Приложение

# к приказу ТФОМС РИ

# от «19» декабря 2018 г. № 77-п

# 

# Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Ингушетия

**Назрань - 2019**

**Содержание**:

[I. Общие положения 3](#_Toc526949679)

[II. Обеспечение безопасности информации при защищенном обмене электронными документами 3](#_Toc526949680)

[III. Требования о выполнении данного Регламента 4](#_Toc526949681)

[IV. Порядок представления информации 5](#_Toc526949682)

[V. Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML 5](#_Toc526949683)

[А.1 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактических медицинским осмотрам взрослого населения 7](#_Toc526949684)

[А.2 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной высокотехнологичной медицинской помощи 24](#_Toc526949685)

[А.3 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактических медицинским осмотрам взрослого населения 47](#_Toc526949686)

[А.4 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования 61](#_Toc526949687)

[А.5 Структура общих файлов информационного обмена 89](#_Toc526949688)

[А.6 Формат протокола проведения МЭК для предоставления в МО ……….....95](#_Toc526949689)

[А.7 Протокол проведения МЭЭ и ЭКМП 99](#_Toc526949690)

Приложения …….…………………….………………………………………….....104

# Общие положения

 Настоящий Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Ингушетия (далее - Регламент), разработан на основании следующих документов:

* Федерального закона от 29 ноября 2010г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями);
* Федерального закона от 27 июля 2006г. N 152-ФЗ "О персональных данных" (с изменениями и дополнениями);
* Правил обязательного медицинского страхования, утверждённых приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011г № 158н (с изменениями и дополнениями);
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 января 2011г. №29н «Об утверждении Регламента ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
* Общих принципов построения и функционирования информационных систем и Регламента информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утверждённых приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011г. №79 (с изменениями и дополнениями);
* Регламент организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённого приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010г. №230 (с изменениями и дополнениями).

Настоящий Регламент устанавливает единые организационные принципы информационного взаимодействия между страховой медицинской организацией, медицинскими организациями и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия при формировании реестров счетов по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, согласно Территориальной программе обязательного медицинского страхования, а также порядок информационного взаимодействия по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, работающих в системе ОМС Республики Ингушетия.

 Документ  предназначен для сотрудников Территориального фонда ОМС Республики Ингушетия (далее ТФОМС), страховой медицинской организации (далее СМО) и медицинских организаций (далее МО), участвующих в обработке информации при осуществлении расчетов за оказанную медицинскими организациями медицинскую помощь на территории Республики Ингушетия.

# II. Обеспечение безопасности информации при защищенном обмене электронными документами

Информационный обмен должен осуществляться посредством передачи информации по открытым каналам связи при обязательном соблюдении требований законодательства по защите персональных данных. Защита передаваемой информации должна осуществляться посредством сертифицированных ФСБ России средств криптографической защиты информации. Класс средства криптографической защиты определяется моделью угроз, разрабатываемой каждой из сторон индивидуально.

Во исполнение федерального закона 152-ФЗ «О персональных данных» ТФОМС для защиты персональных данных при передаче по открытым каналам связи использует продукт VipNet.

Участники информационного обмена передают конфиденциальную информацию в виде подписанных электронной подписью и зашифрованных файлов через программу «Деловая почта» из состава программного обеспечения VipNet Client.

Для информационного обмена МО и СМО с ТФОМС должны иметь абонентский пункт ведомственной защищённой сети ТФОМС (номер сети VipNet – 4337), с которого происходит отправка конфиденциальных данных.

СМО может использовать для информационного обмена абонентские пункты собственной корпоративной защищённой сети VipNet при условии наличия не менее одного абонентского пункта ведомственной защищённой сети ТФОМС (номер сети VipNet – 4337).

Средства криптографической защиты информации, необходимые для обмена приобретаются и устанавливаются МО и СМО самостоятельно.

МО и СМО самостоятельно устанавливают и обеспечивают работоспособность программного обеспечения и средств криптографической защиты информации, необходимых для обмена информацией.

Электронные подписи, используемые участниками информационного обмена, должны быть заверены действующей электронной подписью из реестра сертификатов ключей подписи уполномоченных лиц удостоверяющих центров, или заверенной уполномоченным лицом удостоверяющего центра ТФОМС.

В целях обеспечения безопасности обработки и конфиденциальности информации участники информационного обмена должны:

* + соблюдать требования эксплуатационной документации на средства криптографической защиты информации;
  + прекращать использование скомпрометированного ключа шифрования и электронной цифровой подписи и немедленно информировать отдел информационной безопасности ТФОМС и поставщика услуг УЦ о факте компрометации;
  + не уничтожать и не модифицировать архивы ключей и электронных документов;
  + осуществлять передачу электронных документов, содержащих персональные данные и конфиденциальную информацию только в зашифрованном виде;
  + информировать заинтересованные стороны о плановой смене ключей.

В случае невозможности передачи информации по каналам связи передающая сторона извещает письменно другую сторону и передаёт курьером информацию на носителе типа CD-R (или DVD-R) в зашифрованном виде с электронной подписью и с описью документов, передаваемых на носителе.

При возникновении споров, связанных с принятием и непринятием и (или) с исполнением или неисполнением электронного документа, стороны разрешают конфликтные ситуации в рабочем порядке и по итогам работы экспертной комиссии.

В случае невозможности разрешения конфликтной ситуации в рабочем порядке и по итогам работы экспертной комиссии, стороны разрешают конфликтную ситуацию в соответствии с законодательством Российской Федерации.

# III. Требования о выполнении данного Регламента

Содержащиеся в настоящем Регламенте правила обязывают всех субъектов, вступающих в информационное взаимодействие друг с другом в системе ОМС на территории Республики Ингушетия, строго и неукоснительно соблюдать порядок обмена информацией.

Несоблюдение требований данного Регламента при подготовке информации для информационного обмена является причиной, по которой обмен не может быть осуществлен. Ответственность за последствия такого шага несет сторона, не соблюдающая выше изложенные требования.

