><u>Исключение:</u></b></p> <p>Указание особого случая реестра пациентов = 1 (D_TYPE = 1).</p>
5.1.4.	ND	<p><b>Госпитализация пациента, обратившегося самостоятельно в нарушение установленных правил</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Госпитализация по МС пациентов, обратившихся самостоятельно (ORD = 3).</p> <p><b><u>Исключение:</u></b></p> <p>1. При наличии МС в справочнике MSEXТ проверка не проводится.</p> <p>2. В случае смерти пациента или перевода в другую 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.</p> <p>3. В случае оказания медицинских услуг 84 / 184 раздела в приёмном отделении стационара с коечным фондом (2-3 цифры фасетного кода отделения «70») проверка не проводится.</p> <p>4. Для МО «4511», «2293», «4586», допускается ORD = 3 для медицинских услуг 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171.</p> <p>5. Для услуг ВМП не применяется.</p> <p><b><u>Примечание:</u></b></p> <p>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><b>Отсутствует первичный (направительный) DS госпитализации</b></p> <p>К ошибке относится пустой параметр счета &lt;DS_0&gt; госпитализированного (выбывшего) пациента</p>
5.1.4.	G6	<b>Отсутствие ссылки на медицинский документ в ЕМИАС.</b>

**Только для застрахованных в городе Москве:**

Ошибкой считается:

1. Отсутствие в ИС ПУМП ссылки на протокол исследования при регистрации в счёте МО медицинских услуг ПЭТ / КТ (37060, 37061, 37062, 137060, 137061).
2. Отсутствие в ИС ПУМП ссылки на протокол лучевой терапии при регистрации в счёте МО медицинских услуг по лучевой терапии (47001-47004, 200325, 200365, 200366, 200542-200559, 297542-297559, 300046-300068, 397046-397068).
3. Отсутствие ссылки на протокол лучевой терапии при регистрации в счёте МО медицинских стандартов разделов 80/180, 190360, 190361, а также услуг 97014-97018, 197014-197016.

**Исключения по п.3:**

1. МС разделов 80/180, 190360 и 190361, а также услуги 97014-97018, 197014-197016, имеющие значение USL\_TIP, отличное от «3» / «4»;

**Исключение по пунктам 1 - 3:**

1. Пациенты, застрахованные на иных территориях РФ (иногородние).

4. Отсутствие ссылки на протокол онкоконсилиума для услуг 1781/101781;
5. Отсутствие ссылки на выписной эпикриз для услуг дневного стационара: 97003, 97014-97018, 97060 — 97073, 97107, 97143 — 97158, 197014 — 197016; услуг круглосуточного стационара разделов: 80/180, 81, 90/190; для услуг ВМП: 200058-200068, 200071-200079, 200083, 200105-200160, 200454, 200349-200356, 200542-200559, 200392, 200485, 200486, 200489, раздела 297, разделов 300 и 397.

**Исключение к пункту 5:**

1. Для медицинских услуг 97003, 97014-97018, 97065, 97066, 97068, 97069, 97070, 97073, 200058-200068, 200071-200076, 200079, 200083, 200392, 200485, 200486, 200489 ссылка требуется только при указании диагноза основного заболевания из раздела «С» или «D00»-«D09».

**Примечание к п. 4 и 5:**

Ссылка на протокол онкоконсилиума и/или выписной эпикриз обязательна только для медицинских организаций, включенных в справочник НСИ «onlinkXX».

**Общие примечания:**

1. Протокол исследования по результатам оказания медицинских услуг по ПЭТ / КТ, протокол лучевой терапии по результатам проведения лучевой терапии, протокол онкоконсилиума, выписной эпикриз загружается медицинскими организациями в ЕМИАС. Ссылка на загруженный в хранилище ЕМИАС документ вносится медицинской организацией в ИС ПУМП.
2. Ссылки на выписные эпикризы размещаются в случаях подачи на оплату медицинскими организациями, перечисленными в справочнике пакета НСИ АИС ОМС «onlinkXX», медицинских услуг дневного стационара: 97003, 97014-97018, 97060 — 97073, 97107, 97143 — 97158, 197014 — 197016; услуг круглосуточного стационара разделов: 80/180, 81, 90/190; для услуг ВМП: 200058-200068, 200071-200079, 200083, 200105-200160, 200454, 200349-200356, 200542-200559, 200392, 200485, 200486, 200489, раздела 297, разделов 300 и 397, на вкладке «Диагнозы» Ф066. При этом, для медицинских услуг 97003, 97014-97018, 97065, 97066, 97068, 97069, 97070, 97073, 200058-200068, 200071-200076, 200079, 200083, 200392, 200485, 200486, 200489 ссылка требуется только при указании диагноза основного заболевания из раздела «С» или «D00»-«D09»;
3. ссылки на протоколы ПЭТ/КТ (медицинские услуги 37060, 37061, 37062, 137060, 137061) и услуг по лучевой терапии (47001-47004, 197014-197016, 97014-97018, 200325, 200365, 200366, 200542-200559, 297542-297559, 300046-300068, 397046-397068, МС разделов 80/180,

		<p>190360, 190361 (для МС разделов 80/180, 190360, 190361 и медицинских услуг 197014-197016, 97014-97018 в случае указания типа услуги, равным «3» или «4»)), в зависимости от типа документа (Ф066 или ТАП), размещаются: ТАП – вкладка «Услуги», Ф066 – вкладка «Движение по отделениям»;</p> <p>4. ссылки на протокол онкологического консилиума размещаются в случаях подачи на оплату медицинскими организациями, перечисленными в справочнике пакета НСИ АИС ОМС «onlinkXX», медицинских услуг 1781/101781 в зависимости от типа документа (Ф066 или ТАП), размещаются: ТАП – вкладка «Услуги», Ф066 – вкладка «Симультанные».</p> <p>6. Несоответствие ссылки установленному формату (строки (URL):          Протокол//ХОСТ/префикс/Идентификатор пациента – Тип пациента Диагноз – Услуга – Дата услуги – порядковый номер ссылки для этого документа – дата редактирования,          где:          – Протокол – http: или https: ХОСТ – IP адрес хоста;          – Префикс – произвольный путь – символ разделитель «дефис» (код юникод 002D);          – Идентификатор пациента – patientId, значение идентификатора пациента, полученное из РС ЕЗРЛ (УКЛ для ЗЛ, ИД ИН для иногороднего, ИД НИЛ для не идентифицированного, ИД ПР для новорожденного);          – Тип пациента – код из справочника «patient - Тип пациента»:          0 - Застрахованное лицо г. Москвы (ЗЛ);          1 - Иногородний (ИП);          2 - Незарегистрированный новорожденный (НП);          3 – Не идентифицированный (НИЛ);          – Диагноз – код диагноза из МКБ-10 по справочнику «mkb10_XX» до максимально возможной подрубрики или конечного диагноза, например: S01, S01.1, S01.11;          – Услуга – код из справочника «reesus / reesms» или идентификатор шаблона документа ЕМИАС;          – Дата услуги в формате YYYYMMDD;          – Порядковый номер ссылки для этого документа – целое число от 1 до 99;          – Дата редактирования в формате YYYYMMDD.</p> <p>Пример ссылки:  <a href="http://10.170.89.2/123456789-0-C18.1-037061-20200125-01-20200303">http://10.170.89.2/123456789-0-C18.1-037061-20200125-01-20200303</a></p>
5.1.4.	EX	<p><b>Счёт не идентифицированного пациента не отвечает критерию экстренности (только для счетов не идентифицированных пациентов).</b></p> <p>Ошибка с кодом «EX» выставляется при нарушении следующих правил:</p> <p>1. Медицинская помощь, оказанная в случае обращения в приёмное отделение (2 и 3 разряд фасетного кода отделения Iotd= «70,73») 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.</p> <p>В справочнике экстренных услуг uslextXX.dbf коды первичных осмотров врачами-специалистами имеют параметр &lt;Osmotr&gt;=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</p>



пациентов на стыке дат в ночное время.

