Проект

Форматы файлов реестров счетов на оплату медицинской помощи на основании требований приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.09.2018 №200

**Перечень сокращений и определений, используемых в документе**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Сокращение | Определение |
| 1. | XML | Xtensible MarkupLanguage - текстовый формат, предназначенный для хранения структурированных данных (взамен существующих файлов баз данных), для обмена информацией между программами |
| 2. | ЕНП | Единый номер полиса ОМС |
| 3. | ЕРЗ | Единый регистр застрахованных в системе ОМС лиц |
| 4. | ЗЛ | Застрахованное лицо |
| 5. | ИС | Информационная система |
| 6. | МО | Медицинская организация |
| 7. | МП | Медицинская помощь |
| 8. | МТР | Процедура расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта России, на территории которого выдан полис ОМС (межтерриториальные расчеты) |
| 9. | МЭК | Медико-экономический контроль |
| 10. | МЭЭ | Медико-экономическая экспертиза |
| 11. | Необязательный реквизит | Реквизит, который может как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается |
| 12. | НСИ | Нормативно-справочная информация, заимствованная из нормативных документов и справочников, используемая при информационном обмене участников ОМС |
| 13. | Обязательный реквизит | Реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе |
| 14. | ОГРН | Основной государственный регистрационный номер – государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица в ЕГРЮЛ в соответствии с Федеральным законом «О государственной регистрации юридических лиц» |
| 15. | ОКАТО | Общероссийский классификатор административно-территориального деления |
| 16. | ОМС | Обязательное медицинское страхование |
| 17. | ПО | Программное обеспечение |
| 18. | Приложение А | Приложение к приказу ФОМС от 28.09.2018 №200 |
| 19. | РС | Региональный сегмент |
| 20. | Реестр | Электронный файл реестра счетов содержащих сведения об оказанной медицинской помощи |
| 21. | СМО | Страховая медицинская организация |
| 22. | СМП | Скорая медицинская помощь |
| 23. | СУБД | Система управления базами данных |
| 24. | ТФОМС | Территориальный фонд обязательного медицинского страхования |
| 25. | УЕТ | Условные единицы учета трудоемкости работы |
| 26. | ФЛК | Форматно-логический контроль |
| 27. | ЦС | Центральный сегмент |
| 28. | ЭКМП | Экспертиза качества медицинской помощи |

**Примечания:** 1. Теги, применяемые ранее для взаимодействия с МИС ПК «MedBase», считать условными.

2. Цветом выделены теги «ID\_TRAVM» и «DATE\_SP», дополняющие форматы, предусмотренные ФОМС.

1. Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML

Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения

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

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

HPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где

1. H – константа, обозначающая передаваемые данные.
2. Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:
   1. T – ТФОМС;
   2. S – СМО;
   3. M – МО.
3. Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
4. Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:
   1. T – ТФОМС;
   2. S – СМО;
   3. M – МО.
5. Np – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
6. YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.
7. MM – порядковый номер месяца отчетного периода:
8. N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации -получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо H указывается V. Структура файла приведена в таблице 1.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Символ | Способ кодирования |
| двойная кавычка (") | &quot; |
| одинарная кавычка (') | &apos; |
| левая угловая скобка ("<") | &lt; |
| правая угловая скобка (">") | &gt; |
| амперсант ("&") | &amp; |

В столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:

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

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

У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

1. T – <текст>;
2. N – <число>, в случае указания не целочисленного значения указывается количество знаков до разделителя (в целочисленной части), символ используемого разделителя и количество десятичных знаков;
3. D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;
4. S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

**Таблица 1. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи кроме высокотехнологичной, медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразованияв**

