**СТРУКТУРА ИМЕНИ ФАЙЛОВ ЗА ОКАЗАННУЮ   
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ОТ МО**

**Структура имени архивного файла**

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

**<Буквенный символ>NiYYMMVV.zip**, где:

– <Буквенный символ> – символ, обозначающий передаваемые данные:

H - Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи кроме высокотехнологичной

T - Файл со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

C - Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования

DY - Файл со сведениями об диспансеризации и медосмотрах

DY - Файл со сведениями об диспансеризации и медосмотрах

Ni – номер источника (реестровый номер МО из F003).

YY – последняя цифра года формирования пакета.

MM - номер месяца формирования пакета (01 – январь, 02 – февраль и т.д. до 12 – декабрь) VV – номер версии архивного пакета: 01, 02,…,99.<Буквенный символ> при передаче сведений об оказанной медицинской помощи при диспансеризации включает два символа, как в форматах xml, так и в формате zip.

**Структура имён файлов, входящих в архивные файлы**

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

Имя файла формируется по следующему принципу:

**XPiNiPpNp\_YYMMN.XML**, где

–      X – одна из констант, обозначающая передаваемые данные:

**H** – пакет со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной

**T** – пакет со сведениями ВМП

**С** – пакет со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования

**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.

**Пример:**

HM170007T17\_19091.xml

M – МО.

170007 - реестровый номер МО F003

Т – СМО;

17 – Код ТФОМС F001

19 - год

09 - порядковый номер месяца отчетного периода:

1-  порядковый номер пакета

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации -получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК) в соответствии с классификатором «Перечень технологических правил реализации ФЛК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи» (Q015), а также:

–      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.

Таблица 3

Кодировки специальных символов в файлах формата XML:

|  |  |
| --- | --- |
| **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. Обозначения типов элементов соответствуют Классификатору типов элементов файлов информационного обмена (Q020)

В столбце «Формат» для каждого атрибута указывается – символ формата, а вслед за ним в круглых скобках – максимальная длина атрибута. В классификаторе форматов элементов файлов информационного обмена Q021 описаны форматы атрибутов.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Все актуальные классификаторы и справочники публикуется на портале НСИ Подсистемы ГИС ОМС Федерального фонда ОМС- http://nsi.ffoms.ru. Каждый участник информационного обмена самостоятельно актуализирует в своей информационной системе классификаторы и справочники по мере обновления на портале НСИ.

Таблица 4

**Файл со сведениями об оказанной 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 пакете со случаями. | |
|  | 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 | |
|  | 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 пакета |  | |
|  | 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. При отсутствии сведений может не заполняться. | |
|  | SUMMAV | О | N(15.2) | Сумма счета, выставленная МО на оплату | 0.00 | |
|  | COMENTS | У | T(250) | Служебное поле к счету |  | |
|  | SUMMAP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | 0.00 | |
|  | SANK\_MEK | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | 0.00 | |
|  | SANK\_MEE | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | 0.00 | |
|  | SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | 0.00 | |
| **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. | |
|  | 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. 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; | |
| 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 | **(при условии 300<VNOV\_D<2500).**  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). | |
|  | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.  При случае дневной стационар при стационаре выбрать | |
|  | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 | |
|  | NPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 | |
| Заполнение обязательно в случаях оказания: | |
| 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); | |
| 2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2); | |
|  | NPR\_DATE | У | D | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Заполняется на основании направления на лечение. (**Значение поля не должно быть больше DATE\_Z\_1)** | |
| Заполнение обязательно в случаях оказания: | |
| 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); | |
| 2. в условиях дневного стационара USL\_OK =2; | |
|  | 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/ | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара | |
| пациенто-дни) |
|  | VNOV\_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | **(при условии 300<VNOV\_D<2500).**  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 (V009). | |
|  | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (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 | 0.00 | |
|  | 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) | 0.00 | |
|  | 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 | 0.00 | |
| **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 | О | N(12) | Код отделения | Региональный справочник | |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002. | |
|  | PROFIL\_K | У | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020. | |
| Обязательно к заполнению для дневного и круглосуточного стационара (USL\_OK=1 USL\_OK=2) | |
|  | 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. | |
| Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL\_OK=3). | |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи |  | |
|  | P\_PER | У | N(1) | Признак поступления/ перевода | Обязательно к заполнению следующим значением для дневного и круглосуточного стационара (USL\_OK=1 USL\_OK=2). | |
| 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/ | Обязательно к заполнению для круглосуточного и дневного стационара (USL\_OK=1 USL\_OK=2). | |
| пациенто-дни) |
|  | DS0 | Н | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики. Указывается при наличии | |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. Не допускаются следующие значения: 1. первый символ кода основного диагноза "С"; 2. код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 | |
|  | DS2 | УМ | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. 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. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. | |
|  | C\_ZAB | У | N(1) | Характер основного заболевания | Классификатор характера заболевания V027 Обязательно к заполнению, при оказании амбулаторной помощи, если основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z. | |
|  | 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 стандарта медицинской помощи | Указывается при наличии утверждённого стандарта. | |
|  | CODE\_MES2 | У | Т(20) | Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания |
|  | 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 (V021). | |
|  | 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) | СНИЛС врача | |
|  | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  | |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | 0.00 | |
|  | SUM\_M | O | N(15.2) | Стоимость случая, выставленная к оплате |  | |
| 0.00 | |
|  | 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 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.  **Обязателен к заполнению для тарификации случая** |
|  | VER\_KSG | O | N(4) | Модель определения КСГ | | Указывается версия модели определения КСГ (год) **. Обязателен к заполнению для тарификации случая** |
|  | KSG\_PG | О | N(1) | Признак использования подгруппы КСГ | | 0 – подгруппа КСГ не применялась; |
| 1 – подгруппа КСГ применялась |
|  | N\_KPG | У | T(4) | 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 | | Проставляется в фонде |
|  | KOEF\_UP | O | N(2.5) | Управленческий коэффициент | |
|  | BZTSZ | O | N(6.2) | Базовая ставка | |
|  | KOEF\_D | O | N(2.5) | Коэффициент дифференциации | |
|  | KOEF\_U | O | N(2.5) | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | |
|  | CRIT | УM | T(10) | Классификационный критерий | | Классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом  Российской Федерации. |
| Обязателен к заполнению: |
| 1. в случае применения при оплате случая лечения по КСГ; |
| 2. в случае применения при оплате случая лечения по КПГ, если применен региональный 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 | | Проставляется в фонде |
|  | 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 | Проставляется в фонде | |
| **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 | О | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника. | |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 | |
|  | 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 V001 | |
|  | KOL\_USL | O | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) |  | |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | 0.00 | |
|  | SUMV\_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | 0.00 | |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (V021). | |
|  | CODE\_MD | O | Т(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | СНИЛС врача | |
|  | 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) | Сумма финансовой санкции | 0.00 | |
|  | S\_TIP | О | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором F006 | |
|  | SL\_ID | УМ | Т(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0 | |
|  | S\_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S\_SUM не равно 0 | |
|  | DATE\_ACT | О | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  | |
|  | NUM\_ACT | О | Т(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  | |
|  | CODE\_EXP | УМ | Т(80) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи), 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. | |