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.

**Примечания к пункту 2:**

1. 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.
2. При маске значения поля DS справочника «mkbextXX.dbf» - XXX основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов.
3. При маске значения поля DS справочника «mkbextXX.dbf» - 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.

**Исключения к пункту 2:**

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:
  - «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 (симультанные услуги, особый случай счёта «D\_type» = «s»);
  - Кодов «59001» - «59005» / «159001» - «159005»;

**Продолжение пункта 2:** 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 mkbextXX.dbf, **весь счёт пациента бракуется с кодом ошибки «EX»** (т.е. МС и сопутствующие услуги, перечисленные выше в пункте 4 исключений).

**Исключения к продолжению пункта 2:**

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;
3. Услуги выездных бригад (особый случай счёта «D\_type» = «w») и 2-3 разряд фасетного кода отделения «Iotd» = «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



		<p>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 &lt;D_type&gt; = «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 &lt;D_type&gt; = «5») 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 &lt;D_type&gt; = «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 разделов «59» / «159», оказанные после летального исхода краткосрочной реанимации (коды услуг «56029» / «156003» с указанием &lt;D_type&gt; = «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><b>Нарушение организации / отправки счёта на пациента.</b></p> <p><b>Только для счетов не идентифицированных пациентов.</b></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 uslexтXX.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 &lt;D_type&gt; = «5», т.п. «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 lotd= «005», «167») с указанием &lt;D_type&gt; = «1», «5», или замещающими их в случае краткосрочной реанимации (менее 12 часов) кодами услуг «56029» / «156003» с указанием &lt;D_type&gt; = «5» в случае летального исхода или &lt;D_type&gt; = «3» в случае перевода в другой стационар из отделения реанимационного профиля;</p>

1.3.2 МС с указанием <D\_type> = «1», «5», в структуре которых предусмотрено оперативное пособие. Перечень разделов МС дан 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;
- «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;

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;

2. Услуги «56029», «156003» в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения <lotd> равны «005», «167»), имеющие признак «особый случай счёта» в поле <D\_type> = «5»;
3. Услуги «56029», «156003» в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения <lotd> равны «005», «167»), имеющие признак «особый случай счёта» в поле <D\_type> = «3» при <Rslt> = «102»;
4. Услуги «59» раздела, выполненные в патологоанатомическом отделении стационара, после оказания медпомощи. Предъявляются в месяц их проведения после выписки пациента из МО. Возможен разрыв по дате;
5. Услуги «49/149» групп кодов для госпитализируемых пациентов на номер карты госпитализируемого пациента с признаком «особый случай счёта» <D\_type> = «2»;
5. Услуги программного гемодиализа «97010» / «197010», оказанные пациентам, находящимся на стационарном лечении в других МО;
6. Услуги, оказанные выездной бригадой другого стационара (2 и 3 позиции фасетного кода отделения <lotd>=’93’) и отмеченные особым случаем счёта <D\_type> = «w».

**Ошибкой считается:**

7. Нарушение изложенных правил;
8. Счёт, одновременно содержащий коды медпомощи не

		<p>госпитализированного пациента (коды услуг, совпадающие с кодами справочника НСИ uslexтXX.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 uslexтXX.dbf.</p> <p><b>Общее исключение:</b>  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><b>Нарушения при отправке на оплату счетов по ЦД и ВМП сверх базовой программы ОМС.</b></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><b>Справочно:</b>  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><b>Справочно:</b>  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><b>Некорректная информация по хирургическим операциям (только для круглосуточных стационаров)</b></p> <p>1. Проверка корректности входящего в состав информационной посылки МО файла «НО + код СМО.mmy»/ «НОIN + код МО.mmy»/ «НОХХ + код МО.mmy» (перечень хирургических операций по кодификатору ФФОМС при применении МС). Правила заполнения изложены выше в п.3.1.2.</p> <p>2. Заполнение файла «НО + код СМО.mmy»/ «НОIN + код МО.mmy»/ «ПОХХ + 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 &lt;Cod&gt;) в файлах «НО + код СМО.mmy»/ «НОIN + код МО.mmy»/ «НОХХ + код МО.mmy» и &lt;S+ код СМО.mmy&gt; /SIN.mmy/SXX (реестр счетов МО) должны строго соответствовать друг другу в рамках счёта одного пациента, то есть при одинаковом значении пары параметров &lt;Sn pol&gt;+&lt;C i&gt;. При нарушении правил ввода</p>	СОДН О

		<p>данных в файл «НО + код СМО.mtu»/ «НОIN + код МО.mtu»/ «НОХХ + код МО.mtu» ошибка выставляется на запись реестра счетов МО с тем же значением параметров &lt;Sn_pol&gt; +&lt;C_i&gt;+ &lt;Cod&gt;.</p> <p><b>Ошибкой считается:</b></p> <p>3. Некорректная структура файла «НО + код СМО.mtu»/ «НОIN + код МО.mtu»/ «НОХХ + код МО.mtu» ;</p> <p>4. Несоответствие кода хирургической операции, указанной в поле &lt;CODПО&gt;, кодификатору «НОРFF_хх» в составе НСИ;</p> <p>5. Нарушение требования о заполнении всех обязательных полей файла.</p>	
5.1.4.	ТН	<p><b>Код прерывания МС не соответствует объёму оказанной медицинской помощи.</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Код законченного случая госпитализации (Тip= «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 &lt;Sn_pol&gt; + &lt;C_i&gt; + &lt;Cod&gt; в файле «Перечень хирургических операций при применении медицинских стандартов в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного)».</p> <p><b><u>Исключения к пункту 1:</u></b></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 (Тip= «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 &lt;Sn_pol&gt; +&lt;C_i&gt;) оперативного пособия в условиях реанимационного отделения стационара (4-6 позиции фасетного кода &lt;iotd&gt; = «005», «167»), о чём сделана корректная запись в файле «Перечень хирургических операций при применении медицинских стандартов в больничных учреждениях, производящих взаиморасчеты за законченный случай госпитализации (пролеченного больного)» с указанием тех же параметров &lt;Sn_pol&gt;+&lt;C_i&gt;+ код реанимационного МС («83»/ «183» разделы) в поле &lt;Cod&gt;.</p>	ТТР
5.1.4.	ТL	<p><b>Код МС не соответствует указанной продолжительности медицинской помощи.</b></p> <p>Проверяется соотношение параметров в реестре счетов &lt;Cod&gt; и &lt;K_u&gt;.</p> <p><b>Ошибкой считается:</b></p>	