| **Код элемента** | | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | |
| ZL\_LIST | | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | | SCHET | О | S | Счёт | Информация о счёте. |
|  | | ZAP | ОМ | S | Записи | Записи о законченных случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | | |
| ZGLV | | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.1». |
|  | | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | | SD\_Z | О | N(9) | Количество записей в файле | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| **Счёт** | | | | | | |
| SCHET | CODE | | О | N(8) | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | CODE\_MO | | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. |
|  | YEAR | | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | NSCHET | | О | T(15) | Номер счёта |  |
|  | DSCHET | | О | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | | У | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | | О | N(15.2) | Сумма счета, выставленная МО на оплату |  |
|  | COMENTS | | У | T(250) | Служебное поле к счету |  |
|  | SUMMAP | | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEK | | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
|  | SANK\_MEE | | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
|  | SANK\_EKMP | | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
| **Записи** | | | | | | |
| ZAP | | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | | PR\_NOV | О | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;  1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте |  |
|  | | Z\_SL | О | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | |
| PACIENT | | ID\_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
|  | | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | | NPOLIS | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | | ST\_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | | SMO\_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | | SMO\_OK | У | T(5) | ОКАТО территории страхования |
|  | | SMO\_NAM | У | Т(100) | Наименование СМО | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. |
|  | | INV | У | N(1) | Группа инвалидности | 0 – нет инвалидности;  1 – 1 группа;  2 – 2 группа;  3 – 3 группа;  4 – дети-инвалиды.  Заполняется только при впервые установленной инвалидности(1-4) или в случае отказа в признании лица инвалидом (0). |
|  | | MSE | У | N(1) | Направление на МСЭ | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. |
|  | | NOVOR | О | Т(9) | Признак новорождённого | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения.  0 – признак отсутствует.  Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону:  ПДДММГГН, где  П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А;  ДД – день рождения;  ММ – месяц рождения;  ГГ – последние две цифры года рождения;  Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | | VNOV\_D | У | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | |
| Z\_SL | | IDCASE | O | N(11) | Номер записи в реестре законченных случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | | USL\_OK | O | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А). |
|  | | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
|  | | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А |
|  | | NPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. В условиях дневного стационара (USL\_OK =2); |
|  | | NPR\_DATE | У | D | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Заполняется на основании направления на лечение.  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. В условиях дневного стационара (USL\_OK =2); |
|  | | LPU | О | T(6) | Код МО | Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | | DATE\_Z\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | | DATE\_Z\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | | KD\_Z | У | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | | VNOV\_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | | RSLT | O | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009). |
|  | | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012). |
|  | | OS\_SLUCH | НМ | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
|  | | VB\_P | У | N(1) | Признак внутрибольничного перевода | Указывается«1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. |
|  | | SL | ОМ | S | Сведения о случае | Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях. |
|  | | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL. |
|  | | OPLATA | У | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи:  0 – не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ;  3 – частичный отказ. |
|  | | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
|  | | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK |
| **Сведения о случае** | | | | | | |
| SL | | SL\_ID | О | T(36) | Идентификатор | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | | LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
|  | | PROFIL\_K | У | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020 Приложения А.  Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара. |
|  | | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | | P\_CEL | У | Т(3) | Цель посещения | Классификатор целей посещения V025 Приложения А.  Обязательно к заполнению только для амбулаторных условий. |
|  | | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи |  |
|  | | P\_PER | У | N(1) | Признак поступления/ перевода | Обязательно для дневного и круглосуточного стационара.  1 – Самостоятельно  2 – СМП  3 – Перевод из другой МО  4 – Перевод внутри МО с другого профиля |
|  | | DATE\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | | DATE\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | | KD | У | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | | DS0 | Н | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL\_OK=4). Указывается при наличии |
|  | | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL\_OK=4)). Не допускаются следующие значения: 1. Первый символ кода основного диагноза «C»; 2. Код основного диагноза D70 и сопутствующий диагноз C97 или входиит в диапазон С00-С80 |
|  | | DS2 | УМ | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | | DS3 | УМ | T(10) | Диагноз осложнения заболевания | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | | ID\_TRAVM | У | N(2) | Код травмы | Территориальный справочник |
|  | | C\_ZAB | У | N(1) | Характер основного заболевания | Класификатор характера заболевания A027 Приложения A. Обязательно к заполнению, если USL\_OK не равен 4 или основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z |
|  | | DS\_ONK | У | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Указывается «1» при подозрении на злокачественное новообразование. |
|  | | DN | У | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния):  1 - состоит,  2 - взят,  4 - снят по причине выздоровления,  6- снят по другим причинам.  Обязательно для заполнения, если P\_CEL=1.3 |
|  | | CODE\_MES1 | УМ | Т(20) | Код МЭС | Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | | CODE\_MES2 | У | Т(20) | Код МЭС сопутствующего заболевания |
|  | | ONK\_SL | У | S | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | Обязательно для заполнения при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода диагноза по МКБ-10 - «С») и нейтропении (код диагноза по МКБ-10 D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97).  Не подлежит заполнению при DS\_ONK=1 или P\_CEL=1.3 |
|  | | KSG\_KPG | У | S | Сведения о КСГ/КПГ | Заполняется при оплате случая лечения по КСГ или КПГ |
|  | | REAB | У | N(1) | Признак реабилитации | Указывается значение «1» для случаев реабилитации |
|  | | PRVS | O | N(4) | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021).  Указывается значение IDSPEC |
|  | | VERS\_SPEC | O | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей |
|  | | IDDOKT | O | Т(25) | Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | Территориальный справочник |
|  | | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |
|  | | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | Тариф с учётом всех примененных коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом – стоимость, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС) |
|  | | SUM\_M | O | N(15.2) | Стоимость случая, выставленная к оплате | Может указываться нулевое значение.  Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг. |
|  | | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.  Допускается указание услуг с нулевой стоимостью.  Указание услуг с нулевой стоимостью обязательно, если условие их оказания является тарифообразующим (например, при оплате по КСГ). |