Таблица 5

**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. |
|  | 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. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | О | N(15.2) | Сумма, выставленная МО на оплату | 0.00 |
|  | COMENTS | У | T(250) | Служебное поле к счету |  |
|  | SUMMAP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | 0.00 |
|  | SANK\_MEK | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | 0.00 |
|  | SANK\_MEE | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | 0.00 |
|  | SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | 0.00 |
| **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. |
|  | 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. 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; |
| 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 | **(при условии 300<VNOV\_D<2500).**  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). |
|  | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008. |
|  | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 |
|  | NPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 |
| Заполнение обязательно в случаях оказания: |
| 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); |
| 2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2); |
| 3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "C" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) при направлении из другой МО |
|  | NPR\_DATE | У | D | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Заполняется на основании направления на лечение.  (**Значение поля не должно быть больше DATE\_Z\_1)** |
| Заполнение обязательно в случаях оказания: |
| 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); |
| 2. в условиях дневного стационара USL\_OK =2; |
| 3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "C" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) |
| при направлении из другой МО |
|  | LPU | О | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии со справочником F003 |
|  | DATE\_Z\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_Z\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | KD\_Z | О | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни) |  |
|  | VNOV\_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | **(при условии 300<VNOV\_D<2500).**  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 (V009). |
|  | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (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 | 0.00 |
|  | 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) | 0.00 |
|  | 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 | 0.00 |
| **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 |
|  | METOD\_HMP | О | N(3) | Метод высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 |
|  | LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения в соответствии с региональным справочником |
|  | PODR | **О** | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником. |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002. |
|  | PROFIL\_K | О | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020. |
|  | 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 | **У** | N(1) | Характер основного заболевания | Классификатор характера заболевания V027. Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) |
|  | DS\_ONK | O | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Заполняется значениями: |
| 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; |
| 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
|  | CODE\_MES1 | УМ | Т(20) | Код стандарта медицинской помощи | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | У | Т(20) | Код стандарта медицинской помощи 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 новообразования (первый символ кода основного диагноза - "C" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09). |
| При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению 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 новообразования (первый символ кода основного диагноза - "C" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09). |
| При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит. |
|  | ONK\_SL | У | S | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "C" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | Классификатор медицинских специальностей (V021). |
|  | 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 | СНИЛС врача |
|  | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | 0.00  Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) |
|  | SUM\_M | O | N(15.2) | Стоимость случая, выставленная к оплате | 0.00 |
|  | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии. |
|  | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле |  |
| **Сведения об оформлении направления** | | | | | |
| NAPR | NAPR\_DATE | O | D | Дата направления | (**Значение поля не должно быть больше DATE\_2)** |
|  | NAPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, куда оформлено направление | Код МО - юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО |
|  | NAPR\_V | O | N(2) | Вид направления | Классификатор видов направления V028 |
|  | MET\_ISSL | У | N(2) | Метод диагностического исследования | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 |
|  | 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 | O | N(1) | Цель проведения консилиума | Классификатор целей консилиума N019 |
|  | DT\_CONS | У | D | Дата проведения консилиума | Обязательно к заполнению, если консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}) |
| **Сведения о случае лечения онкологического заболевания** | | | | | |
| ONK\_SL | DS1\_T | O | N(2) | Повод обращение | Классификатор поводов обращения N018 |
|  | STAD | **У** | N(3) | Стадия заболевания | Заполняется в соответствии со справочником N002 Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения (DS1\_T={0,1,2}) |
|  | ONK\_T | **У** | N(4) | Значение Tumor | Заполняется в соответствии со справочником N003 Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_N | **У** | N(4) | Значение Nodus | Заполняется в соответствии со справочником N004 Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_M | **У** | N(4) | Значение Metastasis | Заполняется в соответствии со справочником N005 . Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | MTSTZ | У | N(1) | Признак выявления отдалённых метастазов | Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2) При выявлении отдаленных метастазов обязательно к заполнению значением 1. |
|  | SOD | У | N(4.2) | Суммарная очаговая доза | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4). Может принимать значение "0". |
|  | K\_FR | **У** | N(2) | Количество фракций проведения лучевой терапии | Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4). Может принимать значение "0". |
|  | WEI | **У** | N(3.1) | Масса тела | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производиться на основании данных о массе тела или площади поверхности тела. |
|  | HEI | **У** | N(3) | Рост (см) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производиться на основании данных о площади поверхности тела. |
|  | BSA | **У** | N(1.2) | Площадь поверхности тела (м2) |
|  | 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 | OM | S | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания |  |
| **Диагностический блок** | | | | | |
| B\_DIAG | DIAG\_DATE | **О** | D | Дата взятия материала | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. |
|  | DIAG\_TIP | **О** | N(1) | Тип диагностического показателя | Заполняется значениями:  1 - гистологический признак;  2 - маркер (ИГХ) |
|  |
|  | DIAG\_CODE | **О** | N(3) | Код диагностического показателя | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007. |
| При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 |
|  |
|  | DIAG\_RSLT | У | N(3) | Код результата диагностики | Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC\_RSLT=1). При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008. |
| При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 |
|  |
|  | REC\_RSLT | У | N(1) | Признак получения результата диагностики | Заполняется значением "1" в случае получения результата диагностики |
| **Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах** | | | | | |
| B\_PROT | PROT | O | N(1) | Код противопоказания или отказа | Заполняется в соответствии со справочником N001 |
|  | D\_PROT | O | 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 |
|  | HIR\_TIP | У | N(1) | Тип хирургического лечения | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014 |
| Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1. |
|  | LEK\_TIP\_L | У | N(1) | Линия лекарственной терапии | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015. 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. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_PR | УМ | S | Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4 |
|  | PPTR | У | N(1) | Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса | Указывается значение "1" в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала |
|  | LUCH\_TIP | У | N(1) | Тип лучевой терапии | При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4 |
| Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | | | | |
| LEK\_PR | REGNUM | O | **Т(6)** | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии. | Заполняется в соответствии с классификатором N020 |
|  | CODE\_SH | O | Т(10) | Код схемы лекарственной терапии | Заполняется: 1. Кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024 при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше;  2. значением «нет» при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет, и злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей |
|  | DATE\_INJ | OM | 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 | **О** | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002. |
|  | VID\_VME | У | Т(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается код метода ВМП в соответствии с V019 (при VIDPOM=32). Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP={1,3,4}) |
|  | 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 V001 |
|  | 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, выставленная к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (V021). |
|  | CODE\_MD | O | Т(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | СНИЛС врача |
|  | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле | Для случаев с отдельными диагностическими (лабораторными) исследованиями (с отдельным тарифом) обязательно DOP\_USL |
| **Сведения о санкциях** | | | | | |
| SANK | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах случая. |
|  | S\_SUM | О | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | 0.00 |
|  | S\_TIP | О | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором F006 |
|  | SL\_ID | УМ | Т(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0 |
|  | S\_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S\_SUM не равно 0 |
|  | DATE\_ACT | О | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | NUM\_ACT | О | Т(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | CODE\_EXP | УМ | Т(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи), 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. |