		<p>1. Для 84 группы кодов (неотложная помощь в приёмном отделении стационара с коечным фондом): &lt;K_u&gt; более «1»;</p> <p>2. Для Cod=97041 (Лечение бесплодия методом ЭКО в дневном стационаре): &lt;K_u&gt; более «1»;</p> <p>3. Для Cod=97013/197013 (Специализированная медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара, при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации): &lt;K_u&gt; более «1»;</p> <p>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:</p> <p style="padding-left: 40px;">при &lt;Cod&gt; =83010 параметр &lt;K_u&gt; = «1» - «2»</p> <p style="padding-left: 40px;">при &lt;Cod&gt; =83020 &lt;K_u&gt; = «3» - «4»</p> <p style="padding-left: 40px;">при &lt;Cod&gt; =83030 &lt;K_u&gt; = «5» - «6»</p> <p style="padding-left: 40px;">при &lt;Cod&gt; =83040 &lt;K_u&gt; = «7» - «8»</p> <p style="padding-left: 40px;">при &lt;Cod&gt; =83050 &lt;K_u&gt; = «9» и более.</p> <p>5. Для услуг 56029 / 156003 (краткосрочная реанимация): &lt;K_u&gt; более «1».</p> <p><b><u>Общие примечания:</u></b></p> <p>1. Стоимость лечения для кодов 83010, 83020, 83030, 83040 рассчитывается в соответствии с данными справочника ПСИ tarimuXX.dbf по следующим правилам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- для прерванных МС стоимость одного дня лечения (поле &lt;Stkd&gt; файла tarimuXX.dbf) умножается на количество дней лечения по данному МС (параметр &lt;K_u&gt; счёта). При этом предельно допустимой является сумма завершённого случая лечения (поле &lt;Tarif&gt; файла tarimuXX.dbf).</li> <li>- для завершённого случая лечения стоимость равна значению &lt;Tarif&gt; файла tarimuXX.dbf.</li> </ul> <p>2. Стоимость лечения для кода 83050 рассчитывается в соответствии с данными справочника ПСИ tarimuXX.dbf как стоимость одного дня лечения (поле &lt;Stkd&gt; файла tarimuXX.dbf), умноженная на количество дней лечения по данному МС (параметр &lt;K_u&gt; счёта) без ограничений продолжительности.</p> <p>3. Стоимость лечения для 183 группы кодов рассчитывается в соответствии с данными справочника ПСИ tarimuXX.dbf как стоимость одного дня лечения (поле &lt;Stkd&gt; файла tarimuXX.dbf), умноженная на количество дней лечения по данному МС (параметр &lt;K_u&gt; счёта) без ограничений продолжительности.</p>
5.1.4.	D1	<p><b>МО отсутствует в списке организаций, осуществляющих диспансеризацию.</b></p> <p>1. Регистрация медицинских услуг 101952 в счете медицинской организации, отсутствующей в списке медицинских организаций, осуществляющих диспансеризацию детей-сирот, представляемым ДЗМ.</p> <p>2. Медицинские услуги по профилактическим осмотрам и диспансеризации (услуги, зарегистрированные на номера карт, имеющих префикс «ДД» / «ДУ» / «ДС» / «ПРОФВ» / «ПРОФД»), оказанные 03.04.2020 и позже, подлежат отклонению от оплаты.</p>
5.7.1.	D2	<p><b>Дублирование медицинских услуг по диспансеризации.</b></p> <p>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;</p> <p>2. Включение в сводный счёт на одного и того же пациента в возрасте с 39 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</p>



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.

**Общее примечание:**

Услуга 101952 принимается к оплате в год достижения несовершеннолетними возраста 0-17 лет.

5.1.4.

D4

**Несоответствие услуги по диспансеризации полу и/или возрасту пациента.**

**Ошибкой считается нарушение сочетаний, указанных в таблице:**

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><b>Пересечение услуг по диспансеризации и проф. осмотрам.</b></p> <p>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"> <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> </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
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

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).

5.7.

ДК

**Дублирование комплексных услуг профилактического направления.**

1. Регистрация в счёте МО профилактических осмотров несовершеннолетних чаще 1 раза за календарный год достижения соответствующего возраста:

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

2. Включение в сводный счёт на пациента услуги «Профилактический медицинский осмотр взрослого населения» до достижения возраста 38 лет чаще, чем указано в таблице:

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><b>Нарушение правил учёта второго этапа услуг по диспансеризации.</b></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 &lt;RSLT&gt; 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 &lt;RSLT&gt; 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 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 &lt;RSLT&gt; счета) –</p>			



		<p>«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 &lt;RSLT&gt; 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><b>Оказание медицинской помощи по профилю «стоматология» не прикрепленным пациентам.</b>  <b>Только для счетов застрахованных в Москве пациентов.</b>  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><b>Исключения к пункту 1:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оказание медицинских услуг по профилю «стоматология» в МО, перечисленных в приложении 1.6.2. к Тарифному соглашению, при наличии направления.</li> <li>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 (С_1), начинающийся с аббревиатуры «УМО»).</li> </ol>
5.1.4.	PH	<p><b>Оказание медицинской помощи не прикрепленным пациентам (за исключением профиля «стоматология»)</b>  <b>Только для счетов застрахованных в Москве пациентов, не прикрепленных к амбулаторным МО по профилю «терапия»/«педиатрия».</b></p> <p>1. Медицинские услуги (за исключением услуг по профилю «стоматология»), оказанные в амбулаторных условиях (2-3 разряд фасетного кода отделений = «00») МО с ПФ или МО, участвующей в горизонтальных взаиморасчетах, независимо от наличия направления пациентам, не прикрепленным ни к одной МО с ПФ.</p> <p><b>Исключение к пункту 1:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медицинские услуги первичного приема врача-специалиста. В том числе, первичного приема врача-специалиста на дому.</li> <li>2. Услуги, имеющие значение параметра «ORD» = «7» по данному алгоритму не контролируется.</li> <li>3. 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), по данному алгоритму не контролируется.</li> <li>4. Медицинские услуги, имеющие значение признака «TPN» по справочнику НСИ «reesusXX», отличное от «р» или «q».</li> <li>5. Услуги 28211, 128211, оказанные в медицинских организациях, включенных в справочник НСИ АИС ОМС «srptcov» и имеющих значение параметра «DIAG» = «1», не ранее даты, указанной в</li> </ol>

		<p>параметре «DATEBEG_3», и не позже даты, указанной в параметре «DATEEND_3», по данному алгоритму не контролируется.</p> <p>6. Медицинские услуги по компьютерной томографии с кодами «37043», «137043», оказанные в связи с ОРВИ (диагноз из рубрики «J02», «J04», «J06»), гриппом (диагноз из рубрики «J09»-«J11»), пневмонией (диагноз из рубрики «J12»-«J18»), бронхитом (диагноз из рубрики «J20»), или коронавирусной инфекцией типа 2019-nCoV (диагноз «B34.2», «U07.1», «U07.2»), по данному алгоритму не контролируется.</p> <p>7. Услуги 28165, 128165, оказанные в медицинских организациях, включенных в справочник НСИ АИС ОМС «srpscov» и имеющих значение параметра «IG» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_4», и не позже даты, указанной в параметре «DATEEND_4», по данному алгоритму не контролируется.</p> <p><b><u>Общее примечание:</u></b>  Данный алгоритм <b>не применяется</b> к медицинским услугам, оплачиваемым по тарифу и не участвующим в горизонтальных взаиморасчётах.</p>
5.7.4.	PG	<p><b>Нарушение порядков оказания МП прикрепленным к МО с ПФ / ПО с ПФ (по ПСМП).</b>  <b>Только для потока счетов на застрахованных в Москве.</b>  К ошибке относятся:</p> <p>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><b><u>Примечания к пункту 1:</u></b></p> <p>1. Направление, выданное МО, не соответствующей МО прикрепления пациента, а также стационаром круглосуточного пребывания без ПО с ПФ, ошибкой не является.</p> <p>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 взаиморасчете не участвует.</p> <p>3. Структурные подразделения круглосуточного стационара, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях: КДО (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, имеющих значение признака TPN = «пусто» по справочнику НСИ sprlpuXX в горизонтальных взаиморасчетах <b>не участвуют</b>.</p> <p>4. Медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного стационара (2-3 цифры фасетного кода отделения соответствуют значению параметра USL_OK = «1» по справочнику «profotxx»), в горизонтальных взаиморасчетах <b>не участвует</b>.</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>8. Услуги 28211, 128211, оказанные в медицинских организациях, включенных в справочник ПСИ АИС ОМС «srpsc» и имеющих</p>