Любые программные средства, разработанные ранее или разрабатываемые в настоящее время для использования в системе ОМС на территории Республики Ингушетия, с 1 сентября 2015 года должны быть модифицированы в соответствии с требованиями настоящего Регламента.

При организации информационного обмена представители (работники) и подразделения всех субъектов информационного взаимодействия в системе ОМС на территории Республики Ингушетия обязаны осуществлять заполнение информационных полей в строгом соответствии с требованиями данного Регламента.

Изменения любого справочника стороной, не являющейся ответственной за его ведение, не допускается.

При формировании всех видов электронных документов в системе обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия используется информация как из единых справочников, утвержденных ФОМС, так и из региональных справочников, утвержденных ТФОМС Республики Ингушетия. Актуализация справочников производится ТФОМС Республики Ингушетия путем их размещения на своем сайте для дальнейшего использования участниками ОМС Республики Ингушетия.

Изменения и дополнения в настоящий Регламент вносятся ТФОМС Республики Ингушетия на основании накопления материалов законодательного и иного инструктивного характера, а также по требованиям сторон.

Ввод данного документа осуществляется приказом ТФОМС Республики Ингушетия.

# IV. Порядок представления информации

По результатам работы МО представляет в ТФОМС сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в соответствии с Разделом V настоящего Регламента.

ТФОМС осуществляет обработку реестров счетов с целью:

- определения страховой принадлежности: идентификацию застрахованного лица в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, определение СМО, ответственной за оплату счета;

- проверки рассчитанных тарифов за оказанную медицинскую помощь согласно Тарифного соглашения;

- осуществления форматно - логического контроля реестров счетов;

- выявления застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования и определения их территории страхования;

- контроля объемов оказанной медицинской помощи.

Для проведения идентификации МО направляет в ТФОМС файлы по сети VIPNET. Медицинская организация может направлять реестры в ТФОМС по мере их формирования. ТФОМС обеспечивает работу сервиса по приему и обработке реестров круглосуточно.

Для предотвращения переполнения очереди на обработку реестров медицинская организация не должна допускать:

- передачу дубликатов посылок;

- повторную передачу всего массива реестров (в том числе принятых к оплате или прошедших контроль).

После проведения идентификации ТФОМС направляет в МО результаты обработки по сети VipNet в электронном виде:

- протоколы ФЛК, в соответствии со структурой согласно Приложению №1 к настоящему Регламенту;

- сведения о лицах, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории.

В отчетный период (в первые пять рабочих дней месяца) МО представляет в ТФОМС через защищённый канал сети VipNet сформированный в электронном виде в формате XML реестр счета. Посредством информационного обмена файлов между ТФОМС и МО осуществляется «тестовый» процесс проведения МЭКа и ФЛК по отчетному периоду, посредством которого МО имеет возможность исправить ошибки, полученные по результатам обработки счетов в ТФОМС.

После проведения всех вышеуказанных мероприятий (проведения ФЛК реестра счетов, идентификации пациентов, МЭК) МО направляет файлы пакетов реестра счетов, как реестра счетов для СМО, так и реестра счетов по МТР в ТФОМС.

После получения окончательной версии реестра счетов от МО в ТФОМС, ТФОМС принимает реестр счета, после чего изменения и дополнения в представленном реестре счета за указанный отчетный период не представляется возможным.

Любые изменения и дополнения, после принятия реестра счета в ТФОМС РИ не допускаются.

По истечении первых пяти рабочих дней месяца, следующих за отчетным МО по результатам проведенной работы, передает реестр счетов в СМО.

**СМО** в течение 5 рабочих дней, после поступления от МО файлов реестра счетов, ведет прием реестра счетов, поступивших от МО и проводит медико-экономический контроль (далее-МЭК). А также медико-экономическую экспертизу (далее-МЭЭ) и экспертизу качества медицинской помощи (далее-ЭКМП) в течение 30 дней. (согласно **Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (с изменениями и дополнениями))**

По результатам МЭК, СМО передают файлы реестра счетов с признаками оплаты/неоплаты или частичной оплаты, вместе со всеми санкциями и суммами.

Сведения, с признаками оплаты/неоплаты или частичной оплаты, вместе со всеми санкциями и суммами, **направляются в ТФОМС до 10 числа месяца, следующего за отчетным**, и оформляются Актом приема-передачи реестра счета за оказанные медицинские услуги гражданам, застрахованным на территории Республики Ингушетия (**Приложение № 2 к Регламенту**) на бумажном носителе.

Результаты проведения МЭК передается СМО в МО в виде файлов протокола проведения МЭК в МО, в формате, согласно с Разделом А.6 настоящего Регламента.

Сведения МЭЭ и ЭКМП, полученные после проведения экспертных мероприятий СМО, представляются в ТФОМС и МО (только снятые с оплаты случаи) в виде информационных файлов в соответствии с Разделом A.7 настоящего Регламента по всем реестрам счетов.

Акты ежемесячно проводимых МЭК формируются СМО и представляются в ТФОМС в виде **Актов** **передачи файлов реестров счетов в электронном виде** (далее - Реестр актов контроля), на бумажном носителе в соответствии с **Приложением №3** к настоящему Регламенту.

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

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

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

HPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где

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

***Константы передаваемых данных, по видам осуществляемой медицинской помощи:***

* **HMC** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в центрах здоровья;
* **HMD** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в дневном стационаре;
* **HMP** - для реестров счетов на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по случаю заболевания, за исключением скорой помощи (не прикрепленное население);
* **HMPP** - для реестров счетов на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по случаю заболевания, за исключением скорой помощи (прикрепленное население);
* **HMS** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в круглосуточном стационаре;
* **HMU** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу при проведении гемодиализа, гемодиафильтрации, исследований магниторезонансной и компьютерной томографии;
* **HMN** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в фельдшерско-акушерских пунктах, разовым случаям, неотложной помощи, скорой помощи.