Таблица 6

**Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |
|  | 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. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | О | N(15.2) | Сумма счета, выставленная МО на оплату | 0.00 |
|  | COMENTS | У | T(250) | Служебное поле к счету | 0.00 |
|  | SUMMAP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | 0.00 |
|  | SANK\_MEK | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | 0.00 |
|  | SANK\_MEE | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | 0.00 |
|  | SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | 0.00 |
|  | DISP | O | 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. |
|  | 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. 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; |
| 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. |
|  | 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 | У | N(2) | Результат диспансеризации | Обязательно к заполнению в соответствии с классификатором результатов диспансеризации V017, если P\_OTK=0 |
|  | 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 | 0.00 |
|  | 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) | 0.00 |
|  | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | 0.00 |
|  | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | 0.00 |
| **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 | У | T(10) | Диагноз основной | Обязательно к заполнению кодом до уровня подрубрики в соответствии со справочником МКБ, если P\_OTK=0 |
|  | 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 | O | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Заполняется значениями: |
| 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; |
| 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
|  | PR\_D\_N | У | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния), если P\_OTK=0. |
| 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 | 0.00 |
|  | SUM\_M | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | 0.00 |
|  | 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) | Метод диагностического исследования | Заполняется, в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029, если NAZ\_R=3. |
|  | NAZ\_USL | У | Т(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 | У | D | Дата направления | Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ\_R={2,3} и DS\_ONK=1) (**Значение поля не должно быть больше DATE\_2)** |
|  | NAPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, куда оформлено направление | Код МО - юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. |
| Заполнение обязательно только в случаях 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 | заполняется в соответствии с V001 |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф |  |
|  | SUMV\_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
|  | PRVS | У | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (V021). Обязательно к заполнению, если P\_OTK=0 |
|  | CODE\_MD | У | Т(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | СНИЛС врача. Обязательно к заполнению в соответствии с территориальным справочником, если P\_OTK=0 |
|  | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле | Для случаев с отдельными диагностическими (лабораторными) исследованиями (с отдельным тарифом) обязательно DOP\_USL |
| **Сведения о санкциях** | | | | | |
| SANK | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах случая. |
|  | S\_SUM | О | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | 0.00 |
|  | S\_TIP | О | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором F006 |
|  | SL\_ID | УМ | Т(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0 |
|  | S\_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи,), если S\_SUM не равно 0 |
|  | DATE\_ACT | О | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | NUM\_ACT | О | Т(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | CODE\_EXP | УМ | Т(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи), 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. |