		<p>значение параметра «DIAG» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_3», и не позже даты, указанной в параметре «DATEEND_3».</p> <p>9. Медицинские услуги по компьютерной томографии с кодами «37043», «137043», оказанные в связи с ОРВИ (диагноз из рубрики «J02», «J04», «J06»), гриппом (диагноз из рубрики «J09»-«J11»), пневмонией (диагноз из рубрики «J12»-«J18»), бронхитом (диагноз из рубрики «J20»), или коронавирусной инфекцией типа 2019-nCoV (диагноз «B34.2», «U07.1», «U07.2»).</p> <p>10. Услуги 28165, 128165, оказанные в медицинских организациях, включенных в справочник ПСИ АИС ОМС «sprncso» и имеющих значение параметра «IG» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_4», и не позже даты, указанной в параметре «DATEEND_4».</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><b>Примечание к пункту 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Применяется только для случаев, подразумевающих проведение горизонтальных взаиморасчетов.</li> <li>2. При анализе услуги на наличие ошибки прикрепление пациента определяется на первое число отчетного месяца.</li> </ol> <p><b>Исключения к пункту 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Услуги, оказанные в Центрах здоровья (2-3 цифры фасетного кода отделения = «91»);</li> <li>2. Услуги патронажа;</li> <li>3. Услуги, оказанные в травмпунктах, либо иных подразделениях МО, выполняющих функции травмпункта (2-3 цифры фасетного кода отделения = «92»);</li> </ol> <p>3. Для LPU_ID = 1872 (Морозовская ДГКБ) и LPU_ID = 2290 (ГКБ № 67 Ворохобова), услуги из разделов «25», «125», «26», «126», «27», «127», «28», «128», «29», «129», «30», «130» выполнены в отделении, у которого 2-3 символы фасетного кода отличны от значения «00».</p> <p><b>Исключение к пункту 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Исследования разделов «29» / «129», выполненные в отделении патологической анатомии (2-3 цифры фасетного кода отделения «85»).</li> <li>2. Для пациентов, застрахованных в Москве и не имеющих прикрепления по профилю «терапия/педиатрия», допускается оказание указанных услуг в отделениях, у которых 2-3 символы фасетного кода равны «90» или «01».</li> <li>3. Выполнение указанных услуг в приемном отделении (2 и 3 разряд фасетного кода отделения &lt;Iotd&gt;= «70,73»).</li> <li>4. Для LPU_ID = 2290 (ГКБ № 67 Ворохобова) направление, выданное «сами к себе» (LPU_ORD = 2290 / 772290).</li> </ol>
5.1.4.	PL	<p><b>Некорректные данные о весе при рождении (параметр VNOV_M).</b> Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. VNOV_M заполнено, но значение не входит в диапазон от 300 до 2500.</li> </ol> <p><b>Примечание к пункту 1:</b> 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><b>Некорректная дата выдачи талона на ВМП</b> К ошибке относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля «TAL_D» «пусто» при оказании медицинских услуг раздела 200, 297, 300, 397 реестра услуг;</li> <li>2. Значение поля «TAL_D» не соответствует ДД.ММ.ГГГГ;</li> <li>3. Значение поля «TAL_D» меньше даты рождения пациента;</li> <li>4. Значение поля «TAL_D» больше рассчитанной даты начала лечения.</li> </ol> <p><b>Справочно:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для незарегистрированного новорожденного дата</li> </ol>

		рождения определяется по соответствующим данным поля «медицинская карта пациента» («C_i») и/или поля <Novor>).
5.7.3.	SK	<p><b>Дополнительная услуга по СКП (подлежит учету, но не оплачивается) (только для застрахованных в Москве).</b>  <b>Ошибкой считается:</b></p> <p>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.</p> <p><b><u>Исключения к пункту 1:</u></b></p> <p>1. 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. Госпитализация на диагностическую койку (услуги раздела 84/184) с диагнозом основного заболевания, отличным от диагноза госпитализации в СКП.</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»):</p> <p>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.</p> <p>2. Медицинские услуги по «перевязке»: 3013, 3014, 3015, 3018, 3030, 3031.</p> <p><b><u>Примечание к пунктам 2 и 3:</u></b>  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 «rgr0b») имеет значение «1»), госпитализации в СКП (2-3 цифры фасетного кода отделения «09») в этой же МО и с тем же диагнозом в течение 30 дней, проверяемой госпитализации в присваивается код дефекта.</p> <p><b><u>Примечание к пункту 4:</u></b></p> <p>1. Ошибкой маркируются все госпитализации в СКП в случае, если на протяжении 30 дней до проверяемой госпитализации в СКП имеется госпитализация в профильное отделение (не СКП) с тем же диагнозом.</p> <p>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.</p> <p>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.	S1	<p><b>Недопустимые сочетания диагноза, хирургической операции и кода услуги в СКП</b>  <b>Только для застрахованных в Москве.</b></p> <p>1. Регистрация МС в стационаре кратковременного пребывания (2-3 цифры фасетного кода отделения «09»), включенного в справочник «reeskrXX», с основным диагнозом (параметр счёта &lt;DS&gt;), не соответствующим показателям справочника.</p> <p><b><u>Примечание к пункту 1:</u></b></p> <p>- При маске значения поля DS справочника «reeskrXX» - XXX</p>



		<p>основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов.</p> <p>- При маске значения поля DS справочника «reeskrXX» - 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 «reeskrXX», с точностью до XXX.X.</p>
5.1.4.	OG	<p><b>Некорректные сведения о признаке подозрения на ЗНО (параметр DS_ONK файла S).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <p>1. Значение поля DS_ONK не равно 1 или 0.</p>
5.1.4.	O4	<p><b>Некорректные сведения о цели посещения (параметр P_CEL файла S).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <p>1. Поле P_CEL не заполнено или значение поля не соответствует полю COD_PC справочника oprcelXX для услуг, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях (определяется по справочнику profotXX).</p>
5.1.4.	OII	<p><b>Некорректные сведения о признаке диспансерного наблюдения (параметр DN файла S).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <p>1. Значение поля DN не равно 1, 2, 3, 4 при P_CEL=1.3.</p>
5.1.4.	OI	<p><b>Некорректные сведения о признаке реабилитации (параметр REAB файла S).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <p>1. Значение поля REAB не равно «1» / «пусто».</p>
5.1.4.	O3	<p><b>Некорректные сведения о цели входящего направления (параметр NAPR_V_IN файла S).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <p>1. Поле NAPR_V_IN в случае заполнения значение поля не соответствует полю COD_VN справочника onnprXX.</p>
5.1.4.	O5	<p><b>Некорректные сведения о характере заболевания (параметр C_ZAB файла S).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <p>1. Поле C_ZAB не соответствует полю COD_CZ справочника opczabXX, при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи.</p>
5.1.4.	SA	<p><b>Значение кода подстанции не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Поле «PST» заполнено, но не соответствует полю «PST» справочника STASMPxx.</p> <p>2. Значение поля «PST» = «пусто».</p>
5.1.4.	SB	<p><b>Значение кода бригады не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Поле «C_BR» заполнено, но не соответствует полю «C_BR» справочника BRSP+mmu.</p> <p>2. Значение поля «C_BR» = «пусто».</p>
5.1.4.	SC	<p><b>Значение кода услуги не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p>