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

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

Файлы XML должны строиться на основе элементов (тегов), использование атрибутов не допускается.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо H указывается V. Структура файла приведена в Приложении №1. Следует учитывать, что некоторые символы в файлах формата XML кодируются следующим образом:

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

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

* О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
* Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
* У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
* М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

* T – <текст>;
* N – <число>;
* D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;
* S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

* 1. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной

| **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 «3.1.2». |
|  | 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 |  |
|  | **COMENTS** | У | T(250) | Служебное поле к счету |  |
|  | **SUMMAP** | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | **SANK\_MEK** | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
|  | **SANK\_MEE** | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
|  | **SANK\_EKMP** | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
| **Записи** | | | | | |
| **ZAP** | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | О | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;  1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте |  |
|  | Z\_SL | О | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| **Сведения о пациенте** | | | | | |
| **PACIENT** | ID\_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 |
|  | 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 | 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 |
|  | 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=З и USL\_OK = l);  2. в условиях дневного стационара (USL ОК =2)  3. В условиях Поликлиники (USL ОК =3) только для файлов HMP и МО, участвующих в ПДФ |
|  | NPR\_DATE | У | D | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполнению обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской  ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ  стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK= 1);  2. в условиях дневного стационара (USL\_ОК =2)  3. В условиях Поликлиники (USL ОК =3) только для файлов HMP и МО, участвующих в ПДФ |
|  | LPU | О | T(6) | Код МО | Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | DATE\_Z\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_Z\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | KD\_Z | У | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | VNOV\_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | RSLT | O | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (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 | 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.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANК.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
| **Сведения о случае** | | | | | |
| **SL** | SL\_ID | О | T(36) | Идентификатор | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 |
|  | PROFIL\_K | У | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020  Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара. |
|  | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | P\_CEL | У | Т(3) | Цель посещения | Классификатор целей посещения V025  Обязательно к заполнению только для амбулаторных условий. |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи |  |
|  | P\_PER | У | N(1) | Признак поступления/ перевода | Обязательно для дневного и круглосуточного стационара.  1 – Самостоятельно  2 – СМП  3 – Перевод из другой МО  4 – Перевод внутри МО с другого профиля |
|  | DATE\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | KD | У | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | DS0 | Н | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL\_OK=4). Указывается при наличии |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника  МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL\_OK=4)).  Не допускаются следующие значения:  1. первый символ кода основного диагноза «С»;  2. код основного диагноза входит в диапазон D00-D09;  3. код основного диагноза D70 и сопутствующий  диагноз C97 или входит в диапазон C00-C80) |
|  | DS2 | УМ | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | DS3 | УМ | T(10) | Диагноз осложнения заболевания | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | С\_ZAB | У | N(l) | Характер основного заболевания | Классификатор характера заболевания V027 .  Обязательно к заполнению~~, если~~ ~~USL\_OK~~ ~~не равен 4 или~~ 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 МЭС | Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | У | Т(20) | Код МЭС 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).Указывается значение IDSPEC |
|  | VERS\_SPEC | O | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей |
|  | IDDOKT | O | Т(25) | Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | Территориальный справочник |
|  | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | Тариф с учётом всех примененных коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом – стоимость, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС) |
|  | SUM\_M | O | N(15.2) | Стоимость случая, выставленная к оплате | Может указываться нулевое значение.  Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг. |
|  | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.  Допускается указание услуг с нулевой стоимостью.  Указание услуг с нулевой стоимостью обязательно, если условие их оказания является тарифообразующим (например, при оплате по КСГ). |
|  | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле |  |
| **Сведения о 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 |
|  | ~~DKK1~~  CRIT | УM | T(10) | ~~Дополнительный~~ Классификационный критерий | ~~Дополнительный~~ Классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом  Российской Федерации.  Обязателен к заполнению:  -  в случае применения при оплате случая лечения по КСГ;  - в случае применения при оплате случая лечения по КПГ, если применен региональный ~~дополнительный~~ классификационный критерий |
|  | SL\_K | О | N(1) | Признак использования  КСЛП | 0 – КСЛП не применялся;  1 – КСЛП применялся |
|  | IT\_SL | У | N(1.5) | Применённый коэффициент сложности лечения пациента | Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая.  Указывается только при использовании. |
|  | SL\_KOEF | УМ | S | Коэффициенты сложности лечения пациента | Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента.  Указывается при наличии IT\_SL. |
| **Коэффициенты сложности лечения пациента** | | | | | |
| **SL\_KOEF** | IDSL | O | N(4) | Номер коэффициента сложности лечения пациента | В соответствии с региональным справочником. |
|  | Z\_SL | O | N(1.5) | Значение коэффициента сложности лечения пациента |  |
| **Сведения об услуге** | | | | | |
| **USL** | IDSERV | O | Т(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | O | Т(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | LPU\_1 | У | Т(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 |
|  | VID\_VME | У | Т(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа. |
|  | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | DATE\_IN | O | D | Дата начала оказания услуги |  |
|  | DATE\_OUT | O | D | Дата окончания оказания услуги |  |
|  | DS | O | Т(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | CODE\_USL | О | Т(20) | Код услуги | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг. |
|  | KOL\_USL | O | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф |  |
|  | SUMV\_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (V021). Указывается значение IDSPEC |
|  | CODE\_MD | O | Т(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | В соответствии с территориальным справочником |
|  | NPL | У | N(1) | Неполный объём | Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме.  1 – документированный отказ больного,  2 – медицинские противопоказания,  3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.)  4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков. |
|  | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле |  |
|  | TOOTH | У | N(2) | Номер зуба | Обязательно для IDSP=9 |
| 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 не выявлении 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 | Т(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | CODE\_EХР | УМ | Т(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | S\_COM | У | Т(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
|  | S\_IST | О | N(1) | Источник | 1 -СМО/ТФОМС к МО. |

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

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

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

TPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где:

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

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

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

Файлы XML должны строиться на основе элементов (тегов), использование атрибутов не допускается.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо T указывается V. Структура файла приведена в Приложении №1.