Таблица 7

**Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении 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 |
|  | 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. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | О | N(15.2) | Сумма счета, выставленная МО на оплату | 0.00 |
|  | COMENTS | У | T(250) | Служебное поле к счету |  |
|  | SUMMAP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | 0.00 |
|  | SANK\_MEK | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | 0.00 |
|  | SANK\_MEE | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | 0.00 |
|  | SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | 0.00 |
| **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 включаются в счет при наличии в одном из случаев, входящих в законченный случай, сведений о выявлении подозрения на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1), или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) |
| **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 |
|  | 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. 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; |
| 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 | **(при условии 300<VNOV\_D<2500).**  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). |
|  | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 |
|  | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 |
|  | NPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. |
| Заполнение обязательно в случаях оказания: |
| 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); |
| 2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2); |
| 3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "C" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) при направлении из другой МО |
|  | NPR\_DATE | У | D | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Заполняется на основании направления на лечение.  (**Значение поля не должно быть больше DATE\_Z\_1)** |
| Заполнение обязательно в случаях оказания: |
| 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); |
| 2. в условиях дневного стационара USL\_OK =2; |
| 3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "C" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) или C97) при направлении из другой МО |
|  |
|  | 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 | О | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | VNOV\_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | **(при условии 300<VNOV\_D<2500).**  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 (V009). |
|  | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (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 | 0.00 |
|  | 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) | 0.00 |
|  | 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 | 0.00 |
| **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 | **О** | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 . |
|  | PROFIL\_K | О | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020. Обязательно к заполнению для дневного и круглосуточного стационара (USL\_OK=1 или USL\_OK=2) |
|  | 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. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL\_OK=3) |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/талона амбулаторного пациента/карты вызова скорой медицинской помощи |  |
|  | P\_PER | У | N(1) | Признак поступления/перевода | Обязательно к заполнению следующими значениями для дневного и круглосуточного стационара (USL\_OK=1 или USL\_OK=2): |
| 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 круглосуточного стационара и дневного стационара (USL\_OK=1 или USL\_OK=2) |
|  | DS0 | Н | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. Указывается при наличии |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. |
|  | 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 (USL\_OK=4)). 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. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | C\_ZAB | O | N(1) | Характер основного заболевания | Классификатор характера заболевания V027 Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09)) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи |
|  | DS\_ONK | O | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Заполняется значениями: |
| 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; |
| 1 - при выявлении подозрения 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 стандарта медицинской помощи | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | У | Т(20) | Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания |
|  | NAPR | УМ | S | Сведения об оформлении направления | Обязательно к заполнению в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "C" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09). |
|  | CONS | УМ | S | Сведения о проведении консилиума | Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения. Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "C" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09). |
|  | ONK\_SL | У | S | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "C" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09), если (USL\_OK не равен 4 и REAB не равен 1 и DS\_ONK не равен 1) |
|  | 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 (V021). |
|  | VERS\_SPEC | О | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей. |
|  | IDDOKT | O | Т(25) | Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | СНИЛС врача |
|  | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | 0.00  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). Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) |
|  | SUM\_M | O | N(15.2) | Стоимость случая, выставленная к оплате | 0.00 |
|  | 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). Обязательно к заполнению в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) |
|  | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле |  |
| **Сведения об оформлении направления** | | | | | |
| NAPR | NAPR\_DATE | O | D | Дата направления |  |
|  | NAPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, куда оформлено направление | Код МО - юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО |
|  | NAPR\_V | O | N(2) | Вид направления | Классификатор видов направления V028 |
|  | MET\_ISSL | У | N(2) | Метод диагностического исследования | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 |
|  | 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 | O | N(1) | Цель проведения консилиума | Классификатор целей консилиума N019 |
|  | DT\_CONS | У | D | Дата проведения консилиума | Обязательно к заполнению, если консилиум проведен PR\_CONS={1,2,3}) |
| **Сведения о случае лечения онкологического заболевания** | | | | | |
| ONK\_SL | DS1\_T | O | N(2) | Повод обращение | Классификатор поводов обращения N018 |