		<p>1. Поле «COD» заполнено, но не соответствует кодам медицинских услуг 96 / 196 раздела, «56031» / «156002».</p> <p>2. Значение поля «COD» = «пусто».</p>
5.1.4.	SE	<p><b>Значение диагноза не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Поле «DS» заполнено, но не соответствует полю «DS» справочника mkb10_xx пакета НСИ для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ».</p> <p>2. Значение поля «DS» = «пусто».</p>
5.1.4.	SF	<p><b>Значение кода СМО не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p><i>Только для застрахованных в Москве:</i></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Поле «QQ» заполнено, но не соответствует полю «QQ» справочника srgstmxh.</p> <p>2. Значение поля «QQ» = «пусто».</p>
5.1.4.	SG	<p><b>Значение результата вызова не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Поле «RES» заполнено, но не соответствует полю «RSLT» справочника rsv009xx.</p> <p>2. Значение поля «RES» = «пусто».</p> <p>3. Значение поля «RES» отличается от значений «1» - «53».</p>
5.1.4.	SH	<p><b>Значение пола не отвечает справочнику (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Поле «W» заполнено, но не соответствует значениям «1» / «2».</p> <p><u>Примечание к пункту 1:</u> При отсутствии пациента (коды результата вызова «1», «2», «3», «4», «6», «7», «23», «24») не заполняется.</p>
5.1.4.	SI	<p><b>Поле "Уникальный идентификатор записи" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Значение поля «RECID» = «пусто».</p> <p>2. Значение поля «RECID» не является уникальным (одинаковые «RECID» на разных записях файла-реестра счетов).</p>
5.1.4.	SJ	<p><b>Поле "Отчетный период" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Значение поля «PERIOD» = «пусто».</p> <p>2. Значение поля «PERIOD» не соответствует значению принимаемого отчетного периода в формате ГГГГММ.</p>
5.1.4.	SW	<p><b>Поле "Идентификатор учреждения СМП " не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Значение поля «SP_ID» = «пусто».</p>

5.1.4.	SL	<p><b>Поле "Дата вызова" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля «D_U» = «пусто»;</li> <li>2. Значение поля «D_U» не соответствует формату ГГГГММ/ЦЦ;</li> <li>3. Значение ММ поля «D_U» не соответствует принимаемому отчетному периоду.</li> </ol>
5.1.4.	SP	<p><b>Поле "Наряд" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля «N_U» = «пусто»;</li> <li>2. Значение поля «N_U» не является уникальным (одинаковые «N_U» на разных записях файла-реестра счетов).</li> </ol>
5.1.4.	SQ	<p><b>Поле "Тариф" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля «TAR» = «пусто»;</li> <li>2. Значение поля «TAR» не соответствует тарифу на медицинские услуги по справочнику tarimuXX.</li> </ol>
5.1.4.	SR	<p><b>Поле "Фамилия пациента" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля «FAM» = «пусто».</li> </ol>
5.1.4.	SS	<p><b>Поле "Имя пациента" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля «IM» = «пусто».</li> </ol>
5.1.4.	ST	<p><b>Поле "Дата рождения" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поле «DR» = «пусто».</li> </ol> <p><b>Исключение к пункту 1:</b>  При отсутствии пациента (коды результата вызова «1», «2», «3», «4», «6», «7», «23», «24») не заполняется.</p>
5.1.4.	SV	<p><b>Поле "Номер документа ОМС" не заполнено (для счетов ГБУЗ «ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ»)</b></p> <p><b>Только для застрахованных в Москве и иногородних:</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поле «SN_POL» = «пусто».</li> </ol>
5.3.3.	FS	<p><b>Оплата лечения проводится ФСС или из иных источников финансирования</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медицинские услуги, для которых установлен факт оплаты из средств ФСС</li> </ol>

5.3.3.	FA	<p>или иных источников финансирования (не из средств ОМС).</p> <p><b>Отсутствие договора на оплату медицинской помощи по ОМС</b></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><b>Не принято к оплате в связи с превышением согласованных объемов медицинских услуг</b></p> <p><b>Только для счетов на застрахованных в Москве:</b></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><b><u>Примечание к пункту 1:</u></b></p> <p>1. Контроль ведётся только на предмет превышения суммарных выделенных объемов медицинской помощью.</p> <p>2. В случае выделения медицинской организации дополнительных объемов медицинской помощи проводится повторный МЭК ранее отклонённых от оплаты счетов. При этом, ранее выставленные ошибки PP снимаются.</p> <p><b>Только для потоков счетов сверх базовой программы ОМС (ВМП и ПД + ПД ИН):</b></p> <p>2. Медицинские услуги, оплата которых не представляется возможной по причине исчерпания медицинской организацией выделенных объемов медицинской помощи.</p> <p><b><u>Примечание к пункту 2:</u></b></p> <p>1. Контроль ведётся только на предмет превышения суммарных выделенных объемов медицинской помощью.</p> <p>2. Для счетов ПД и ПД ИН контроль ведётся по суммарному объёму для двух данных потоков.</p> <p>3. В случае выделения медицинской организации дополнительных объемов медицинской помощи проводится повторный МЭК ранее отклонённых от оплаты счетов. При этом, ранее выставленные ошибки PP снимаются.</p>
5.1.4.	CV	<p><b>Нарушение правил регистрации МП при лечении пневмоний и COVID-19</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <p>1. Регистрация медицинских услуг 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 в счёте медицинских организаций, не включенных в справочник НСИ АИС ОМС «srpmco» и / или имеющих значение параметра «PNV», отличное от «1», а также регистрация данных услуг ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_2» и не позднее даты, указанной в параметре «DATEEND_2».</p> <p>2. Регистрация медицинских услуг 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431 в счёте медицинских организаций, не включенных в справочник НСИ АИС ОМС «srpmco» и / или имеющих значение параметра «nCoV», отличное от «1», а также регистрация данных услуг ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_1» и не позднее даты, указанной в параметре «DATEEND_1».</p> <p>3. Регистрация медицинских услуг «61410/161410», «161411» в счёте медицинских организаций, не включенных в справочник НСИ АИС ОМС «srpmco» и / или имеющих значение параметра «DOI», отличное от «1», а также регистрация данных услуг ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG_5», или позже даты, указанной в параметре «DATEEND_5».</p> <p>4. Регистрация медицинских услуг «60010/160010» в счёте медицинских организаций, не включенных в справочник НСИ АИС ОМС «srpmco» и / или</p>

имеющих значение параметра «TRS», отличное от «1», а также регистрация данных услуг ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG\_6», или позже даты, указанной в параметре «DATEEND\_6».

**Примечание к пункту 4:**

В качестве направившей МО (LPU\_ORD) допускается указание кода МО, включенного в справочник «srptco» и имеющего значение параметра «mCoV» или «PNV» равное «1», а также кода «4708» (или аналогов данных LPU\_ID по справочнику F003) с указанием в параметре N\_U цифрового кода госпитализации.

5. При регистрации в счете МО медицинских услуг 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 указание канала госпитализации, отличное от «2» - «доставлен бригадой СМО» и кода направившей МО «4708» - ГБУ «ССиНМП1 им. А.С. Пучкова ДЗМ», а также указание номера наряда бригады СМП (N\_U) отличное от девяти цифровых символов. Также, в качестве направившей МО может быть указана «502009» - ГБУЗ МО "МОССМП". Параметр N\_U при этом не контролируется на разрядность.