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

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

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

* О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
* Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
* У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
* М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

* T – <текст>;
* N – <число>;
* D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;
* S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

* 1. 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 «3.1.2». |
|  | 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 | |  |
|  | COMENTS | У | | T(250) | | Служебное поле к счету | |  |
|  | SUMMAP | У | | N(15.2) | | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEK | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (МЭК) | | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
|  | SANK\_MEE | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (МЭЭ) | | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
|  | SANK\_EKMP | У | | N(15.2) | | Финансовые санкции (ЭКМП) | | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
| **Записи** | | | | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | | N(8) | | Номер позиции записи | | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | О | | N(1) | | Признак исправленной записи | | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;  1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | О | | S | | Сведения о пациенте | |  |
|  | Z\_SL | О | | S | | Сведения о законченном случае | | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | О | | T(36) | | Код записи о пациенте | | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | O | | N(1) | | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | Заполняется в соответствии с F008 |
|  | 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 «0», 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 | | 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 - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  | NPR\_DATE | У | | D | | Дата направления на лечение  (диагностику, консультацию, госпитализацию) | | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2)  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) 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 | | 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 | | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение. |
|  | OPLATA | У | | N(1) | | Тип оплаты | | Оплата случая оказания медпомощи:  0 – не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ;  3 – частичный отказ.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SUMP | У | | N(15.2) | | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | | Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SANK | УМ | | S | | Сведения о санкциях | | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SANK\_IT | У | | N(15.2) | | Сумма санкций по законченному случаю | | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANК.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
| **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 | У | | 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 становления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | C\_ZAB | ~~О~~ 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) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97). |
|  | DS\_ONK | О | | 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 МЭС | | Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | У | | Т(20) | | Код МЭС сопутствующего заболевания | |
|  | NAPR | УM | | 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 - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97).  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 - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97).  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 - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) ~~, если DS\_ONK не равен 1~~ |
|  | PRVS | O | | N(4) | | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | | Классификатор медицинских специальностей (V021). Указывается значение IDSPEC |
|  | VERS\_SPEC | О | | T(4) | | Код классификатора медицинских специальностей | | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей, например «V021». |
|  | IDDOKT | O | | Т(25) | | Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | | Территориальный справочник |
|  | ED\_COL | У | | N(5.2) | | Количество единиц оплаты медицинской помощи | |  |
|  | TARIF | У | | N(15.2) | | Тариф | | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) |
|  | SUM\_M | O | | N(15.2) | | Стоимость случая, выставленная к оплате | |  |
|  | 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) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) 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 | |  |
|  | 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 заполнению, если консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}) |
| **Сведения о случае лечения онкологического заболевания** | | | | | | | | |
| ONK\_SL | DS1\_T | У | | N(1) | | Повод обращения | | Классификатор поводов обращения N018 |
|  | STAD | ~~О~~ 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 | ~~О~~ 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 | ~~О~~ 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 | ~~О~~ 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 отдалённых 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 (кг) | | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела |
|  | HEI | У | | N(3) | | Рост (см) | | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится 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 | ОМ | | S | | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | |  |
| **Диагностический блок** | | | | | | | | |
| B\_DIAG | DIAG\_DATE | ~~У~~О | | D | | Дата взятия материала | | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики.  ~~Обязательно к заполнению только при отсутствии DIAG\_ TIP~~ |
|  | DIAG\_TIP | ~~У~~О | | N(1) | | Тип диагностического показателя | | При отсутствии  DIAG\_ DATE обязательно к заполнению значениями:  1 – гистологический признак;  2 – маркёр (ИГХ).  ~~При наличии DIAG\_ DATE заполнению не подлежит~~ |
|  | DIAG\_CODE | ~~У~~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.  ~~При наличии DIAG\_ DATE заполнению не подлежит~~ |
|  | 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.  ~~При наличии DIAG\_ DATE заполнению не подлежит~~ |
|  | 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 | О | | N(1) | | Код противопоказания или отказа | | Заполняется в соответствии со справочником N 001 |
|  | D\_PROT | О | | D | | Дата регистрации противопоказания или отказа | |  |
| **Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания** | | | | | | | | |
| ONK\_USL | USL\_TIP | О | | N(1) | | Тип услуги | | Заполняется в соответствии со справочником N013 |
|  | 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 | | ~~T(40)~~ Т(6) | | ~~Регистрационный номер лекарственного препарата~~  Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии | | ~~Заполняется в соответствии с Государственным реестром лекарственных средств V011~~  Заполняется в соответствии склассификатором N020 |
|  | CODE\_SH | О | | T(10) | | Код схемы лекарственной терапии | | Заполняется в соответствии склассификатором V024 |
|  | DATE\_INJ | OМ | | D | | Дата введения лекарственного препарата | |  |
| **Сведения об услуге** | | | | | | | | |
| USL | IDSERV | | O | | Т(36) | | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | | O | | Т(6) | | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | LPU\_1 | | У | | Т(8) | | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PODR | | У | | N(12) | | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFIL | | O | | N(3) | | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 |
|  | VID\_VME | | У | | Т(15) | | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа.  Обязательно к заполнению  при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) 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 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). Указывается значение IDSPEC |
|  | CODE\_MD | | O | | Т(25) | | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | В соответствии с территориальным справочником |
|  | COMENTU | | У | | T(250) | | Служебное поле |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | | | |
| SANK | S\_CODE | О | | Т(36) | | Идентификатор санкции | | Уникален в пределах случая. |
|  | S\_SUM | О | | N(15.2) | | Финансовая санкция | |  |
|  | S\_TIP | О | | N(2) | | Код вида контроля | | Классификатор 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 | О | | N(3) | | Код причины отказа (частичной) оплаты | | Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи F014 |
|  | 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. |

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

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251. Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

ХPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где:

X – одна из констант, обозначающая передаваемые данные:

* + **DP** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
  + **DV** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
  + **DO** - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических осмотров взрослого населения;
  + **DS** - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
  + **DU** - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
  + **DF** - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;
* Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:
  + T – ТФОМС;
  + S – СМО;
  + M – МО.
* Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
* Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:
  + T – ТФОМС;
  + S – СМО;
  + M – МО.
* Np – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
* YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.
* MM – порядковый номер месяца отчетного периода:
* N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

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

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

Файлы XML должны строиться на основе элементов (тегов), использование атрибутов не допускается.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: в качестве константы указывается V. Структура файла приведена в Приложении №1.