|  | | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле |  |
| Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | | | | |
| ONK\_SL | | DS1\_T | У | N(1) | Повод обращения | Заполняется значениями:  1 – рецидив;  2 - прогрессирование |
|  | | STAD | О | N(3) | Стадия заболевания | Заполняется в соответствии со справочником N002 Приложения А |
|  | | ONK\_T | О | N(3) | Значение Tumor | Заполняется в соответствии со справочником N003 Приложения А |
|  | | ONK\_N | О | N(3) | Значение Nodus | Заполняется в соответствии со справочником N004 Приложения А |
|  | | ONK\_M | О | N(3) | Значение Metastasis | Заполняется в соответствии со справочником N005 Приложения А |
|  | | MTSTZ | У | N(1) | Признак выявления отдалённых метастазов | Подлежит заполнению значением 1 при выявлении отдалённых метастазов только при DS1\_T=1 или DS1\_T=2 |
|  | | B\_DIAG | УМ | S | Диагностический блок | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах |
|  | | B\_PROT | УМ | S | Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения |
|  | | SOD | У | N(3.2) | Суммарная очаговая доза | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4) |
| Диагностический блок | | | | | | |
| B\_DIAG | | DIAG\_TIP | О | N(1) | Тип диагностического показателя | 1 – гистологический признак;  2 – маркёр (ИГХ) |
|  | | DIAG\_CODE | О | N(3) | Код диагностического показателя | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 Приложения А.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 Приложения А. |
|  | | DIAG\_RSLT | О | N(3) | Код результата диагностики | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008 Приложения А.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 Приложения А. |
| Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | | | | | |
| B\_PROT | | PROT | О | N(1) | Код противопоказания или отказа | Заполняется в соответствии со справочником N001 Приложения А. |
|  | | D\_PROT | О | D | Дата регистрации противопоказания или отказа |  |
| Сведения о КСГ/КПГ | | | | | | |
| KSG\_ KPG | | N\_KSG | У | T(20) | Номер КСГ | Номер КСГ (V023) с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KРG |
|  | | VER\_KSG | O | N(4) | Модель определения КСГ | Указывается версия модели определения КСГ (год) |
|  | | KSG\_PG | О | N(1) | Признак использования подгруппы КСГ | 0 – подгруппа КСГ не применялась;  1 – подгруппа КСГ применялась |
|  | | N\_KPG | У | N(2) | Номер КПГ | Номер КПГ (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KSG |
|  | | KOEF\_Z | O | N(2.5) | Коэффициент затратоемкости | Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПГ |
|  | | KOEF\_UP | O | N(2.5) | Управленческий коэффициент | Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПГ.  При отсутствии указывается «1» |
|  | | BZTSZ | O | N(6.2) | Базовая ставка | Значение базовой ставки, указывается в рублях |
|  | | KOEF\_D | O | N(2.5) | Коэффициент дифференциации | Значение коэффициента дифференциации |
|  | | KOEF\_U | O | N(2.5) | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи |
|  | | DKK1 | У | T(10) | Дополнительный классификационный критерий | Дополнительный классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом Российской Федерации.  Обязателен к заполнению:  -  в случае применения при оплате случая лечения по КСГ;  - в случае применения при оплате случая лечения по КПГ, если применен региональный дополнительный классификационный критерий; |
|  | | SL\_K | О | N(1) | Признак использования  КСЛП | 0 – КСЛП не применялся;  1 – КСЛП применялся |
|  | | IT\_SL | У | N(1.5) | Применённый коэффициент сложности лечения пациента | Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая.  Указывается только при использовании. |
|  | | SL\_KOEF | УМ | S | Коэффициенты сложности лечения пациента | Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента.  Указывается при наличии IT\_SL. |
| Коэффициенты сложности лечения пациента | | | | | | |
| SL\_KOEF | | IDSL | O | N(4) | Номер коэффициента сложности лечения пациента | В соответствии с региональным справочником. |
|  | | Z\_SL | O | N(1.5) | Значение коэффициента сложности лечения пациента |  |
| **Сведения об услуге** | | | | | | |
| USL | | IDSERV | O | Т(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
|  | | LPU | O | Т(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | | LPU\_1 | У | Т(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника |
|  | | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
|  | | VID\_VME | У | Т(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа. |
|  | | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | | DATE\_IN | O | D | Дата начала оказания услуги |  |
|  | | DATE\_OUT | O | D | Дата окончания оказания услуги |  |
|  | | DS | O | Т(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | | CODE\_USL | О | Т(20) | Код услуги | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг |
|  | | KOL\_USL | O | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) |  |
|  | | TARIF | У | N(15.2) | Тариф |  |
|  | | SUMV\_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, выставлення к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
|  | | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC |
|  | | CODE\_MD | O | Т(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | В соответствии с территориальным справочником |
|  | | NAPR | УM | S | Направления | Заполняется только в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) |
|  | | ONK\_USL | У | S | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | Обязательно к заполнению при заполненном элементе ONK\_SL.  Не подлежит заполнению при DS\_ONK=1 |
|  | | NPL | У | N(1) | Неполный объём | Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме.  1 – документированный отказ больного,  2 – медицинские противопоказания,  3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.)  4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков. |
|  | | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | |
| SANK | | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах случая. |
|  | | S\_SUM | О | N(15.2) | Финансовая санкция |  |
|  | | S\_TIP | О | N(2) | Код вида контроля | F006 Классификатор видов контроля, Приложение А |
|  | | S\_OSN | О | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А, если S\_SUM не равен 0 |
|  | | S\_COM | У | Т(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
|  | | DATE\_ACT | О | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | | NUM\_ACT | О | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | | CODE\_EXP | УМ | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложения A) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | | S\_IST | О | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |
| Направления | | | | | | |
| NAPR | | NAPR\_DATE | O | D | Дата направления |  |
|  | | NAPR\_V | O | N(1) | Вид направления | 1. Направление к онкологу; 2. Направление на биопсию;   3- Направление на дообследование |
|  | | MET\_ISSL | У | N(1) | Метод диагностического исследования | Если NAPR\_V=3, заполняется значением:  1 – лабораторная диагностика;  2 – инструментальная диагностика;  3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих;  4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография) |
|  | | NAPR\_USL | У | Т(15) | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL |
| Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | | | | | | |
| ONK\_USL | | PR\_CONS | У | N(1) | Сведения о проведении консилиума | Заполняется в случае проведения консилиума в целях определения тактики обследования или лечения следующими значениями:  1 - определена тактика обследования,  2 - определена тактика лечения,  3 - изменена тактика лечения |
|  | | USL\_TIP | О | N(1) | Тип услуги | Заполняется в соответствии со справочником N013 Приложения А. |
|  | | HIR\_TIP | У | N(1) | Тип хирургического лечения | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014 Приложения А.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP<>1. |
|  | | LEK\_TIP\_L | У | N(1) | Линия лекарственной терапии | Заполняется при лекарственной терапии в соответствии со справочником N015 |
|  | | LEK\_TIP\_V | У | N(1) | Цикл лекарственной терапии | Заполняется при лекарственной терапии в соответствии со справочником N016 |
|  | | LUCH\_TIP | У | N(1) | Тип лучевой терапии | Заполняется при лучевой или химиолучевой терапии в соответствии со справочником N017 Приложения А.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP=1. |

2. Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

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

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

TPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где:

1. T – константа, обозначающая передаваемые данные.
2. Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:
   1. T – ТФОМС;
   2. S – СМО;
   3. M – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

1. Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:
   1. T – ТФОМС;
   2. S – СМО;
   3. M – МО.
2. Np – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
3. YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.
4. MM – порядковый номер месяца отчетного периода:
5. N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации -получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо T указывается V. Структура файла приведена в таблице 2.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Символ | Способ кодирования |
| двойная кавычка (") | &quot; |
| одинарная кавычка (') | &apos; |
| левая угловая скобка ("<") | &lt; |
| правая угловая скобка (">") | &gt; |
| амперсант ("&") | &amp; |

В столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:

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

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

У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

N – <число>, в случае указания не целочисленного значения указывается количество знаков до разделителя (в целочисленной части), символ используемого разделителя и количество десятичных знаков;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

**Таблица 2. Файл со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи**

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | SCHET | О | S | Счёт | Информация о счёте |
|  | ZAP | ОМ | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.1». |
|  | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | О | N(9) | Количество записей в файле | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| **Счёт** | | | | | |
| SCHET | CODE | О | N(8) | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | NSCHET | О | T(15) | Номер счёта |  |
|  | DSCHET | О | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | У | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | О | N(15.2) | Сумма, выставленная МО на оплату |  |
|  | COMENTS | У | T(250) | Служебное поле к счету |  |
|  | SUMMAP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEK | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
|  | SANK\_MEE | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
|  | SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
| **Записи** | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | О | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;  1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте |  |
|  | Z\_SL | О | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| **Сведения о пациенте** | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | ST\_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SMO\_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_OK | У | T(5) | ОКАТО территории страхования |
|  | SMO\_NAM | У | Т(100) | Наименование СМО | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. |
|  | MSE | У | N(1) | Направление на МСЭ | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. |
|  | NOVOR | О | Т(9) | Признак новорождённого | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения.  0 – признак отсутствует.  Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону:  ПДДММГГН, где  П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А;  ДД – день рождения;  ММ – месяц рождения;  ГГ – последние две цифры года рождения;  Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | VNOV\_D | У | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | O | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | USL\_OK | O | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А). |
|  | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
|  | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А |
|  | NPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. В условиях дневного стационара (USL\_OK=2)  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного образования (первый символ кода основного диагноза – «C») и нейтропении (код основного диагноза – D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  | NPR\_DATE | У | D | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. В условиях дневного стационара (USL\_OK=2)  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного образования (первый символ кода основного диагноза – «C») и нейтропении (код основного диагноза – D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  |  |  |  |  |  |
|  | LPU | О | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии со справочником F003 Приложения А. |
|  | DATE\_Z\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_Z\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | KD\_Z | О | N(3) | Продолжительность гопитализации (койко-дни/пациенто-дни) |  |
|  | VNOV\_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | RSLT | O | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009). |
|  | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012). |
|  | OS\_SLUCH | НМ | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
|  | SL | ОМ | S | Сведения о случае |  |
|  | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение. |
|  | OPLATA | У | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи:  0 – не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ;  3 – частичный отказ. |
|  | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях |  |
|  | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK |
| **Сведения о случае** | | | | | |
| SL | SL\_ID | О | T(36) | Идентификатор | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | VID\_HMP | О | T(12) | Вид высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 Приложения А |
|  | METOD\_HMP | О | N(3) | Метод высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 Приложения А |
|  | LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения в соответствии с региональным справочником |
|  | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
|  | PROFIL\_K | О | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020 Приложения А. |
|  | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | TAL\_D | О | D | Дата выдачи талона на ВМП | Заполняется на основании талона на ВМП |
|  | TAL\_NUM | О | T(20) | Номер талона на ВМП |
|  | TAL\_P | О | D | Дата планируемой госпитализации |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни |  |
|  | DATE\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | DS0 | Н | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. |
|  | DS2 | УМ | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | DS3 | УМ | T(10) | Диагноз осложнения заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | C\_ZAB | О | N(1) | Характер основного заболевания | Классификатор характера заболевания V027 Приложения А. |
|  | DS\_ONK | О | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Указывается «1» при подозрении на злокачественное новообразование. |
|  | CODE\_MES1 | УМ | Т(20) | Код МЭС | Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | У | Т(20) | Код МЭС сопутствующего заболевания |
|  | NAPR | УМ | S | Сведения об оформлении направления | Заполняется в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного образования (первый символ кода основного диагноза – «C») и нейтропении (код основного диагноза – D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97)  При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполеннию не подлежит. |
|  | CONS | УМ | S | Сведения о проведении консилиума | Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения .  Обязательно к заполнению при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного образования (первый символ кода основного диагноза – «C») и нейтропении (код основного диагноза – D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97)  При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполеннию не подлежит. |
|  | ONK\_SL | У | S | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | Обязательно для заполнения при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода диагноза по МКБ-10 - «С») и нейтропении (код основного диагноза D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97), если DS\_ONK не равен1 |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC |
|  | VERS\_SPEC | О | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей, например «V021». |
|  | IDDOKT | O | Т(25) | Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | Территориальный справочник |
|  | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного образования (первый символ кода основного диагноза – «C») и нейтропении (код основного диагноза – D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) |
|  | SUM\_M | O | N(15.2) | Стоимость случая, выставленная к оплате |  |
|  | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. |
|  | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле |  |
| Направления | | | | | |
| NAPR | NAPR\_DATE | O | D | Дата направления |  |
|  | NAPR\_MO | У | T(6) | Код МО, куда оформлено направление | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. Заполенние обязательно в случае оформления направления в другую МО |
|  | NAPR\_V | O | N(2) | Вид направления | Классификатор видов направления V028 Приложения А. |
|  | MET\_ISSL | У | N(2) | Метод диагностического исследования | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 Приложеия А. |
|  | NAPR\_USL | У | Т(15) | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL |
| Сведения о проведении консилиума | | | | | |
| CONS | PR\_CONS | О | N(1) | Цель проведения консилиума | Классификатор целей уонсилиума N019 Приложения А |
|  | DT\_CONS | У | D | Дата проведения консилиума | Обязательно к заполнению , если PR\_CONS не равен 0 |
| Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | | | |
| ONK\_SL | DS1\_T | У | N(2) | Повод обращения | Классификатор поводов обращения N018 Приложения А |
|  | STAD | О | N(3) | Стадия заболевания | Заполняется в соответствии со справочником N002 Приложения А |
|  | ONK\_T | О | N(4) | Значение Tumor | Заполняется в соответствии со справочником N003 Приложения А |
|  | ONK\_N | О | N(4) | Значение Nodus | Заполняется в соответствии со справочником N004 Приложения А |
|  | ONK\_M | О | N(4) | Значение Metastasis | Заполняется в соответствии со справочником N005 Приложения А |
|  | MTSTZ | У | N(1) | Признак выявления отдалённых метастазов | Обязательно к заполнению значением «1» при выявлении отдалённых метастазов только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2) |
|  | SOD | У | N(4.2) | Суммарная очаговая доза | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4) |
|  | B\_DIAG | УМ | S | Диагностический блок | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах |
|  | B\_PROT | УМ | S | Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения |
|  | ONK\_USL | ОМ | S | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания |  |
| Диагностический блок | | | | | |
| B\_DIAG | DIAG\_DATE | У | D | Дата взятия материала | Указывается дата взятия мтериала для проведения диагностики. Обязательно к заполнению только при отсутствии DIAG\_TIP |
|  | DIAG\_TIP | У | N(1) | Тип диагностического показателя | При отсутствии DIAGF\_DATE обязательно к заполнению значениями:  1 – гистологический признак;   1. – маркёр (ИГХ)   При наличии DIAG\_DATE заполнению не подлежит |
|  | DIAG\_CODE | О | N(3) | Код диагностического показателя | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 Приложения А.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 Приложения А.  При наличии DIAG\_DATE заполнению не подлежит |
|  | DIAG\_RSLT | О | N(3) | Код результата диагностики | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008 Приложения А.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 Приложения А.  При наличии DIAG\_DATE заполнению не подлежит |
|  | REC\_RSLT | У | N(1) | Признак получения результата диагносьтики | Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики |
| Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | | | | |
| B\_PROT | PROT | О | N(1) | Код противопоказания или отказа | Заполняется в соответствии со справочником N001 Приложения А. |
|  | D\_PROT | О | D | Дата регистрации противопоказания или отказа |  |
| **Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания** | | | | | |
| ONK\_USL | USL\_TIP | О | N(1) | Тип услуги | Заполняется в соответствии со справочником N013 Приложения А. |
|  | HIR\_TIP | У | N(1) | Тип хирургического лечения | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014 Приложения А.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1 |
|  | LEK\_TIP\_L | У | N(1) | Линиия лекарственной терапии | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015 Приложения А.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_TIP\_V | У | N(1) | Цикл лекарственной терапии | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016 Приложения А.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_PR | УМ | S | Сведения о введенном противоопухолевом препарате | Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4 |
|  | LUCH\_TIP | У | N(1) | Тип лучевой терапии | При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4 |
| **Сведения о введенном противопухолевом препарате** | | | | | |
| LEK\_PR | REGNUM | О | Т(40) | Регистрационный номер лекарственного препарата | Заполняется в соответствии с Государственным реестром лекарственных средств V011 Приложения А. |
|  | DATE\_INJ | ОМ | D | Дата введения лекарственного препарата |  |
| **Сведения об услуге** | | | | | |
| USL | IDSERV | O | Т(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | O | Т(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | LPU\_1 | У | Т(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
|  | VID\_VME | У | Т(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа. |
|  | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | DATE\_IN | O | D | Дата начала оказания услуги |  |
|  | DATE\_OUT | O | D | Дата окончания оказания услуги |  |
|  | DS | O | Т(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | CODE\_USL | О | Т(20) | Код услуги | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг |
|  | KOL\_USL | O | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф |  |
|  | SUMV\_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC |
|  | CODE\_MD | O | Т(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | В соответствии с территориальным справочником |
|  | NAPR | УM | S | Направления | Заполняется только в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) |
|  | ONK\_USL | У | S | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | Обязательно к заполнению при заполненном элементе ONK\_SL.  Не подлежит заполнению при DS\_ONK=1 |
|  | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | |
| SANK | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах случая. |
|  | S\_SUM | О | N(15.2) | Финансовая санкция | При невыяснении причин дял отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | О | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с классификатором видов контроля F006, Приложение А |
|  | S\_OSN | О | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи Приложение А), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | О | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | NUM\_ACT | О | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | CODE\_EXP | УМ | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложения A) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | S\_COM | У | Т(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
|  | S\_IST | О | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

3. Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения

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

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

ХPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где:

X – одна из констант, обозначающая передаваемые данные:

DP - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

DV - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

DO - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических осмотров взрослого населения;

DS - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

DU - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

DF - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации -получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: в качестве константы указывается V. Структура файла приведена в таблице 3.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Символ | Способ кодирования |
| двойная кавычка (") | &quot; |
| одинарная кавычка (') | &apos; |
| левая угловая скобка ("<") | &lt; |
| правая угловая скобка (">") | &gt; |
| амперсант ("&") | &amp; |

В столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:

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

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

У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

N – <число>, в случае указания не целочисленного значения указывается количество знаков до разделителя (в целочисленной части), символ используемого разделителя и количество десятичных знаков;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

**Таблица 3. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации**

| Код элемента | | Содержание элемента | | Тип | | Формат | | Наименование | | Дополнительная информация |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корневой элемент (Сведения о медпомощи) | | | | | | | | | | |
| ZL\_LIST | | ZGLV | | О | | S | | Заголовок файла | | Информация о передаваемом файле |
|  | | SCHET | | О | | S | | Счёт | | Информация о счёте |
|  | | ZAP | | ОМ | | S | | Записи | | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| Заголовок файла | | | | | | | | | | |
| ZGLV | | VERSION | | O | | T(5) | | Версия взаимодействия | | Текущей редакции соответствует значение «3.1». |
|  | | DATA | | О | | D | | Дата | | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | | FILENAME | | О | | T(26) | | Имя файла | | Имя файла без расширения. |
|  | | SD\_Z | | О | | N(9) | | Количество случаев | | Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| Счёт | | | | | | | | | | |
| SCHET | | CODE | | О | | N(8) | | Код записи счета | | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | | CODE\_MO | | О | | T(6) | | Реестровый номер медицинской организации | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. |
|  | | YEAR | | O | | N(4) | | Отчетный год | |  |
|  | | MONTH | | O | | N(2) | | Отчетный месяц | | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | | NSCHET | | О | | T(15) | | Номер счёта | |  |
|  | | DSCHET | | О | | D | | Дата выставления счёта | | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | | PLAT | | У | | T(5) | | Плательщик. Реестровый номер СМО. | | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | | SUMMAV | | О | | N(15.2) | | Сумма счета, выставленная МО на оплату | |  |
|  | | COMENTS | | У | | T(250) | | Служебное поле к счету | |  |
|  | | SUMMAP | | У | | N(15.2) | | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | | SANK\_MEK | | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (МЭК) | | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
|  | | SANK\_MEE | | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (МЭЭ) | | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
|  | | SANK\_EKMP | | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (ЭКМП) | | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
|  | | DISP | | У | | T(3) | | Тип диспансеризации | | Классификатор типов диспансеризации V016 |
| Записи | | | | | | | | | | |
| ZAP | | N\_ZAP | | О | | N(8) | | Номер позиции записи | | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | | PR\_NOV | | О | | N(1) | | Признак исправленной записи | | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;  1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | | PACIENT | | О | | S | | Сведения о пациенте | |  |
|  | | Z\_SL | | О | | S | | Сведения о законченном случае | | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| Сведения о пациенте | | | | | | | | | | |
| PACIENT | | ID\_PAC | | О | | T(36) | | Код записи о пациенте | | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | | VPOLIS | | O | | N(1) | | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
|  | | SPOLIS | | У | | Т(10) | | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | |  |
|  | | NPOLIS | | O | | T(20) | | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | | ST\_OKATO | | У | | T(5) | | Регион страхования | | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | | SMO | | У | | T(5) | | Реестровый номер СМО. | | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | | SMO\_OGRN | | У | | T(15) | | ОГРН СМО | | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | | SMO\_OK | | У | | T(5) | | ОКАТО территории страхования | |
|  | | SMO\_NAM | | У | | Т(100) | | Наименование СМО | | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. |
|  | | NOVOR | | О | | Т(9) | | Признак новорождённого | | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения.  0 – признак отсутствует.  Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону:  ПДДММГГН, где  П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А;  ДД – день рождения;  ММ – месяц рождения;  ГГ – последние две цифры года рождения;  Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | | | | | |
| Z\_SL | | IDCASE | | O | | N(11) | | Номер записи в реестре случаев | | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | | VIDPOM | | O | | N(4) | | Вид медицинской помощи | | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
|  | | LPU | | О | | T(6) | | Код МО | | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | | VBR | | О | | N(1) | | Признак мобильной медицинской бригады | | 0 – нет;  1 – да. |
|  | | DATE\_Z\_1 | | O | | D | | Дата начала лечения | |  |
|  | | DATE\_Z\_2 | | O | | D | | Дата окончания лечения | |  |
|  | | P\_OTK | | O | | N(1) | | Признак отказа | | Значение по умолчанию: «0».  В случае отказа указывается значение «1». |
|  | | RSLT\_D | | O | | N(2) | | Результат диспансеризации | | Классификатор результатов диспансеризации V017 |
|  | | OS\_SLUCH | | НМ | | N(1) | | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
|  | | SL | | О | | S | | Сведения о случае | |  |
|  | | IDSP | | O | | N(2) | | Код способа оплаты медицинской помощи | | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | | SUMV | | O | | N(15.2) | | Сумма, выставленная к оплате | | Равна значению SUM\_M вложенного элемента SL. |
|  | | OPLATA | | У | | N(1) | | Тип оплаты | | Оплата случая оказания медпомощи:  0 – не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ;  3 – частичный отказ. |
|  | | SUMP | | У | | N(15.2) | | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | | SANK | | УМ | | S | | Сведения о санкциях | | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
|  | | SANK\_IT | | У | | N(15.2) | | Сумма санкций по законченному случаю | | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK |
| **Сведения о случае** | | | | | | | | | | |
| SL | | SL\_ID | | О | | T(36) | | Идентификатор | | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | | LPU\_1 | | У | | T(8) | | Подразделение МО | | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | | NHISTORY | | O | | T(50) | | Номер карты | |  |
|  | | DATE\_1 | | O | | D | | Дата начала лечения | | Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа. |
|  | | DATE\_2 | | O | | D | | Дата окончания лечения | |  |
|  | | DS1 | | O | | T(10) | | Диагноз основной | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. |
|  | | DS1\_PR | | У | | N(1) | | Установлен впервые (основной) | | Обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра |
|  | | DS\_ONK | | У | | N(1) | | Признак подозрения на злокачественное новообразование | | Заполняется значениями:  0 – при отсутствии подозрания на злокачественное образование;  1 – при выявлении подозрания на злокачественное образование |
|  | | PR\_D\_N | | О | | N(1) | | Диспансерное наблюдение | | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния):  1 - состоит,  2 – взят,  3 – не подлежит диспансерному наблюдению |
|  | | DS2\_N | | УМ | | S | | Сопутствующие заболевания | |  |
|  | | NAZ | | УМ | | S | | Назначения | | Указывается отдельно для каждого назначения. |
|  | | ED\_COL | | У | | N(5.2) | | Количество единиц оплаты медицинской помощи | |  |
|  | | TARIF | | У | | N(15.2) | | Тариф | |  |
|  | | SUM\_M | | O | | N(15.2) | | Сумма, выставленная к оплате | |  |
|  | | USL | | УМ | | S | | Сведения об услуге | | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.  Может не заполняться только в случае отказа от диспансеризации. |
|  | | COMENTSL | | У | | T(250) | | Служебное поле | |  |
| Сопутствующие заболевания | | | | | | | | | | |
| DS2\_N | | DS2 | | О | | T(10) | | Диагноз сопутствующего заболевания | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | | DS2\_PR | | У | | N(1) | | Установлен впервые (сопутствующий) | | Обязательно указывается «1», если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра |
|  | | PR\_DS2\_N | | О | | N(1) | | Диспансерное наблюдение | | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания:  1 - состоит,  2 – взят,  3 – не подлежит диспансерному наблюдению |
| Назначения | | | | | | | | | | |
| NAZ | | NAZ\_N | | О | | N(2) | | Номер по порядку | |  |
|  | | NAZ\_R | | О | | N(2) | | Вид назначения | | Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II.  1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления;  2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию;  3 – направлен на обследование;  4 – направлен в дневной стационар;  5 – направлен на госпитализацию;  6 – направлен в реабилитационное отделение. |
|  | | NAZ\_SP | | У | | N(4) | | Специальность врача | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 1 или 2.  Классификатор V021. |
|  | | NAZ\_V | | У | | N(1) | | Вид обследования | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 3.  1 – лабораторная диагностика;  2 – инструментальная диагностика;  3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих;  4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография) |
|  | | NAZ\_USL | | У | | T(15) | | Медицинская услуга (код) указанная в направлении | | Заполняется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001) только при направлении на обследование в случае подозрения на ЗНО (NAZ\_R=3 и DS\_ONK=1) |
|  | | NAPR\_DATE | | O | | D | | Дата направления | Заполнение обязательно только в случае оформления направления в случае подозрения на НЗО: на консультацтию в другую МО или на обследование (NAZ\_R={2,3} и DS\_ONK=1) | | |
|  | | NAPR\_MO | | У | | T(6) | | Код МО, куда оформлено направление | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. Заполнение обязательно в случае оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ\_R={2,3} и DS\_ONK=1) | | |
|  | | NAZ\_PMP | | У | | N(3) | | Профиль медицинской помощи | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 4 или 5.  Классификатор V002. |
|  | | NAZ\_PK | | У | | N(3) | | Профиль койки | | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 6.  Классификатор V020. |
| Сведения об услуге | | | | | | | | | | |
| USL | | IDSERV | | O | | Т(36) | | Номер записи в реестре услуг | | Уникален в пределах случая |
|  | | LPU | | О | | T(6) | | Код МО | | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | | LPU\_1 | | У | | T(8) | | Подразделение МО | | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | | DATE\_IN | | O | | D | | Дата начала оказания услуги | |  |
|  | | DATE\_OUT | | O | | D | | Дата окончания оказания услуги | |  |
|  | | P\_OTK | | О | | N(1) | | Признак отказа от услуги | | Значение по умолчанию: «0».  В случае отказа указывается значение «1». |
|  | | CODE\_USL | | О | | T(20) | | Код услуги | | Территориальный классификатор услуг |
|  | | TARIF | | У | | N(15.2) | | Тариф | |  |
|  | | SUMV\_USL | | O | | N(15.2) | | Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.) | |  |
|  | | PRVS | | O | | N(4) | | Специальность медработника, выполнившего услугу | | Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021).  Указывается значение IDSPEC |
|  | | CODE\_MD | | O | | Т(25) | | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | | В соответствии с территориальным справочником |
|  | | COMENTU | | У | | T(250) | | Служебное поле | |  |
| Сведения о санкциях | | | | | | | | | | |
| SANK | S\_CODE | | О | | Т(36) | | Идентификатор санкции | | Уникален в пределах случая. | | |
|  | S\_SUM | | О | | N(15.2) | | Финансовая санкция | |  | | |
|  | S\_TIP | | О | | N(2) | | Код вида контроля | | F006 Классификатор видов контроля, Приложение А | | |
|  | S\_OSN | | О | | N(3) | | Код причины отказа (частичной) оплаты | | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А, если S\_SUM не равен 0 | | |
|  | DATE\_ACT | | О | | D | | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |  | | |
|  | NUM\_ACT | | О | | T(30) | | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |  | | |
|  | CODE\_EXP | | УМ | | T(8) | | Код эксперта качества медицинской помощи | | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложения A) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) | | |
|  | S\_COM | | У | | Т(250) | | Комментарий | | Комментарий к санкции. | | |
|  | S\_IST | | О | | N(1) | | Источник | | 1 – СМО/ТФОМС к МО. | | |

4. Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрнии на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования

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

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

CPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где:

C – константа, обозначающая передаваемые данные.

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации -получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо T указывается V. Структура файла приведена в таблице 4.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Символ | Способ кодирования |
| двойная кавычка (") | &quot; |
| одинарная кавычка (') | &apos; |
| левая угловая скобка ("<") | &lt; |
| правая угловая скобка (">") | &gt; |
| амперсант ("&") | &amp; |

В столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:

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

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

У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.

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

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

N – <число>, в случае указания не целочисленного значения указывается количество знаков до разделителя (в целочисленной части), символ используемого разделителя и количество десятичных знаков;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Таблица 4. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрнии на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования

| **Код элемента** | | **Содержание элемента** | | **Тип** | | **Формат** | | **Наименование** | | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | | | | | |
| ZL\_LIST | | ZGLV | | О | | S | | Заголовок файла | | Информация о передаваемом файле |
|  | | SCHET | | О | | S | | Счёт | | Информация о счёте |
|  | | ZAP | | ОМ | | S | | Записи | | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | | | | | | |
| ZGLV | | VERSION | | O | | T(5) | | Версия взаимодействия | | Текущей редакции соответствует значение «3.1». |
|  | | DATA | | О | | D | | Дата | | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | | FILENAME | | О | | T(26) | | Имя файла | | Имя файла без расширения. |
|  | | SD\_Z | | О | | N(9) | | Количество записей в файле | | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| **Счёт** | | | | | | | | | | |
| SCHET | | CODE | | О | | N(8) | | Код записи счета | | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | | CODE\_MO | | О | | T(6) | | Реестровый номер медицинской организации | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. |
|  | | YEAR | | O | | N(4) | | Отчетный год | |  |
|  | | MONTH | | O | | N(2) | | Отчетный месяц | | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | | NSCHET | | О | | T(15) | | Номер счёта | |  |
|  | | DSCHET | | О | | D | | Дата выставления счёта | | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | | PLAT | | У | | T(5) | | Плательщик. Реестровый номер СМО. | | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | | SUMMAV | | О | | N(15.2) | | Сумма, выставленная МО на оплату | |  |
|  | | COMENTS | | У | | T(250) | | Служебное поле к счету | |  |
|  | | SUMMAP | | У | | N(15.2) | | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | | SANK\_MEK | | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (МЭК) | | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
|  | | SANK\_MEE | | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (МЭЭ) | | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
|  | | SANK\_EKMP | | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (ЭКМП) | | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
| **Записи** | | | | | | | | | | |
| ZAP | | N\_ZAP | | О | | N(8) | | Номер позиции записи | | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | | PR\_NOV | | О | | N(1) | | Признак исправленной записи | | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;  1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | | PACIENT | | О | | S | | Сведения о пациенте | |  |
|  | | Z\_SL | | О | | S | | Сведения о законченном случае | | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | | | | | |
| PACIENT | | ID\_PAC | | О | | T(36) | | Код записи о пациенте | | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | | VPOLIS | | O | | N(1) | | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
|  | | SPOLIS | | У | | Т(10) | | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | |  |
|  | | NPOLIS | | O | | T(20) | | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | | ST\_OKATO | | У | | T(5) | | Регион страхования | | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | | SMO | | У | | T(5) | | Реестровый номер СМО. | | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | | SMO\_OGRN | | У | | T(15) | | ОГРН СМО | | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | | SMO\_OK | | У | | T(5) | | ОКАТО территории страхования | |
|  | | SMO\_NAM | | У | | Т(100) | | Наименование СМО | | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. |
|  | | INV | | У | | N(1) | | Группа инвалидности | | 0 – нет инвалидности;  1 – 1 группа;  2 – 2 группа;  3 – 3 группа;  4 – дети-инвалиды.  Заполняется только при впервые установленной инвалидности(1-4) или в случае отказа в признании лица инвалидом (0). |
|  | | MSE | | У | | N(1) | | Направление на МСЭ | | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. |
|  | | NOVOR | | О | | Т(9) | | Признак новорождённого | | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения.  0 – признак отсутствует.  Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону:  ПДДММГГН, где  П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А;  ДД – день рождения;  ММ – месяц рождения;  ГГ – последние две цифры года рождения;  Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | | VNOV\_D | | У | | N(4) | | Вес при рождении | | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | | | | | |
| Z\_SL | | IDCASE | | O | | N(11) | | Номер записи в реестре случаев | | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | | USL\_OK | | O | | N(2) | | Условия оказания медицинской помощи | | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А). |
|  | | VIDPOM | | O | | N(4) | | Вид медицинской помощи | | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
|  | | FOR\_POM | | О | | N(1) | | Форма оказания медицинской помощи | | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А |
|  | | NPR\_MO | | У | | Т(6) | | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. В условиях дневного стационара (USL\_OK=2)  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного образования (первый символ кода основного диагноза – «C») и нейтропении (код основного диагноза – D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  | | NPR\_DATE | | У | | D | | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. В условиях дневного стационара (USL\_OK=2)  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного образования (первый символ кода основного диагноза – «C») и нейтропении (код основного диагноза – D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | LPU | | О | | T(6) | | Код МО | | МО лечения, указывается в соответствии со справочником F003 Приложения А. |
|  | | DATE\_Z\_1 | | O | | D | | Дата начала лечения | |  |
|  | | DATE\_Z\_2 | | O | | D | | Дата окончания лечения | |  |
|  | | KD\_Z | | О | | N(3) | | Продолжительность гопитализации (койко-дни/пациенто-дни) | |  |
|  | | VNOV\_M | | УМ | | N(4) | | Вес при рождении | | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | | RSLT | | O | | N(3) | | Результат обращения | | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009). |
|  | | ISHOD | | O | | N(3) | | Исход заболевания | | Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012). |
|  | | OS\_SLUCH | | НМ | | N(1) | | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
|  | | VB\_P | | У | | N(1) | | Признак внутрибольничного перевода | | Указывается«1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. |
|  | | SL | | ОМ | | S | | Сведения о случае | |  |
|  | | IDSP | | O | | N(2) | | Код способа оплаты медицинской помощи | | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | | SUMV | | O | | N(15.2) | | Сумма, выставленная к оплате | | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение. |
|  | | OPLATA | | У | | N(1) | | Тип оплаты | | Оплата случая оказания медпомощи:  0 – не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ;  3 – частичный отказ. |
|  | | SUMP | | У | | N(15.2) | | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | | SANK | | УМ | | S | | Сведения о санкциях | |  |
|  | | SANK\_IT | | У | | N(15.2) | | Сумма санкций по законченному случаю | | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK |
| **Сведения о случае** | | | | | | | | | | |
| SL | | SL\_ID | | О | | T(36) | | Идентификатор | | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | | LPU\_1 | | У | | T(8) | | Подразделение МО | | Подразделение МО лечения в соответствии с региональным справочником |
|  | | PODR | | У | | N(12) | | Код отделения | | Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником |
|  | | PROFIL | | O | | N(3) | | Профиль медицинской помощи | | Классификатор V002 Приложения А. |
|  | | PROFIL\_K | | О | | N(3) | | Профиль койки | | Классификатор V020 Приложения А. |
|  | | DET | | О | | N(1) | | Признак детского профиля | | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | | P\_CEL | | У | | T(3) | | Цель посещения | | Классификатор целей посещения V025 Приложения А. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL\_OK=3) |
|  | | NHISTORY | | O | | T(50) | | Номер истории болезни | |  |
|  | | P\_PER | | У | | N(1) | | Признак поступления/ перевода | | Обязательно для дневного и круглосуточного стационара.  1 – Самостоятельно  2 – СМП  3 – Перевод из другой МО  4 – Перевод внутри МО с другого профиля |
|  | | DATE\_1 | | O | | D | | Дата начала лечения | |  |
|  | | DATE\_2 | | O | | D | | Дата окончания лечения | |  |
|  | | KD | | У | | N(3) | | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | | DS0 | | Н | | T(10) | | Диагноз первичный | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL\_OK=4). Указывается при наличии |
|  | | DS1 | | O | | T(10) | | Диагноз основной | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL\_OK=4)). При DS\_ONK=0 первый символ кода основного диагноза должен быть «C» или код основного диагноза D70 при сопутствующем диагнозе равном C97 или входящем в диапазон С00-С80 |
|  | | DS2 | | УМ | | T(10) | | Диагноз сопутствующего заболевания | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | | DS3 | | УМ | | T(10) | | Диагноз осложнения заболевания | | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | | C\_ZAB | | О | | N(1) | | Характер основного заболевания | | Классификатор характера заболевания V027 Приложения А. |
|  | | DS\_ONK | | О | | N(1) | | Признак подозрения на злокачественное новообразование | | Заполняется значениями:  0 – при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование  1 - при подозрении на злокачественное новообразование |
|  | | DN | | У | | N(1) | | Диспансерное наблюдение | | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния):  1 - состоит,  2 - взят,  4 - снят по причине выздоровления,  6 - снят по другим причинам.  Обязательно для заполнения, если P\_CEL=1.3 |
|  | | CODE\_MES1 | | УМ | | Т(20) | | Код МЭС | | Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | | CODE\_MES2 | | У | | Т(20) | | Код МЭС сопутствующего заболевания | |
|  | | NAPR | | УМ | | S | | Сведения об оформлении направления | | Обязателен к  заполнению в случае оформления |
|  | | CONS | | УМ | | S | | Сведения о проведении консилиума | | Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения . |
|  | | ONK\_SL | | У | | ЛЫПS | | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | Обязательно для заполнения при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода диагноза по МКБ-10 - «С») и нейтропении (код основного диагноза D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97), если (P\_CEL не равен 1.3 и USL\_OK не равен 4 и реаб не равен 1 и DS\_ONK не равен1) |
|  | | KSG\_KPG | | У | | S | | Сведения о КСГ/КПГ | | Заполняется при оплате случая лечения по КСГ или КПГ |
|  | | REAB | | У | | N(1) | | Признак реабилитации | | Указывается 1 для случаев реабилитации. |
|  | | PRVS | | O | | N(4) | | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | | Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC |
|  | | VERS\_SPEC | | О | | T(4) | | Код классификатора медицинских специальностей | | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей, например «V021». |
|  | | IDDOKT | | O | | Т(25) | | Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | | Территориальный справочник |
|  | | ED\_COL | | У | | N(5.2) | | Количество единиц оплаты медицинской помощи | |  |