|  | STAD | У | N(3) | Стадия заболевания | Заполняется в соответствии со справочником N002 Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1\_T={0,1,2,3,4}) |
|  | ONK\_T | У | N(4) | Значение Tumor | Заполняется в соответствии со справочником N003 Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_N | У | N(4) | Значение Nodus | Заполняется в соответствии со справочником N004 Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_M | У | N(4) | Значение Metastasis | Заполняется в соответствии со справочником N005 Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | MTSTZ | У | N(1) | Признак выявления отдалённых метастазов | Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2) При выявлении отдаленных метастазов обязательно к заполнению значением 1. |
|  | SOD | У | N(4.2) | Суммарная очаговая доза | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4). Может принимать значение "0" |
|  | K\_FR | У | N(2) | Количество фракций проведения лучевой терапии | Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4). Может принимать значение "0". |
|  | WEI | У | N(3.1) | Масса тела | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производиться на основании данных о массе тела или площади поверхности тела. |
|  | HEI | У | N(3) | Рост (см) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производиться на основании данных о площади поверхности тела. |
|  | BSA | У | N(1.2) | Площадь поверхности тела (м2) |
|  | 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 | OM | S | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара (USL\_OK=1 или USL\_OK=2) при проведении противоопухолевого лечения (DS1\_T={0,1,2}) |
| **Диагностический блок** | | | | | |
| B\_DIAG | DIAG\_DATE | **О** | D | Дата взятия материала | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. |
|  | DIAG\_TIP | О | N(1) | Тип диагностического показателя | Заполняется значениями  1 - гистологический признак;  2 - маркер (ИГХ). |
|  |
|  | DIAG\_CODE | О | N(3) | Код диагностического показателя | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007. |
| При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010. |
|  |
|  | DIAG\_RSLT | У | N(3) | Код результата диагностики | Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC\_RSLT=1). При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008. |
| При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011. |
|  |
|  | REC\_RSLT | У | N(1) | Признак получения результата диагностики | Заполняется значением "1" в случае получения результата диагностики |
| **Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах** | | | | | |
| B\_PROT | PROT | O | N(1) | Код противопоказания или отказа | Заполняется в соответствии со справочником N001. |
|  | D\_PROT | O | 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. |
|  | HIR\_TIP | У | N(1) | Тип хирургического лечения | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014. |
| Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1. |
|  | LEK\_TIP\_L | У | N(1) | Линия лекарственной терапии | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015. 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. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_PR | УМ | S | Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4 |
|  | PPTR | У | N(1) | Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса | Указывается значение "1" в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала |
|  | LUCH\_TIP | У | N(1) | Тип лучевой терапии | При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4 |
| Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | | | | |
| LEK\_PR | REGNUM | O | Т(6) | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии. | Заполняется в соответствии с классификатором N020 |
|  | CODE\_SH | O | Т(10) | Код схемы лекарственной терапии | Заполняется:   1. кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024 при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше; 2. значением «нет» при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет, и злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей. |
|  | DATE\_INJ | OM | 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 | Т(4) | 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 |
|  | CRIT | УM | T(10) | Классификационный критерий | Классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом Российской Федерации. Обязателен к заполнению: |
| 1. в случае применения при оплате случая лечения по КСГ; |
| 2. в случае применения при оплате случая лечения по КПГ, если применен региональный классификационный критерий |
| 3. в случае применения при злокачественном новообразовании: |
| - лучевой терапии (кроме радионуклидной терапии), |
| - лекарственных препаратов, применяемых в сочетании с лучевой терапией, |
| - схемы лекарственной терапии, указанной в группировщике КСГ |
|  | 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 | **О** | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002. |
|  | VID\_VME | У | Т(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению: для услуг диализа; для услуг, условие оказания которых является тарифообразующим; в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) |
|  | 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 V001 |
|  | KOL\_USL | O | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | 0.00 |
|  | SUMV\_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.) | 0.00 |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (V021). |
|  | CODE\_MD | O | Т(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | СНИЛС врача |
|  | NPL | У | N(1) | Неполный объем | Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объеме. |
| 1 - документированный отказ больного, |
| 2 - медицинские противопоказания, |
| 3 - прочие причины (умер, переведен в другое отделение и пр.) |
| 4 - ранее проведенные услуги в пределах установленных сроков. |
|  | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле | Для случаев с отдельными диагностическими (лабораторными) исследованиями (с отдельным тарифом) обязательно DOP\_USL |
| **Сведения о санкциях** | | | | | |
| SANK | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах случая. |
|  | S\_SUM | О | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | 0.00 |
|  | S\_TIP | О | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором F006 , |
|  | SL\_ID | УМ | Т(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0 |
|  | S\_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S\_SUM не равно 0 |
|  | DATE\_AСT | О | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | NUM\_ACT | О | Т(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | CODE\_EXP | УМ | Т(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи), 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. |