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

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

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

* О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
* Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
* У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
* М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

* T – <текст>;
* N – <число>;
* D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;
* S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

* 1. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | SCHET | О | S | Счёт | Информация о счёте |
|  | ZAP | ОМ | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.1.2». |
|  | 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 |  |
|  | COMENTS | У | T(250) | Служебное поле к счету |  |
|  | SUMMAP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEK | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
|  | SANK\_MEE | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
|  | SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
|  | DISP | У | T(3) | Тип диспансеризации | Классификатор типов диспансеризации V016 |
| Записи | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | О | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;  1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте |  |
|  | Z\_SL | О | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| Сведения о пациенте | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.  Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 |
|  | 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 (см. Приказ 200 от 28 сентября «О внесений изменений в Приказ от 7 апреля 2011 № 79);  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 | O | N(2) | Результат диспансеризации | Классификатор результатов диспансеризации V017 |
|  | OS\_SLUCH | НМ | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
|  | SL | О | S | Сведения о случае |  |
|  | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Равна значению SUM\_M вложенного элемента SL. |
|  | OPLATA | У | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи:  0 – не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ;  3 – частичный отказ.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANК.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
| **Сведения о случае** | | | | | |
| SL | SL\_ID | О | T(36) | Идентификатор | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер карты |  |
|  | DATE\_1 | O | D | Дата начала лечения | Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа. |
|  | DATE\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. |
|  | DS1\_PR | У | N(1) | Установлен впервые (основной) | Обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра |
|  | DS\_ONK | У | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Заполняется значениями:  0 - при отсутствии 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):  1 - состоит,  2 – взят. |
|  | DS2\_N | УМ | S | Сопутствующие заболевания |  |
|  | NAZ | УМ | S | Назначения | Указывается отдельно для каждого назначения. |
|  | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф |  |
|  | SUM\_M | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате |  |
|  | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.  Может не заполняться только в случае отказа от диспансеризации. |
|  | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле |  |
| Сопутствующие заболевания | | | | | |
| DS2\_N | DS2 | О | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | DS2\_PR | У | N(1) | Установлен впервые (сопутствующий) | Обязательно указывается «1», если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра |
|  | PR\_DS2\_N | У | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания:  1 - состоит,  2 – взят. |
| Назначения | | | | | |
| NAZ | NAZ\_N | О | N(2) | Номер по порядку |  |
|  | NAZ\_R | О | N(2) | Вид назначения | Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II.  1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления;  2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию;  3 – направлен на обследование;  4 – направлен в дневной стационар;  5 – направлен на госпитализацию;  6 – направлен в реабилитационное отделение. |
|  | NAZ\_SP | У | N(4) | Специальность врача | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 1 или 2.  Классификатор V021. |
|  | NAZ\_V | У | N(1) | Вид обследования | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлен код 3.  1 – лабораторная диагностика;  2 – инструментальная диагностика;  3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих;  4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография) |
|  | NAZ\_USL | У | 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) |
|  | 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 | Территориальный классификатор услуг |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф |  |
|  | SUMV\_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (V021).Указывается значение IDSPEC |
|  | CODE\_MD | O | Т(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | В соответствии с территориальным справочником |
|  | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | |
| SANK | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах законченного случая. |
|  | S\_SUM | О | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | При не выявлении 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 | УM | 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, Приложение А), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | О | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | NUM\_ACT | О | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | CODE\_EXP | УМ | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | S\_COM | У | Т(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
|  | S\_IST | О | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

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

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

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

CPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где

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

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

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

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

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

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

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

* О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
* Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии не передается.
* У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии не передается.
* М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