|  | | TARIF | | У | | N(15.2) | | Тариф | | Тариф с учётом всех коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом – стоимость¸ рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС). Обязательно к заполнению при DS\_ONK=0 |
|  | | SUM\_M | | O | | N(15.2) | | Стоимость случая, выставленная к оплате | | Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг. |
|  | | USL | | УМ | | S | | Сведения об услуге | | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.  Допускается указание услуг с нулевой стоимостью.  Указание услуг с нулевой стоимостью обязательно, если условие их оказания является тарифообразующим (например, при оплате по КСГ). |
|  | | COMENTSL | | У | | T(250) | | Служебное поле | |  |
| Направления | | | | | | | | | | |
| NAPR | | NAPR\_DATE | | O | | D | | Дата направления | |  |
|  | | NAPR\_MO | | У | | T(6) | | Код МО, куда оформлено направление | | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. Заполенние обязательно в случае оформления направления в другую МО |
|  | | NAPR\_V | | O | | N(2) | | Вид направления | | Классификатор видов направления V028 Приложения А. |
|  | | MET\_ISSL | | У | | N(2) | | Метод диагностического исследования | | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 Приложеия А. |
|  | | NAPR\_USL | | У | | Т(15) | | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL |
| Сведения о проведении консилиума | | | | | | | | | | |
| CONS | | PR\_CONS | | О | | N(1) | | Цель проведения консилиума | | Классификатор целей уонсилиума N019 Приложения А |
|  | | DT\_CONS | | У | | D | | Дата проведения консилиума | | Обязательно к заполнению , если PR\_CONS не равен 0 |
| Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | | | | | | | | |
| ONK\_SL | | DS1\_T | | У | | N(2) | | Повод обращения | | Классификатор поводов обращения N018 Приложения А |
|  | | STAD | | О | | N(3) | | Стадия заболевания | | Заполняется в соответствии со справочником N002 Приложения А |
|  | | ONK\_T | | О | | N(4) | | Значение Tumor | | Заполняется в соответствии со справочником N003 Приложения А |
|  | | ONK\_N | | О | | N(4) | | Значение Nodus | | Заполняется в соответствии со справочником N004 Приложения А |
|  | | ONK\_M | | О | | N(4) | | Значение Metastasis | | Заполняется в соответствии со справочником N005 Приложения А |
|  | | MTSTZ | | У | | N(1) | | Признак выявления отдалённых метастазов | | Обязательно к заполнению значением «1» при выявлении отдалённых метастазов только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2) |
|  | | SOD | | У | | N(4.2) | | Суммарная очаговая доза | | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4) |
|  | | B\_DIAG | | УМ | | S | | Диагностический блок | | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах |
|  | | B\_PROT | | УМ | | S | | Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения |
|  | | ONK\_USL | | ОМ | | S | | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | |  |
| Диагностический блок | | | | | | | | | | |
| B\_DIAG | | DIAG\_DATE | | У | | D | | Дата взятия материала | | Указывается дата взятия мтериала для проведения диагностики. Обязательно к заполнению только при отсутствии DIAG\_TIP |
|  | | DIAG\_TIP | | У | | N(1) | | Тип диагностического показателя | | При отсутствии DIAGF\_DATE обязательно к заполнению значениями:  1 – гистологический признак;   1. – маркёр (ИГХ)   При наличии DIAG\_DATE заполнению не подлежит |
|  | | DIAG\_CODE | | О | | N(3) | | Код диагностического показателя | | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 Приложения А.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 Приложения А.  При наличии DIAG\_DATE заполнению не подлежит |
|  | | DIAG\_RSLT | | О | | N(3) | | Код результата диагностики | | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008 Приложения А.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 Приложения А.  При наличии DIAG\_DATE заполнению не подлежит |
|  | | REC\_RSLT | | У | | N(1) | | Признак получения результата диагносьтики | | Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики |
| Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | | | | | | | | | |
| B\_PROT | | PROT | | О | | N(1) | | Код противопоказания или отказа | | Заполняется в соответствии со справочником N001 Приложения А. |
|  | | D\_PROT | | О | | D | | Дата регистрации противопоказания или отказа | |  |
| **Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания** | | | | | | | | | | |
| ONK\_USL | | USL\_TIP | | О | | N(1) | | Тип услуги | | Заполняется в соответствии со справочником N013 Приложения А. |
|  | | HIR\_TIP | | У | | N(1) | | Тип хирургического лечения | | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014 Приложения А.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1 |
|  | | LEK\_TIP\_L | | У | | N(1) | | Линиия лекарственной терапии | | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015 Приложения А.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | | LEK\_TIP\_V | | У | | N(1) | | Цикл лекарственной терапии | | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016 Приложения А.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | | LEK\_PR | | УМ | | S | | Сведения о введенном противоопухолевом препарате | | Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4 |
|  | | LUCH\_TIP | | У | | N(1) | | Тип лучевой терапии | | При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4 |
| **Сведения о введенном противопухолевом препарате** | | | | | | | | | | |
| LEK\_PR | | REGNUM | | О | | Т(40) | | Регистрационный номер лекарственного препарата | | Заполняется в соответствии с Государственным реестром лекарственных средств V011 Приложения А. |
|  | | DATE\_INJ | | ОМ | | D | | Дата введения лекарственного препарата | |  |
| Сведения о КСГ/КПГ | | | | | | | | | | | |
| KSG\_ KPG | N\_KSG | | У | | T(20) | | Номер КСГ | | Номер КСГ (V023) с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KРG | | |
|  | VER\_KSG | | O | | N(4) | | Модель определения КСГ | | Указывается версия модели определения КСГ (год) | | |
|  | KSG\_PG | | О | | N(1) | | Признак использования подгруппы КСГ | | 0 – подгруппа КСГ не применялась;  1 – подгруппа КСГ применялась | | |
|  | N\_KPG | | У | | N(2) | | Номер КПГ | | Номер КПГ (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KSG | | |
|  | KOEF\_Z | | O | | N(2.5) | | Коэффициент затратоемкости | | Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПГ | | |
|  | KOEF\_UP | | O | | N(2.5) | | Управленческий коэффициент | | Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПГ. При отсутствии указывается «1» | | |
|  | BZTSZ | | O | | N(6.2) | | Базовая ставка | | Значение базовой ставки, указывается в рублях | | |
|  | KOEF\_D | | O | | N(2.5) | | Коэффициент дифференциации | | Значение коэффициента дифференциации | | |
|  | KOEF\_U | | O | | N(2.5) | | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | | Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи | | |
|  | DKK1 | | У | | T(10) | | Дополнительный классификационный критерий | | Дополнительный классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом  Российской Федерации.  Обязателен к заполнению:  -  в случае применения при оплате случая лечения по КСГ;  - в случае применения при оплате случая лечения по КПГ, если применен региональный дополнительный классификационный критерий; | | |
|  | DKK2 | | У | | T(10) | | Дополнительный классификационный критерий | | Заполняется кодом схемы лекарственной терапии (только для комбинированных схем лечения при злокачественном новообразовании независимо от способа оплаты случая лечения) | | |
|  | SL\_K | | О | | N(1) | | Признак использования  КСЛП | | 0 – КСЛП не применялся;  1 – КСЛП применялся | | |
|  | IT\_SL | | У | | N(1.5) | | Применённый коэффициент сложности лечения пациента | | Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая.  Указывается только при использовании. | | |
|  | SL\_KOEF | | УМ | | S | | Коэффициенты сложности лечения пациента | | Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента.  Указывается при наличии IT\_SL. | | |
| Коэффициенты сложности лечения пациента | | | | | | | | | | | |
| SL\_KOEF | IDSL | | O | | N(4) | | Номер коэффициента сложности лечения пациента | | В соответствии с региональным справочником. | | |
|  | Z\_SL | | O | | N(1.5) | | Значение коэффициента сложности лечения пациента | |  | | |
| **Сведения об услуге** | | | | | | | | | | |
| USL | | IDSERV | | O | | Т(36) | | Номер записи в реестре услуг | | Уникален в пределах случая |
|  | | LPU | | O | | Т(6) | | Код МО | | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | | LPU\_1 | | У | | Т(8) | | Подразделение МО | | Подразделение МО лечения из регионального справочника |
|  | | PODR | | У | | N(12) | | Код отделения | | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | | PROFIL | | O | | N(3) | | Профиль медицинской помощи | | Классификатор V002 Приложения А. |
|  | | VID\_VME | | У | | Т(15) | | Вид медицинского вмешательства | | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа. |
|  | | DET | | О | | N(1) | | Признак детского профиля | | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | | DATE\_IN | | O | | D | | Дата начала оказания услуги | |  |
|  | | DATE\_OUT | | O | | D | | Дата окончания оказания услуги | |  |
|  | | DS | | O | | Т(10) | | Диагноз | | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | | CODE\_USL | | О | | Т(20) | | Код услуги | | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг |
|  | | KOL\_USL | | O | | N(6.2) | | Количество услуг (кратность услуги) | |  |
|  | | TARIF | | У | | N(15.2) | | Тариф | |  |
|  | | SUMV\_USL | | O | | N(15.2) | | Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.) | | Может принимать значение 0 |
|  | | PRVS | | O | | N(4) | | Специальность медработника, выполнившего услугу | | Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC |
|  | | CODE\_MD | | O | | Т(25) | | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | | В соответствии с территориальным справочником |
|  | | NPL | | У | | N(1) | | Неполный объём | | Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме.  1 – документированный отказ больного,  2 – медицинские противопоказания,  3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.)  4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков. |
|  | | COMENTU | | У | | T(250) | | Служебное поле | |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | | | | | |
| SANK | | S\_CODE | | О | | Т(36) | | Идентификатор санкции | | Уникален в пределах случая. |
|  | | S\_SUM | | О | | N(15.2) | | Финансовая санкция | | При невыяснении причин дял отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | | S\_TIP | | О | | N(2) | | Код вида контроля | | Заполняется в соответствии с классификатором видов контроля F006, Приложение А |
|  | | S\_OSN | | О | | N(3) | | Код причины отказа (частичной) оплаты | | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи Приложение А), если S\_SUM не равна 0 |
|  | | DATE\_ACT | | О | | D | | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |  |
|  | | NUM\_ACT | | О | | T(30) | | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |  |
|  | | CODE\_EXP | | УМ | | T(8) | | Код эксперта качества медицинской помощи | | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложения A) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | | S\_COM | | У | | Т(250) | | Комментарий | | Комментарий к санкции. |
|  | | S\_IST | | О | | N(1) | | Источник | | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |



1. Структура общих файлов информационного обмена

Имя файла персональных данных формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа. В качестве константы указывается:

1. для передачи сведений об оказанной медицинской помощи кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования– L;
2. для передачи сведений об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи – LT;
3. для передачи сведений об оказанной медицинской помощи при диспансеризации – LP, LV, LO, LS, LU, LF: в соответствии с именем основного файла.

**Таблица 5. Файл персональных данных**

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовокфайла | Информация о передаваемом файле |
|  | PERS | ОМ | S | Данные | Содержит персональные данные пациента |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.1». |
|  | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | FILENAME1 | О | T(26) | Имя основного файла | Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения. |
| **Данные** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи. |
|  | FAM | У | T(40) | Фамилия пациента | FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  OT (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.  Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля. |
|  | IM | У | T(40) | Имя пациента |
|  | OT | У | T(40) | Отчество пациента |
|  | W | O | N(1) | Пол пациента | Заполняется в соответствии с классификатором V005 Приложения А. |
|  | DR | O | D | Дата рождения пациента | Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4».  Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение «5».  Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то  из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно |
|  | DOST | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации пациента | 1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю.  Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | TEL | У | T(100) | Номер телефона пациента | Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений.  Информация для страхового представителя. |
|  | FAM\_P | У | T(40) | Фамилия представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.  Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля.  FAM\_P (фамилия представителя) и/или IM\_P (имя представителя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST\_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  OT\_P (отчество представителя) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST\_P можно опустить соответствующее значение.  Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «4».  Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «5».  Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то  из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно |
|  | IM\_P | У | T(40) | Имя представителя пациента |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента |
|  | W\_P | У | N(1) | Пол представителя пациента |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя пациента |
|  | DOST\_P | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации представителя | 1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю.  Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | MR | У | T(100) | Место рождения пациента или представителя | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
|  | DOCTYPE | У | T(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».  При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | DOCSER | У | T(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | DOCNUM | У | T(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | SNILS | У | T(14) | СНИЛС пациента или представителя | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
|  | OKATOG | У | T(11) | Код места жительства по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | OKATOP | У | T(11) | Код места пребывания по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | DATE\_SP | УМ | S | Даты, на которые определяется страховая принадлежность | Обязателен в файлах для определения страховой принадлежности |
|  | COMENTP | У | T(250) | Служебное поле |  |
| Даты, на которые определяется страховая принадлежность | | | | | |
| DATE\_SP | DATE\_L | O | D | Дата начала лечения | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | ENP | У | T(16) | Действующий единый номер полиса ОМС |  |
|  | NR | У | N(1) | признак новорожденного на дату начала лечения | 1 - новорожденный |
|  | SP\_RESULT\* | О | N(1) | Код определения страховой принадлежности | Может иметь значения: 1 – «НАШ», 2- «ИНОГОРОДНИЙ», 3- Не найден в Регистре застрахованных |
|  | ROKATO\* | У | T(5) | Код ОКАТО территории страхования |  |
|  | RENP\* | У | T(16) | Действующий единый номер полиса ОМС |  |
|  | RQOGRN\* | У | Т(15) | ОГРН СМО |  |
|  | RQ\* | У | Т(5) | Код определенной "нашей" СМО |  |
|  | RPRZ\* | У | T(8) | Код пункта регистрации | Например, если СМО АО «МАКС-М» то в каком районе)  По региональному справочнику |
|  | ROPDOC\* | У | Т(1) | Код вида медицинского полиса |  |
|  | RSPOL\* | У | Т(20) | Серия полиса |  |
|  | RNPOL\* | У | Т(20) | Номер полиса |  |
|  | RDBEG\* | У | D | Дата начала действия полиса |  |
|  | RDEND\* | У | D | Дата конца действия полиса | Заполняется при наличии даты завершения действия полиса |
|  | RFAM\* | У | T(40) | Фамилия застрахованного в региональном сегменте регистра застрахованных |  |
|  | RIM\* | У | T(40) | Имя застрахованного в региональном сегменте регистра застрахованных |  |
|  | ROT\* | У | T(40) | Отчество застрахованного в региональном сегменте регистра застрахованных |  |
|  | REPL\* | У | T(100) | Ошибка форматно-логического контроля | Текстовое поле с описанием ошибки (ошибок) |

\* Теги заполняются ТФОМС при наличии сведений в ЕРЗ для отправки в МО

6. Структура файла с протоколом ФЛК

**Таблица 6. Структура файла с протоколом ФЛК**

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| FLK\_P | FNAME | О | T(24) | Имя файла протокола ФЛК |  |
|  | FNAME\_I | О | T(24) | Имя исходного файла |  |
|  | PR | НМ | S | Причина отказа | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. |
| **Причины отказа** | | | | | |
| PR | OSHIB | O | N(3) | Код ошибки | В соответствии с классификатором Q004 |
|  | IM\_POL | У | T(20) | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | BAS\_EL | У | T(20) | Имя базового элемента | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка. |
|  | N\_ZAP | У | T(36) | Номер записи | Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка. |
|  | IDCASE | У | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Номер законченного случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «Z\_SL», в том числе во входящих в него элементах «SL» и услугах). |
|  | SL\_ID | У | T(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «SL», в том числе во входящих в него услугах). |
|  | IDSERV | У | Т(36) | Номер записи в реестре услуг | Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL»). |
|  | COMMENT | У | T(250) | Комментарий | Описание ошибки. |