Таблица 8

**Файл со сведениями по лабораторно-диагностическим услугам**

| **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 . |
|  | 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 | Во избежание путаниц с основным счетом отмечается буквой **Л** |
|  | 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 . 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) | 0.00 |
|  | SANK\_MEK | | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | 0.00 |
|  | SANK\_MEE | | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | 0.00 |
|  | SANK\_EKMP | | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | 0.00 |
| **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 . |
|  | | 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. 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). |
|  | | 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 ;  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 законченных случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | | USL\_OK | O | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | USL\_OK=3 (V006 ). |
|  | | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | VIDPOM={12, 13} V008 . |
|  | | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | FOR\_POM=3 (V014) |
|  | | 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 |  |
|  | | RSLT | O | N(3) | Результат обращения | 301 код. (лечение завершено) (V009). |
|  | | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | 306 (осмотр) |
|  | | 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 | 28(За медицинскую услугу в поликлинике ) V010 |
|  | | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | 0.00  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) | 0.00 |
|  | | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | 0.00 |
|  | | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | 0.00 |
| **Сведения о случае** | | | | | | |
| SL | | SL\_ID | О | T(36) | Идентификатор случая | 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 | Только клинико-диагностические и лабораторные профили. Классификатор V002 |
|  | | 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 | (Посещение по другим обстоятельствам) Классификатор целей посещения V025 .  Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL\_OK=3) |
|  | | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи |  |
|  | | DATE\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | | DATE\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника  МКБ-10 до уровня подрубрики  Не допускаются следующие значения:  1. первый символ кода основного диагноза «С»;  2. код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 |
|  | | PRVS | O | N(4) | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | Классификатор медицинских специальностей (, V021). |
|  | | 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) | СНИЛС врача |
|  | | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |
|  | | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | 0.00  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 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 |
|  | | 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 | О | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) |  |
|  | | TARIF | У | N(15.2) | Тариф |  |
|  | | SUMV\_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
|  | | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей ( V021). |
|  | | CODE\_MD | O | Т(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | СНИЛС врача |
|  | | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле | Для случаев с отдельными диагностическими (лабораторными) исследованиями (с отдельным тарифом) обязательно DOP\_USL |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | |
| SANK | | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах законченного случая. |
|  | | S\_SUM | О | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | | S\_TIP | О | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, |
|  | | SL\_ID | УМ | T(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0 |
|  | | S\_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, ), 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, ) 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. |

Таблица 9

**Файл персональных данных**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | 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 «3.2». |
|  | 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. |
|  | 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. |
|  | IM\_P | У | T(40) | Имя представителя пациента |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента |
|  | W\_P | У | N(1) | Пол представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.  Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.  Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля.  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  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». |
|  | 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. |
|  | DOCDATE | У | D | Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента | При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к заполнению для застрахованных лиц, которым оказана помощь за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы |
|  | DOCORG | У | Т(1000) | Наименование органа выдавшего документ, удостоверяющий личность |
|  | SNILS | У | T(14) | СНИЛС пациента или представителя | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
|  | OKATOG | О | T(11) | Код места жительства по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | OKATOP | У | T(11) | Код места пребывания по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | COMENTP | У | T(250) | Служебное поле |  |

**СТРУКТУРА ИМЁН ФАЙЛОВ С РЕЗУЛЬТАТАМИ МЭК, МЭЭ/ЭКМП**

**Структура имени файлов с результатами МЭК**

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

имя файла TMNmSNiFNp\_YYMMN.XML, где (файл \*.xml упакован в архивный файл \*.zip с одинаковым наименованием)

M – реквизит, определяющий медицинскую организацию;

Nm– реестровый номер MO

S – реквизит, определяющий организацию отправителя – страховую медицинскую организацию;

Ni – реестровый номер СМО;

F – реквизит, определяющий организацию получателя – Фонд;

Np – реестровый номер Фонда;

YYMM – дата формирования файла;

N – порядковый номер пакета в течение года

Например:

EM170004S17004F171909001.xml - файл с результатами МЭК от СМО.