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

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Таблица А.4 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 законченных случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | | |
| ZGLV | | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.1.2». |
|  | | 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 |  |
|  | COMENTS | | У | T(250) | Служебное поле к счету |  |
|  | SUMMAP | | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEK | | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.  Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEE | | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.  Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_EKMP | | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.  Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
| **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), или нейтропении (код основного диагноза D70 при сопутствующем диагнозе, равном C97 или входящем в диапазон C00-C80) |
| **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 | 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 |
|  | | 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 основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С», или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09),или нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  | | NPR\_DATE | У | D | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2)  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование, или установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09), или нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 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 | У | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | | VNOV\_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | | RSLT | O | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (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 | 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.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANК.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
| **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 | Классификатор V002 |
|  | | PROFIL\_K | У | 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 | 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 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 к заполнению для круглосуточного и дневного стационара (USL\_OK=1 или USL\_OK=2) |
|  | | DS0 | Н | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника  МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL\_OK=4)). Указывается при наличии |
|  | | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника  МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи(USL\_OK=4)).  ~~При DS\_ONK=0~~  ~~первый символ кода основного диагноза должен быть «С» или код основного диагноза D70 при сопутствующем диагнозе, равном C97 или входящем в диапазон C00-C80~~ |
|  | | 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 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи(USL\_OK=4)). 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) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи  ~~USL\_OK не равен 4 или код основного диагноза (DS1) не входит в рубрику Z~~ |
|  | | DS\_ONK | О | 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 МЭС | Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | | CODE\_MES2 | У | Т(20) | Код МЭС сопутствующего заболевания |
|  | | NAPR | УM | 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 - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97). |
|  | | CONS | ~~O~~  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 - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97). |
|  | | ONK\_SL | У | S | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97), если  (~~P\_CEL не равен 1.3 и~~  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 | 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) | Региональный справочник |
|  | | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |
|  | | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | Тариф с учётом всех примененных коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом – стоимость, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС).  Обязательно к заполнению при ~~DS\_ONK=0~~ установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) |
|  | | 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).  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) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97). |
|  | | 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 заполнению, если ~~PR\_CONS не равен 0~~ консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}) |
| Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | | | | |
| ONK\_SL | | DS1\_T | О | N(2) | Повод обращения | Классификатор поводов обращения N018 |
|  | | STAD | ~~О~~ 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 | ~~О~~ 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 | ~~О~~ 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 | ~~О~~ 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 | ~~Обязательно к заполнению значением 1 при выявлении отдалённых метастазов только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2)~~  Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2). При выявлении отдалённых 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 для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4).  Может принимать значение «0» |
|  | | WEI | У | N(3.1) | Масса тела (кг) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела |
|  | | HEI | У | N(3) | Рост (см) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится 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 | УМ | 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 | ~~У~~О | D | Дата взятия материала | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики.  ~~Обязательно к заполнению только при отсутствии DIAG\_ TIP~~ |
|  | | DIAG\_TIP | ~~У~~О | N(1) | Тип диагностического показателя | При отсутствии  DIAG\_ DATE обязательно к заполнению значениями:  1 – гистологический признак;  2 – маркёр (ИГХ).  ~~При наличии DIAG\_ DATE заполнению не подлежит~~ |
|  | | DIAG\_CODE | ~~У~~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 .  ~~При наличии DIAG\_ DATE заполнению не подлежит~~ |
|  | | 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 .  ~~При наличии DIAG\_ DATE заполнению не подлежит~~ |
|  | | 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 | О | N(1) | Код противопоказания или отказа | Заполняется в соответствии со справочником N001 |
|  | | D\_PROT | О | D | Дата регистрации противопоказания или отказа |  |
| **Сведения об услуге** при лечении онкологического заболевания | | | | | | |
| ONK\_USL | | USL\_TIP | О | N(1) | Тип услуги | Заполняется в соответствии со справочником N013 |
|  | | 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 | ~~T(40)~~ Т(6) | ~~Регистрационный номер лекарственного препарата~~  Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии | ~~Заполняется в соответствии с Государственным реестром лекарственных средств V011~~  Заполняется в соответствии склассификатором N020 |
|  | | CODE\_SH | О | T(10) | Код схемы лекарственной терапии | Заполняется в соответствии склассификатором V024 |
|  | | DATE\_INJ | OМ | D | Дата введения лекарственного препарата |  |
| Сведения о КСГ/КПГ | | | | | | |
| **KSG**\_ KPG | | N\_KSG | У | T(20) | Номер КСГ | Номер КСГ (V023) с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KРG |
|  | | VER\_KSG | O | N(4) | Модель определения КСГ | Указывается версия модели определения КСГ (год) |
|  | | KSG\_PG | О | N(1) | Признак использования подгруппы КСГ | 0 – подгруппа КСГ не применялась;  1 – подгруппа КСГ применялась |
|  | | N\_KPG | У | ~~N~~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 |
|  | | ~~DKK1~~  CRIT | УM | T(10) | ~~Дополнительный~~ Классификационный критерий | ~~Дополнительный~~ Классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом  Российской Федерации.  Обязателен к заполнению:  -  в случае применения при оплате случая лечения по КСГ;  - в случае применения при оплате случая лечения по КПГ, если применен региональный ~~дополнительный~~ классификационный критерий  - 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 |
|  | | ~~DKK2~~ | ~~У~~ | ~~T(10)~~ | ~~Дополнительный классификационный критерий~~ | ~~Заполняется кодом схемы лекарственной терапии (классификатор V024) (только для комбинированных схем лечения при злокачественном новообразовании независимо от способа оплаты случая лечения)~~ |
|  | | SL\_K | О | N(1) | Признак использования  КСЛП | 0 – КСЛП не применялся;  1 – КСЛП применялся |
|  | | IT\_SL | У | N(1.5) | Применённый коэффициент сложности лечения пациента | Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая.  Указывается только при использовании. |
|  | | SL\_KOEF | УМ | S | Коэффициенты сложности лечения пациента | Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента.  Указывается при наличии IT\_SL. |
| Коэффициенты сложности лечения пациента | | | | | | |
| SL\_KOEF | | IDSL | O | N(4) | Номер коэффициента сложности лечения пациента | В соответствии с региональным справочником. |
|  | | Z\_SL | O | N(1.5) | Значение коэффициента сложности лечения пациента |  |
| **Сведения об услуге** | | | | | | |
| USL | | IDSERV | O | Т(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
|  | | LPU | O | Т(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | | LPU\_1 | У | Т(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника |
|  | | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 |
|  | | 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) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) |
|  | | 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, ~~принятая~~ 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 | Заполняется в соответствии с территориальным справочником. |
|  | | NPL | У | N(1) | Неполный объём | Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме.  1 – документированный отказ больного,  2 – медицинские противопоказания,  3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.)  4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков. |
|  | | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | |
| SANK | | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах 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. |

* 1. Структура общих файлов информационного обмена

**Таблица А.5 Файл персональных данных**

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

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

| **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 «3.1.2». |
|  | 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.  Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «4».  Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «5».  Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то  из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно |
|  | IM\_P | У | T(40) | Имя представителя пациента |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента |
|  | W\_P | У | N(1) | Пол представителя пациента |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя пациента |
|  | DOST\_P | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации представителя | 1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю.  Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | MR | У | T(100) | Место рождения пациента или представителя | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
|  | DOCTYPE | У | T(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».  При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | DOCSER | У | T(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | DOCNUM | У | T(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | SNILS | У | T(14) | СНИЛС пациента или представителя | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
|  | OKATOG | У | T(11) | Код места жительства по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | OKATOP | У | T(11) | Код места пребывания по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | COMENTP | У | T(250) | Служебное поле |  |

* 1. Формат протокола проведения МЭК для предоставления ТФОМС в МО

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, с добавлением префикса к наименованию основного файла - реестра счета латинской буквы A (пример AHM, ATM, ADO…и т.д.).