**Исключение к пункту 5:**

1. Для МО «4511», «2293», «4586», допускается ORD = 3, а также при ORD = 2 указание в качестве направившей МО любого кода МО системы ОМС (по справочнику srprri или F003). Параметр N\_U при этом не контролируется на разрядность.

2. Допускается регистрация в счете услуг 61400/161400/161401, 61430/161430, 161431 с ORD = 1 / 5 при наличии хронологически более раннего МС 61420/161420/161421, имеющего ТПР = 7 и зарегистрированного на тот же номер ИБ (имеющий такое же значение C\_I).

6. Регистрация в счете МО медицинских услуг 61420/161420/161421 (предварительная диагностика) в сочетании со значением параметра ORD <> «1»/«5»/«6».

7. Регистрация в счете МО медицинских услуг 61420/161420/161421 (предварительная диагностика) при условии наличия хронологически более ранних МС («61-92» / «161-192» группы кодов и коды 99602, 99619, 99647).

8. В период оказания пациенту медицинских услуг 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 дополнительное использование кодов простых или комплексных медицинских услуг, или койко-дней для группы кодов «99/199», а также указание более одной медицинской услуги 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171.

Ошибкой маркируются:

8.1 Все коды простых медицинских услуг или койко-дни для группы кодов «99/199» в период госпитализации по МС 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, за исключением дня госпитализации и дня выписки пациента;

8.2 Все коды простых медицинских услуг или койко-дни для группы кодов «99/199» в день госпитализации и день выписки пациента, госпитализированного по МС 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171, при условии одинакового значения номера истории болезни (C\_I);

8.3 При указании кода МС («61-92» / «161-192» группы кодов и коды 99602, 99619, 99647) в период госпитализации по МС 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 или на один номер истории болезни с МС 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 (проверка осуществляется по связке: «Lpu\_id + Sn\_pol + C\_i»). При этом, ошибка на МС 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 не выставляется. Ошибкой маркируются услуги («61-92» / «161-192» группы кодов и

		<p>коды-99602, 99619, 99647;</p> <p>8.4 При указании более одного МС 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171 - бракуются оба.</p> <p><b>Исключения к пункту 8:</b></p> <p>1. Оказание услуг разделов 49/149 (кроме 49007, 49020) (с указанием особого случая «2» (D_TYPE = 2) и зарегистрированных на тот же номер истории болезни (С П)) в дополнение к МС 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431, 70150, 70160, 70170, 170150, 170151, 170160, 170161, 170170, 170171.</p> <p>2. Счета незарегистрированных новорожденных, получающих помощь по полису матери/законного представителя (в параметре &lt;C_i&gt; 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>3. Услуги, оказанные на иной номер истории болезни (&lt;C_i&gt;) в день выписки или день госпитализации.</p> <p>4. МС 61420/161420, 161421, зарегистрированные на тот же номер истории болезни (&lt;C_i&gt;), что и МС 61400, 161400, 161401, 61430/161430, 161431 при условии, что МС 61420/161420, 161421 выполнены в хронологически более ранний срок.</p>
--	--	--

**Файл CV\_LS**

5.1.4.	CP	<p><b>Отсутствие данных о коде (полное торговое наименование, полное МНН наименование) лекарственного средства (параметр SID файла CV_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Значение «пусто» или не соответствующее: <ul style="list-style-type: none"> <li>DD0024424 / DD0024425 (Сарилумаб);</li> <li>DD0000079 / DD0015518 (Тоцилизумаб);</li> <li>DD0034264 (Левилимаб);</li> <li>DD0033837 (Олокизумаб);</li> <li>DD0019782 / DD0004470 (Тофацитиниб);</li> <li>DD0024469 / DD0024470 (Барицитиниб);</li> </ul> </li> </ol> <p>при регистрации МС 61430/161430, 161431.</p>
5.1.4.	CQ	<p><b>Некорректные сведения о дате введения лекарственного препарата (параметр DATE_INJ файла CV_LS).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Значение поля DATE_INJ не заполнено при непустом поле «SID».</li> <li>Дата, указанная в DATE_INJ выходит за пределы сроков оказания связанной (по RECID_S) медицинской услуги или, в случае госпитализации пациента по МС, за пределы сроков госпитализации.</li> </ol> <p><b>Примечание к пункту 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Регистрация на дату выписки или госпитализации ошибкой не является;</li> <li>Допускается регистрация введения ЛС на -1 день от расчётной даты начала лечения (в случаях оказания услуги в рамках одной календарной даты).</li> </ol>
5.1.4.	CR	<p><b>Некорректные сведения об источнике финансирования лекарственного средства (параметр TIP_OPL файла CV_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Значение «пусто» при заполненном поле «SID»;</li> <li>Значение, отличное от «1» / «2» / «3» / «4» / «5» или «пусто».</li> </ol>
5.1.4.	CT	<p><b>Отсутствие данных о регистрационном номере лекарственного средства (параметр N_RU файла CV_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Поле заполнено, но не соответствует значениям поля «CERTIFICATE_NUMBER» справочника «medicament manufactured» при заполненном поле «SID».</li> </ol>



5.1.4.	CY	<b>Некорректные сведения о разовой дозе лекарственного средства (параметр OT_D файла CV_LS).</b> Ошибкой считается: 1. Значение «пусто» при заполненном поле «SID».
5.1.4.	CU	<b>Отсутствие информации о кратности приёма (в день) лекарственного средства (параметр DT_Q файла CV_LS).</b> Ошибкой считается: 1. Значение «пусто» при заполненном поле «SID»;
5.1.4.	CI	<b>Отсутствие данных о курсовой (дневной) дозе лекарственного средства (параметр DT_D файла CV_LS).</b> Ошибкой считается: 1. значение «пусто» при заполненном поле «SID»; 2. значение, не равное произведению разовой дозы (OT_D) на кратность приёма (в день) (DT_Q).

### 9. Проверка корректности сведений по онкологии.

#### Файл ONK\_SL

5.1.4.	OB	<b>Некорректные сведения о поводе обращения (параметр DS1_T файла ONK_SL).</b> Ошибочным считается: 1. Поле DS1_T заполнено, но не соответствует полю COD_REAS справочника onreas. 2. При оказании ВМП (при основном диагнозе раздела «С» 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 код основного диагноза входит в диапазон «D00»-«D09». <b>Исключение к пункту 3:</b> Условия оказания МП - вне медицинской организации (определяется по справочнику profotXX, USL_OK = 4), REAB=1, DS_ONK = 1. 4. Значение поля DS1_T не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OI	<b>Некорректное заполнение данных о стадии ЗНО (параметр STAD файла ONK_SL).</b> К ошибке относится: 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 поддублики). Контроль на соответствие основного диагноза стадии проводится только при заполненном поле «STAD». <b>Общее примечание:</b> 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.
5.1.4.	OV	<b>Некорректное заполнение данных Типог (параметр ONK_T файла ONK_SL).</b> К ошибке относится: 1. Значение поля «ONK_T», не соответствующее справочнику «ontum», в т.ч. значение «пусто», при первичном лечении (DS1_T = 0) пациентов,