Таблица 10

**Файл с результатами МЭК**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| ZL\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | AСT | О | S | Сведения об акте |  |
|  | SCHET | О | S | Пакет | Информация о счете |
|  | ZAP | ОМ | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | **3.1** |
|  | DATA | О | D | Дата формирования |  |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
| **Сведения об акте** | | | | | |
| AСT | CODE\_ACT | О | T(36) | Уникальный код акта в информационной системе СМО | Рекомендуется использовать GUID |
|  | N\_ACT | О | T(30) | Номер акта МЭК |  |
|  | D\_ACT | О | D | Дата акта МЭК |  |
|  | F006Code | О | N(2) | Вид контроля | Заполняется в соответствии с классификатором видов контроля F006. |
| **Счет** | | | | | |
| SCHET | CODE | О | T(36) | Код записи счета | Все реквизиты счета должны совпадать с реквизитами, |
| полученными от МО (в т.ч. и код записи счета, по которому будет производиться идентификация), поле code в casebill\_bill |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации (юридического лица) |  |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц |  |
|  | NSCHET | O | T(15) | Номер счета |  |
|  | DSCHET | O | D | Дата счета |  |
|  | PLAT | У | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО F002 |  |
|  | SUMMAV | O | N(15.2) | Сумма МО, выставленная на оплату |  |
|  | COMENTS | У | T(250) | Служебное поле |  |
|  | SUMMAP | У | N(15.2) | Сумма принятая к оплате СМО (ТФОМС) |  |
| **Записи** | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета |
|  | SLUCH | ОМ | S | Сведения о случае | Перечень случаев реестра счета |
| **Сведения о случае** | | | | | |
| SLUCH | IDCASE | O | T(36) | Номер записи в реестре случаев | Порядковый номер в реестре счета |
|
|  | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате |  |
|  | OPLATA | O | N(1) | Тип оплаты. | Заполняется СМО. Оплата случая оказания медпомощи (с учётом всех санкций): |
| 1 – полная оплата; |
| 2 – полный отказ. |
|  | SUMP | O | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате | Заполняется СМО |
|  | SANK\_IT | *У* | N(15.2) | Сумма санкций по случаю |
|  | SANK | УМ | S | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК |
|  | COMENTSL | 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(1) | Тип санкции | 1 – МЭК |
|  | S\_OSN | О | N(3) | Код причины отказа в оплате | Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи F014 |
|
|  | S\_COM | У | Т(250) | Комментарий | Комментарий к санкции |
|  | S\_IST | О | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО |

**Структура имени файлов с результатами МЭЭ/ЭКМП**

**T – реквизит, определяющий тип файла:**

E – файл данных с результатами МЭК

R – файл данных с результатами МЭЭ/ЭКМП

F – протокол форматно-логического контроля

имя файла TMNmSNiFNp\_YYMMN.XML, где (файл \*.xml упакован в архивный файл \*.zip с одинаковым наименованием)

M – реквизит, определяющий медицинскую организацию;

Nm– реестровый номер MO

S – реквизит, определяющий организацию отправителя – страховую медицинскую организацию;

Ni – реестровый номер СМО;

F – реквизит, определяющий организацию получателя – Фонд;

Np – реестровый номер Фонда;

YYMM – дата формирования файла;

N – порядковый номер пакета в течение года

YYMM – дата выгрузки файла (период по);

Например RM170004S17004F171909001.xml - файл с результатами МЭЭ/ЭКМП от СМО.:

Таблица 11

**Файл с результатами МЭЭ/ЭКМП**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| **Корневой элемент** | | | | | |
| ACTS | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | ACT | OM | S | Записи пакета | Ограничение на количество записей актов в пакете– **100** шт. |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | **3.1** |
|  | DATA | О | D | Дата формирования |  |
|  | **FILENAME** | **О** | **T(26)** | **Имя файла** |  |
| **Записи пакета** | | | | | |
| AСT | ACTSID | О | Т(25) | Уникальный код акта в информационной системе СМО | Рекомендуется использовать GUID |
|  | PLAT | О | T(5) | Реестровый номер СМО |  |
|  | SPLOT\_PER1 | У | Т(4) | Проверяемый период (начало) |  |
|  | SPLOT\_PER2 | У | Т(4) | Проверяемый период (окончание) |  |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации (юридического лица) | Код МО – юридического лица заполняется в соответствии с реестровым номером F003 |
|  | USL\_OK | У | T(2) | Условие оказания (на весь акт) |  |
|  | SPL\_DATE | У | D | Дата экспертизы |  |
|  | EXPDATE\_1 | У | D | Начальная дата проведения экспертизы |  |
|  | EXPDATE\_2 | У | D | Дата окончания проведения экспертизы |  |
|  | NUMBER | О | T(50) | № акта |  |
|  | DATE | О | D | Дата акта |  |
|  | TYPE | У | T(2) | Тип экспертизы (Вид контроля) | Заполняется до … (заполняется для старых актов) |
|  | TYPE2 | У | **N(2)** | Вид контроля | Заполняется до …(заполняется для старых актов) |
|  | F006Code | O | **Char(3)** | Код вида экспертизы по F006 | Заполняется после (число) (для новых актов) |
|  | EDOCCODE | У | T(14) | Код врача-эксперта | СНИЛС эксперта ЭКМП, выставившего дефект (Обязательно заполняется только для актов ЭКМП). На этапе ФЛК проверка контрольной суммы |
|  | SIGNDATE | У | D | Дата подписания акта в ЛПУ |  |
|  | FINDINGS | У | T(1500) | Выводы (на акт) |  |
|  | RECOMMENDATIONS | У | T(1500) | Рекомендации (на акт) |  |
|  | CONCLUSION | У | T(1500) | Заключение (на акт) |  |
|  | THEME | У | T(1500) | Тематика (на акт) |  |
|  | OBJECT | У | T(1500) | Цель (на акт) |  |
|  | SANKSUM | У | N(15.2) | Сумма санкций (неоплата) |  |
|  | FINESUM | У | N(15.2) | Сумма штрафных санкций |  |
|  | ACTRECORDS | ОM | S | Записи акта экспертизы |  |
| **Записи акта экспертизы** | | | | | |
| ACTRECORDS | ACTRECORDSID | О | T(25) | Уникальный ID записи акта |  |
|  | NHISTORY | О | T(50) | № ИБ (из случая) |  |
|  | SPOLIS | у | T(10) | Серия полиса |  |
|  | NPOLIS | У | T(20) | Номер полиса |  |
|  | FAM | У | T(40) | Фамилия пациента |  |
|  | IM | У | T(40) | Имя пациента |  |
|  | OT | У | T(40) | Отчество пациента |  |
|  | DR | У | D | Дата рождения пациента |  |
|  | W | У | T(1) | Пол пациента |  |
|  | PROFIL | У | T(3) | Код профиля (из случая) |  |
|  | DS1 | У | T(10) | Код осн.заболевания (из случая) |  |
|  | DATE\_1 | У | D | Дата начала периода (из случая) |  |
|  | DATE\_2 | У | D | Дата окончания периода (из случая) |  |
|  | SUMV | О | N(15.2) | Выставлено (из случая) | Сумма, выставленная к оплате МО |
|  | SANKSUM | У | N(15.2) | Сумма санкций (неоплата) | Сумма, снятая с оплаты по акту (заполняется СМО) |
|  | FINESUM | У | N(15.2) | Сумма штрафных санкций |  |
|  | S\_CODE | У | T(10) | Код дефекта (основание отказа из F014) | В теге будет приходить основание отказа из справочника: F014. |
| Код дефекта ищем через основание отказа. |
| *Искать следующим образом:* |
| *в справочнике: " F014 - Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи" ищем код дефекта (nsi\_med.med\_payrefuse\_reasons.code) через основание отказа (nsi\_med.med\_payrefuse\_reasons.ref\_base), который пришел в теге: S\_CODE. Далее в справочнике: "Территориальный справочник дефектов" ищем запись по коду дефекта nsi\_med.med\_payrefuse\_reasons.code, где: nsi\_med.med\_payrefuse\_reasons.id = mtr.mtrd\_defects.payrefuse\_reason и:* |
| *тип дефекта = типу акта экспертизы, в котором пришел случай (АСТ-> TYPE)* |
| *модуль = Процессинг* |
| *используется при ТК = нет* |
| *действие дефекта в гриде: "Дефекты МТР : способы применения санкций" (mtr.mtrd\_defect\_sancs)должно быть актуально на дату формирования файла* |
| *при нахождении по основанию нескольких записей в территориальном справочнике дефектов брать первую запись и в качестве ссылке проставлять именно id дефекта из территориального справочника дефектов.* |
|  | COMENTSL | У | Т(250) | Комментарий (ComentSL из случая) |  |
|  | RSTFILENAME | У | Char(26) | Имя пакета (в котором присутствует данный случай) |  |
|  | N\_ZAP | У | N(8) | Номер записи случая |  |
|  | IDCASE | О | N(11) | Код случая | Идентификатор случая, в одном из полей которой обнаружена ошибка |
|  | ID | У | T(50) | № ИБ (из случая) |  |
|  | SL\_ID | О | Char(36) | Идентификатор случая лечения | Из реестра |

Таблица 12

**Структура файла с протоколом ФЛК**

| **Код элемента** | **Имя элемента** | **Наименование элемента** | **Идентификатор элемента в справочнике Q018** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | |
| FLK\_P | FNAME | Имя файла протокола ФЛК | FLK\_P/FNAME |
|  | FNAME\_I | Имя исходного файла | FLK\_P/FNAME\_I |
|  | PR | Причина отказа | FLK\_P/PR |
| **Причины отказа** | | | |
| PR | OSHIB | Код ошибки | FLK\_P/PR/OSHIB |
|  | IM\_POL | Имя поля | FLK\_P/PR/IM\_POL |
|  | ZN\_POL | Значение поля, вызвавшее ошибку | FLK\_P/PR/ZN\_POL |
|  | NSCHET | Номер счета | FLK\_P/PR/NSCHET |
|  | BAS\_EL | Имя базового элемента | FLK\_P/PR/BAS\_EL |
|  | N\_ZAP | Номер записи | FLK\_P/PR/N\_ZAP |
|  | ID\_PAC | Код записи о пациенте | FLK\_P/PR/ID\_PAC |
|  | IDCASE | Номер записи в реестре случаев | FLK\_P/PR/IDCASE |
|  | SL\_ID | Идентификатор случая | FLK\_P/PR/SL\_ID |
|  | IDSERV | Номер записи в реестре услуг | FLK\_P/PR/IDSERV |
|  | COMMENT | Комментарий | FLK\_P/PR/COMMENT |