Файлы XML должны строиться на основе элементов (тегов), использование атрибутов не допускается.

**Таблица А.6 Протокол обработки реестра счета**

| **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 | Дата формирования файла в формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц |  |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
| **Счёт** | | | | | |
| SCHET | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 (см. Приказ 200 от 28 сентября «О внесений изменений в Приказ от 7 апреля 2011 № 79)\*. |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц |  |
|  | NSCHET | О | T(15) | Номер счёта |  |
|  | DSCHET | О | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | SUMMAV | О | N(15.2) | Сумма, выставленная на оплату |  |
|  | SUMMAP | О | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате |  |
|  | SANK\_MEK | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
| **Записи** | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте |  |
|  | Z\_SL | О | S | Законченный случай | Информация о законченном случае |
| **Сведения о пациенте** | | | | | |
| PACIENT | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | F008 (см. Приказ 200 от 28 сентября «О внесений изменений в Приказ от 7 апреля 2011 № 79) |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | У | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | ENP | О | T(16) | Единый номер полиса |  |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | O | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Уникально идентифицирует запись в пределах пакета. Значение берется из счета МО. Обязательно заполняется для счетов версии 3.1 |
|  | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | SL | ОМ | S | Сведения о случае | Случаи лечения, вошедшие в данный акт. Список случаев, подвергнутых экспертизе из текущей записи (N\_ZAP) |
|  | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате |  |
|  | OPLATA | У | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи:  0 – не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ;  3 – частичный отказ.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANК.  Заполняется плательщиком (СМО /ТФОМС). |
|  | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле | Заполняется ТФОМС для принятия окончательной версии реестра счетов за отчетный период  Заполняется значением «1» - для «закрытия» счета за отчетный период, значением «0» для «открытия» реестра счета за отчетный период |
| **Сведения о случае** | | | | | |
| SL | SL\_ID | O | T(40) | Номер записи в реестре случаев | Для версии счетов 3.1 уникально идентифицирует случай в пределах Z\_SL |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи |  |
|  | ED\_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф |  |
| **Сведения о санкции** | | | | | |
| SANK | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах случая. |
|  | S\_SUM | О | N(15.2) | Финансовая санкция | При не выявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | О | N(1) | Тип санкции | 1 – МЭК |
|  | S\_OSN | О | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи. |
|  | 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\_COM | У | Т(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
|  | S\_IST | О | N(1) | Источник | 1 - СМО к МО  2 - СМО к ТФОМС |

* 1. Протокол проведения МЭЭ и ЭКМП

По результатам проведения **МЭЭ/ЭКМП** страховая компания отправляет в **ТФОМС РИ** XML-файлы информационного обмена с результатами экспертизы, где для каждого случая указывается вид проведённой экспертизы, код дефекта/нарушения (при наличии), суммы неоплаты и/или уменьшении финансирования, штрафа, а также результаты оплаты каждого случая. Указанные файлы страховая компания предоставляет ежемесячно, **до 25-го числа месяца**, следующего за месяцем, в котором были произведены экспертизы **МЭЭ/ЭКМП** (отбор осуществляется по дате окончания экспертизы). Сведения передаются в утверждённом формате по приведенной ниже таблице, при этом передаётся не вся информация по случаю, а только информация о реестре счетов, в котором содержится случай (наименование файла, дата и номер счёта) и номер случая, по которому проводилась соответствующая проверка. Причем передаются как случаи, по которым выявлены нарушения, так и случаи без выявленных нарушений.

**Имя файла формируется по следующему принципу:**

ES\_YYMM\_N.XML, где

E – Константа, обозначаемая тип передаваемых данных.

S – Код страховой компании.

YY – две последние цифры порядкового номера года периода, в котором были проведены экспертизы.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода, в котором были проведены экспертизы.

N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «01», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде. Максимальное значение пакета в отчетном периоде (месяце) - «99».