		<p>возраст которых на дату начала лечения более 18 лет. При иных значениях DS1_T / возрасте пациентов младше 18 лет допускается только значение «пусто».</p> <p>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 поддублики). Контроль на соответствие основного диагноза значению Tumor проводится только при заполненном поле «ONK_T».</p> <p><b><u>Общее примечание:</u></b></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><b>Некорректное заполнение данных о Nodus (параметр ONK_N файла ONK_SL).</b></p> <p>К ошибке относится:</p> <p>1. Значение поля «ONK_N», не соответствующее справочнику «onpod», 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».</p> <p>2. Несоответствие основного диагноза значению Nodus (поле N справочника onpod). При маске значения поля DS справочника «onpod» - XXX основной диагноз контролируется с точностью до первых 3 символов. При значении поля DS справочника «onpod» - XXX.X основной диагноз контролируется на абсолютное соответствие (с точностью до поддублики). Контроль на соответствие основного диагноза значению Nodus проводится только при заполненном поле «ONK_N».</p> <p><b><u>Общее примечание:</u></b></p> <p>Значения «COD_N», для которых диагноз не задан (поле DS справочника onpod = «пусто») допускается только в случае отсутствия соответствия для основного диагноза полю DS справочника onpod.</p>
5.1.4.	OX	<p><b>Некорректное заполнение данных о Metastasis (параметр ONK_M файла ONK_SL).</b></p> <p>К ошибке относится:</p> <p>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».</p> <p>2. Несоответствие основного диагноза значению Metastasis (поле M справочника «onmet»).</p> <p>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 поддублики). Контроль на соответствие основного диагноза значению Metastasis проводится только при заполненном поле «ONK_M».</p> <p><b><u>Общее примечание:</u></b></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><b>Некорректные сведения о признаке обнаружения отдалённых метастазов (параметр MTSTZ файла ONK_SL).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <p>1. Значение поля MTSTZ не равно «1» или «пусто» при значении поля</p>

		DS1_T = 1, 2. 2. Значение поля MTSTZ не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	ON	<b>Некорректные сведения о суммарной очаговой дозе (параметр SOD файла ONK_SL).</b> Ошибочным считается: 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	<b>Некорректные сведения о количестве фракций проведения лучевой терапии (параметр KFR файла ONK_SL).</b> Ошибочным считается: 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	<b>Некорректные сведения о массе тела, росте и площади поверхности тела (параметры WEI, HEI, BSA файла ONK_SL).</b> Ошибочным считается: 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	<b>Некорректные сведения о типе лечения (параметр USL_TIP файла ONK_USL).</b> Ошибочным считается: 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>); <b><u>Примечание к пункту 2:</u></b> Не используется при анализе услуг по ВМП. 3. Значение «пусто» при оказании ВМП в условиях стационара и дневного стационара (определяется по справочнику PROFOT) при основном диагнозе раздела «С» 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 код основного диагноза входит в диапазон «D00»-«D09» и значениях DS1_T = 0 / 1 / 2. <b><u>Общее исключение:</u></b> Условия оказания МП - вне медицинской организации (определяется по справочнику profotXX, USL_OK = 4), REAB=1.
5.1.4.	O9	<b>Некорректные сведения о типе хирургического лечения (параметр HIR_TIP файла ONK_USL).</b> Ошибочным считается: 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	<b>Некорректные сведения о линии лекарственной терапии (параметр LEK_TIP_L файла ONK_USL).</b>

		<p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поле LEK_TIP_L заполнено, но не соответствует полю COD_TLek_L справочника onlekLXX, если USL_TIP=2.</li> <li>2. Значение «пусто» при USL_TIP=2.</li> <li>3. Значение поля LEK_TIP_L не равно «пусто» в иных случаях.</li> </ol>
5.1.4.	OB	<p><b>Некорректные сведения о цикле лекарственной терапии (параметр LEK_TIP_V файла ONK_USL).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поле LEK_TIP_V заполнено, но не соответствует полю COD_TLek_V справочника onlekvXX, если USL_TIP=2.</li> <li>2. Значение «пусто» при USL_TIP=2.</li> <li>3. Значение поля LEK_TIP_V не равно «пусто» в иных случаях.</li> </ol>
5.1.4.	OC	<p><b>Некорректные сведения о типе лучевой терапии (параметр LUCH_TIP файла ONK_USL).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поле LUCH_TIP заполнено, но не соответствует полю COD_TLuch справочника onluchXX, если USL_TIP=3 или USL_TIP=4.</li> <li>2. Значение «пусто» при USL_TIP=3, 4.</li> <li>3. Значение поля LUCH_TIP не равно «пусто» в иных случаях.</li> </ol>
5.1.4.	OZ	<p><b>Некорректные сведения о признаке проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса (параметр PPTR файла ONK_USL).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля PPTR не равно «1» или не равно «пусто» при USL_TIP = 2 или 4;</li> <li>2. Значение поля PPTR не равно «пусто» в иных случаях.</li> </ol>

Файл ONK\_CONS

5.1.4.	O7	<p><b>Некорректные сведения о цели проведения консилиума (параметр PR_CONS файла ONK_CONS).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля PR_CONS не соответствует значению полю COD_CONS справочника opcons при DS_ONK = 1, или основной диагноз раздела «С» или код основного диагноза входит в диапазон «D00»-«D09».</li> </ol> <p><b><u>Примечание к пункту 1:</u></b></p> <p>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».</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Значение поля PR_CONS не равно «пусто» в иных случаях.</li> </ol>
5.1.4.	OO	<p><b>Некорректные сведения о дате проведения консилиума (параметр DT_CONS файла ONK_CONS).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля DT_CONS не заполнено при значении PR_CONS равном «1» / «2» / «3».</li> <li>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.</li> </ol> <p><b><u>Исключение к пункту 2:</u></b></p> <p>Для услуг дневного стационара, тарифицируемых по пациентодням, не применяется в связи с невозможностью корректного расчёта даты начала лечения.</p> <p><b><u>Примечание к пункту 2:</u></b></p> <p>Регистрация на дату выписки или госпитализации ошибкой не является.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Значение поля DATE_CONS не равно «пусто» в иных случаях.</li> </ol>

Файл ONK\_LS

5.1.4.	OS	<p><b>Некорректные сведения о коде лекарственного препарата (параметр REGNUM файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля REGNUM «пусто» при значении USL_TIP = «2» -</li> </ol>
--------	----	--

		<p>«Лекарственная противоопухолевая терапия», «4» - «Химиолучевая терапия».</p> <p>2. Значение поля REGNUM не соответствует значению «CODE_SH».</p> <p>Проверка проводится по справочнику «onlprsh»;</p> <p><b>Исключение к пункту 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проверка соответствия по справочнику «onlprsh» не проводится при основном диагнозе из разделов C81 - C96, или возрасте пациента на начало лечения менее 18 лет;</li> <li>2. При отсутствии введенной схемы в справочнике «onlprsh» проверка соответствия не проводится.</li> </ol> <p>3. Значение поля REGNUM не равно «пусто» в иных случаях.</p>
5.1.4.	OR	<p><b>Некорректные сведения о дате введения лекарственного препарата (параметр DATE_INJ файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение поля DATE_INJ не заполнено при непустом поле REGNUM.</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>Исключение к пункту 2:</b></p> <p>Для услуг дневного стационара, тарифицируемых по пациентам, не применяется в связи с невозможностью корректного расчета даты начала лечения.</p> <p><b>Примечание к пункту 2:</b></p> <p>Регистрация на дату выписки или госпитализации ошибкой не является.</p> <p>3. Значение поля DATE_INJ не равно «пусто» в иных случаях.</p>
5.1.4.	OR	<p><b>Некорректные сведения о коде схемы лекарственной терапии (параметр CODE_SH файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поле CODE_SH заполнено, но не соответствует полю «COD_DKK» справочника «ondorkXX» при проведении противоопухолевой лекарственной терапии USL_TIP = «2» / «4»;</li> </ol> <p><b>Исключение к пункту 1:</b></p> <p>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»).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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);</li> <li>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»);</li> <li>4. Значение поля CODE_SH не равно «пусто» в иных случаях.</li> </ol>
5.1.4.	X1	<p><b>Некорректный номер партии лекарственного средства (параметр N_PAR файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM» при указании лекарственного средства из справочника «TARIONXX» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094».</li> </ol> <p><b>Примечание к пункту 1:</b></p> <p>При значении TIP_OPL не равно «1» - «ОМС», параметр «N_PAR» не контролируется.</p>
5.1.4.	X2	<p><b>Отсутствие данных о розничной упаковке лекарственного средства (параметр R_UP файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM» при указании</li> </ol>