**Все файлы пакета архивируется в архив формата ZIP.**

**Имя файла архива и основного файла внутри архива идентичны без учета расширения.**

**Таблица А.7 Формат реестра экспертиз МЭЭ и ЭКМП**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Корневой элемент** | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | ZAP | ОM | S | Сведения о случаях медицинской помощи по которым была проведена  экспертиза МЭЭ/ЭКМП |  |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | О | T(5) | Версия взаимодействия | 1.0 |
|  | PLAT | О | T(6) | Код страховой компании застрахованного лица |  |
|  | DATA | О | D | Дата формирования реестра |  |
|  | FILENAME | О | T(20) | Имя файла реестра | Имена файлов без расширения в верхнем регистре |
| **Записи** | | | | | |
| ZAP | SCHET | O | S | Сведения о реестре счетов |  |
|  | SLUCH | MO | S | Сведения о случае |  |
| **Сведения о реестре счетов** | | | | | |
| SCHET | CODE | О | N(10) | Код записи реестра счетов | Уникальный код (например, порядковый номер) в отчетном году. По данному коду определяется реестр счетов от МО. |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Код медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии с F003 |
|  | YEAR | О | N(4) | Отчетный год | Год, в котором была оказана МП пациентам (основная часть реестра счетов) |
|  | MONTH | О | N(2) | Отчетный месяц | Месяц, в котором была оказана МП пациентам (основная часть реестра счетов) |
|  | NSCHET | О | T(15) | Номер счёта |  |
|  | DSCHET | О | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
| **Сведения о случае** | | | | | |
| SLUCH | IDCASE | О | N(8) | Номер записи в реестре счетов | Соответствует порядковому номеру записи случаев в реестре счетов.  Номер должен следовать по порядку 1,2,3…N, где N  – количество случаев в реестре счетов.  Уникален в пределах всего файла |
|  | SL\_ID | У | Т(36) | Идентификатор случая | **Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.** |
|  | NHISTORY | О | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента | Номер истории болезни в соответствии с подлинником истории болезни (талона амбулаторного больного) |
|  | SPOLIS | У | T(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | О | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Сумма, выставленная к оплате должна равняться сумме оказанных услуг («Сумма случая» = «Сумма всего по услугам») |
|  | OPLATA | О | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи по МЭЭ или ЭКМП:  1 - полная оплата;  2 - полный отказ;  3 – частичный отказ.  Данный реквизит заполняется в обязательном порядке плательщиком за медицинскую помощь (СМО). |
|  | SUMP | О | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО |
|  | SANK\_MEE | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Указываются финансовые санкции, применённые к МО по данному случаю МП |
|  | SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Указываются финансовые санкции, применённые к МО по данному случаю МП |
|  | SHTRAF | У | N(15.2) | Сумма наложенного штрафа на МО. | Заполняется в случае если по результатам экспертизы был наложен штраф |
|  | REFREASОN | УМ | N(2) | Код выявленного дефекта. | Заполняется в соответствии с F014. Поле обязательно к заполнению в случае, если значение поля OPLATA равна 2 или 3. Перечисляются все выявленные коды дефектов |
|  | VID\_EXPERT | O | N(2) | Вид экспертизы | 2- МЭЭ  3- ЭКМП |
|  | TYPE\_EXPERT | O | N(2) | Тип экспертизы | **Кодировка в соответствии со справочником в Таблице А.7.1 Тип экспертизы (TYPE\_EXPERT)** |
|  | DATE\_E | O | D | Дата проведения экспертизы | Заполняется обязательно |
|  | SNILS | О | Т(14) | СНИЛС Эксперта | Заполняется в соответствии с шаблоном 999–999–999 9, где 9 – любая десятичная цифра. Значение СНИЛС, заполненное по шаблону, должно быть ненулевым |
|  | FIO | O | Т(80) | ФИО эксперта полностью |  |
|  | ZAKL | У | Т(5000) | Заключение экспертизы |  |
|  | VIVOD | У | Т(5000) | Выводы экспертизы |  |
|  | PROC\_ST | У | N(3) | Процент выполнения стандарта | Заполняется в случаев проведения экспертизы ЭКМП и наличия стандарта мед. помощи |
|  | COMENT\_P | У | 512 | Комментарии к результату обработки случая | В случае отказа в оплате требуется уточнение причины отказа от плательщика. Комментарий должен содержать уточненные причины финансовых санкций в случае. |

**Таблица А.7.1 Тип экспертизы (Поле: TYPE\_EXPERT)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование** |
| **11** | Плановая МЭЭ методом случайной выборки |
| **12** | Тематическая МЭЭ |
| **21** | Целевая МЭЭ при повторном обращении по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации |
| **22** | Целевая МЭЭ при заболеваниях с удлиненным или укороченным сроком лечения более чем на 50 % от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи |
| **23** | Целевая МЭЭ по жалобе от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации. |
| **31** | Плановая ЭКМП методом случайной выборки |
| **32** | Тематическая ЭКМП |
| **41** | Целевая ЭКМП по жалобе от застрахованного лица или его представителя |
| **42** | Целевая ЭКМП по случаям с летальным исходом |
| **43** | Целевая ЭКМП по случаям с внутрибольничным инфицированием и осложнением заболевания |
| **44** | Целевая ЭКМП по случаям с первичным выходом на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей |
| **45** | Целевая ЭКМП по причине повторного обращения по поводу одного и того же заболевания (в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации) |
| **46** | Целевая ЭКМП при заболеваниях с удлиненным или укороченным сроком лечения (более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи) |
| **47** | Целевая ЭКМП по случаям отобранным по результатам целевой медико-экономической экспертизы |
| **50** | Очная ЭКМП |

# Приложения

**Приложение №1**

**к приказу ТФОМС РИ**

**от «19» декабря 2018 г. № 77-п**

**Структура файла с протоколом ФЛК**

Файлы XML должны строиться на основе элементов (тегов), использование атрибутов не допускается.

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

**Приложение №2**

**к приказу ТФОМС РИ**

**от «19» декабря 2018 г. № 77-п**

**АКТ №\_\_\_\_**

приема-передачи реестров счетов оплаченной медицинской помощи по результатам медико-экономического контроля СМО к ТФОМС

Мы, нижеподписавшиеся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(наименование страховой медицинской организации)*

в лице директора страховой медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО)*

и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия

в лице директора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ составили настоящий акт о том, что

*(ФИО)*

вышеуказанная страховая медицинская организация передает, а Фонд принимает \_\_\_\_ реестров счетов медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС, в электронном виде за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Директор Директор

страховой медицинской организации ТФОМС Республики Ингушетия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

***М.П. М.П.***

Передал Принял

Начальник отдела ИТО Начальник отдела ИО и ИБ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Приложение №3**

**к приказу ТФОМС РИ**

**от «19» декабря 2018 г. № 77-п**

**АКТ**

**ПЕРЕДАЧИ ФАЙЛОВ РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **За период: (Месяц, Год)** |  | |
|
|  |
| **Передающая организация: (Наименование Страховой медицинской организации)** | |
|  | |
| **Принимающая организация: (Наименование Территориального фонда ОМС)** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Имя файла** | **Дата счета** | **Выставлено** | | **МЭК** | | **Принято** | |  |
| **Кол-во  случ.** | **Сумма** | **Кол-во случ.** | **Сумма** | **Кол-во случ.** | **Сумма** |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **5** |
| **Код МО Краткое Наименование МО** | | | | | | | | |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Код МО Краткое Наименование МО** | | | | | | | | |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** | | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Передал начальник отдела ИТО |  |  | Принял начальник отдела  ИО и ИБ |  |
|  | (подпись, расшифровка подписи) |  |  | (подпись, расшифровка подписи) |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. |  |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. |  |