		<p>лекарственного средства из справочника «TARIONXX» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094»;</p> <p>2. Значение, не соответствующее значениям поля «CODE» справочника «medicament_man_packaging» для введенного ЛС, включенного в справочник «TARIONXX», в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094».</p> <p><b><u>Примечание к пункту 2:</u></b> При значении TIP_OPL не равное «1» - «ОМС», параметр «R_UP» не контролируется.</p>
5.1.4.	X3	<p><b>Некорректные сведения об источнике финансирования лекарственного средства (параметр TIP_OPL файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»;</li> <li>2. Значение, отличное от «1» / «2» / «3» / «4» / «5» или «пусто».</li> </ol>
5.1.4.	X4	<p><b>Отсутствие данных о регистрационном номере лекарственного средства (параметр N_RU файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»;</li> <li>2. Значение, не соответствующее значениям поля «CERTIFICATE_NUMBER» справочника «medicament_manufactured» при заполненном поле «REGNUM».</li> </ol>
5.1.4.	X5	<p><b>Некорректные сведения о разовой дозе лекарственного средства (параметр OT_D файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»;</li> <li>2. Значение превышает максимальную допустимую разовую дозу, указанную для введенного ЛС в поле «MAX_SINGLE_DOSE» справочника «medicament».</li> </ol> <p><b><u>Примечание к пункту 2:</u></b> Применяется для ЛС, включенных в справочник «TARIONXX» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094».</p>
5.1.4.	X6	<p><b>Отсутствие информации о кратности приёма (в день) лекарственного средства (параметр DT_Q файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»;</li> <li>2. Значение, превышающее «3» (&gt; 3) для ЛС, включенных в справочник «TARIONXX» в сочетании с кодами услуг «97158» / «81094» и значением TIP_OPL, равном «1» (ОМС).</li> </ol>
5.1.4.	X7	<p><b>Отсутствие данных о курсовой (дневной) дозе лекарственного средства (параметр DT_D файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»;</li> <li>2. значение, не равное произведению разовой дозы (OT_D) на кратность приёма (в день) (DT_Q).</li> </ol>
5.1.4.	X8	<p><b>Отсутствие данных о коде (полное торговое наименование, полное МНН наименование) лекарственного средства (параметр SID файла ONK_LS).</b></p> <p>Ошибкой считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. значение «пусто» при заполненном поле «REGNUM»;</li> <li>2. значение, не соответствующее значениям поля «CODE» справочника «medicament» при заполненном поле «REGNUM».</li> </ol>

Файл ONK\_NAPR\_V\_OUT

5.1.4.	OU	<p><b>Некорректные сведения о цели исходящего направления (параметр NAPR_V_OUT файла ONK_NAPR_V_OUT).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поле NAPR_V_OUT в случае заполнения значение поля не соответствует полю COD_VN справочника опарг.</li> <li>2. Значение «пусто» при заполненном поле «NAPR_DATE».</li> <li>3. Значение поля NAPR_V_OUT не равно «пусто» в иных случаях.</li> <li>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.</li> </ol>
--------	----	--

		<b>Примечание к пункту 4:</b> Регистрация на дату выписки или госпитализации ошибкой не является.
--	--	--

Файл ONK\_DIAG

5.1.4.	OL	<b>Некорректные сведения о типе диагностического показателя (параметр DIAG_TIP файла ONK_DIAG).</b> 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	<b>Некорректные сведения о коде диагностического показателя (параметр DIAG_CODE файла ONK_DIAG).</b> Ошибочным считается: 1. Поле DIAG_CODE не соответствует полю COD_Mrf справочника onmrgl_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	<b>Некорректные сведения о коде результата диагностики (параметр DIAG_RSLT файла ONK_DIAG).</b> Ошибочным считается: 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 onigrXX, если DIAG_TIP=2 4. Значение поля DIAG_RSLT не соответствует значению поля DIAG_CODE (проверка ведётся по справочнику «onigr») 5. Значение «пусто» при REC_RSLT = 1. 6. Значение поля DIAG_RSLT не равно «пусто» в иных случаях.
5.1.4.	OQ	<b>Некорректные сведения о дате забора биологического материала (параметр DIAG_DATE файла ONK_DIAG).</b> Ошибочным считается: 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	<b>Некорректные сведения о признаке получения результата диагностики (параметр REC_RSLT файла ONK_DIAG).</b> Ошибочным считается: 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><b>Некорректные сведения о коде противопоказания / отказа (параметр PROT файла ONK_PROT).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поле PROT заполнено, но не соответствует полю COD_Prot справочника opprotXX.</li> <li>2. Значение «пусто» при заполненном поле D_PROT.</li> <li>3. Значение поля PROT не равно «пусто» в иных случаях.</li> </ol>
5.1.4.	OM	<p><b>Некорректные сведения о дате регистрации противопоказания / отказа (параметр D_PROT файла ONK_PROT).</b></p> <p>Ошибочным считается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение «пусто» при заполненном поле PROT.</li> <li>2. Значение поля D_PROT не равно «пусто» в иных случаях.</li> </ol>

Технические требования к организации учета и обработки ссылок на выписные эскизы для случаев с основным диагнозом «С» (первый символ кода основного диагноза – «С» или код основного диагноза, входящий в диапазон «D00-D09»), ПЭТ/КТ, лучевой терапии, онкоконсилиумов в подсистеме ПУМП

Формат (строки (URL):

Протокол//ХОСТ/префикс/Идентификатор пациента – Тип пациента – Диагноз – Услуга – Дата услуги – порядковый номер ссылки для этого документа – дата редактирования,

где:

Протокол – http: или https: ХОСТ – IP адрес хоста

Префикс – произвольный путь – символ разделитель «дефис» (код юникод 002D);

Идентификатор пациента – patientId, значение идентификатора пациента, полученное из РС ЕЗРЛ (УКЛ для ЗЛ, ИД ИН для иногороднего, ИД НИЛ для не идентифицированного, ИД НР для новорожденного);

Тип пациента – код из справочника «patient - Тип пациента»:

0 - Застрахованное лицо г. Москвы (ЗЛ);

1 - Иногородний (ИН);

2 - Незарегистрированный новорожденный (НР);

3 – Не идентифицированный (НИЛ);

Диагноз – код диагноза из МКБ-10 по справочнику «mkb10\_» до максимально возможной подрубрики или конечного диагноза, например: S01, S01.1, S01.11;

Услуга – код из справочника «reesus / reesms» или идентификатор шаблона документа ЕМИАС;

Дата услуги в формате YYYYMMDD;

порядковый номер ссылки для этого документа – целое число от 1 до 99;

Дата редактирования в формате YYYYMMDD.

Пример ссылки:

<http://10.170.89.2/123456789-0-C18.1-037061-20200125-01-20200303>

Медицинская организация получает ссылки на документы из уникального источника информации ЕМИАС в формате xml+xslt, или pdf, или jpeg, или png.