Приложение № 1

к приказу ТФОМС НАО

от 18.10.2019 г. № 422

**ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

**МЕЖДУ ТФОМС, МО И СМО ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ**

**ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА ОКАЗАННОЙ**

**МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ФОРМАТЕ XML**

# 1. Описание файлов информационного обмена

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:

H - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактических медицинским осмотрам взрослого населения, медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования;

C - для реестров счетов на оплату медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования;

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

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

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

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

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

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

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

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

- соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

- возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

- наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

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

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

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

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

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

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

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

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

В столбце «Формат» таблиц описаний форматов 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» таблиц описаний форматов указывается наименование элемента или атрибута.

# 

# **2.** Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования

Константа, обозначающая тип передаваемых данных используемая в имени файла: H.

Таблица 1.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | O | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | SCHET | O | S | Счёт | Информация о счёте. |
|  | ZAP | OМ | S | Записи | Записи о законченных случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.1.1». |
|  | DATA | O | D(10) | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | O | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | O | N(9) | Количество записей в файле | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| **Счёт** | | | | | |
| SCHET | CODE | O | N(8) | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | CODE\_MO | O | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | NSCHET | O | T(15) | Номер счёта |  |
|  | DSCHET | O | D(10) | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | У | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | O | 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 | O | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | O | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | O | S | Сведения о пациенте |  |
|  | Z\_SL | O | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| **Сведения о пациенте** | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | O | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
|  | SPOLIS | У | T(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | ST\_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SMO\_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_OK | У | T(5) | ОКАТО территории страхования | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_NAM | У | T(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 | O | T(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, гдеП – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А;ДД – день рождения;ММ – месяц рождения;ГГ – последние две цифры года рождения;Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | VNOV\_D | У | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | O | N(11) | Номер записи в реестре законченных случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | USL\_OK | O | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А). |
|  | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
|  | FOR\_POM | O | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А |
|  | NPR\_MO | У | T(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оказания:1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2) |
|  | NPR\_DATE | У | D(10) | 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) |
|  | LPU | O | T(6) | Код МО | Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | DATE\_Z\_1 | O | D(10) | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_Z\_2 | O | D(10) | Дата окончания лечения |  |
|  | KD\_Z | У | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | VNOV\_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | RSLT | O | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009). |
|  | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (Приложение А, V012). |
|  | OS\_SLUCH | НМ | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
|  | VB\_P | У | N(1) | Признак внутрибольничного перевода | Указывается«1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. |
|  | SL | OМ | S | Сведения о случае | Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях. |
|  | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL |
|  | OPLATA | У | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи:0 – не принято решение об оплате;1 – полная;2 – полный отказ;3 – частичный отказ. |
|  | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС) |
|  | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
|  | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK. |
| **Сведения о случае** | | | | | |
| SL | SL\_ID | O | 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 Приложения А. |
|  | PROFIL\_K | У | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020 Приложения А. Обязательно к заполнению для дневного и круглосуточного стационара (USL\_OK = 1 или USL\_OK = 2) |
|  | DET | O | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да.Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | P\_CEL | У | T(3) | Цель посещения | Классификатор целей посещения V025 Приложения А. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL\_OK=3) |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/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(10) | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_2 | O | D(10) | 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)).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 сопутствующийдиагноз 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(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 Приложения А. Обязательно к заполнению при оказании амбулаторной помощи, если основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z |
|  | DN | У | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 0 – не состоит, 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 | T(20) | Код стандарта медицинской помощи | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | У | T(20) | Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | 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 (должностей) (Приложение А, V021). |
|  | VERS\_SPEC | O | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей |
|  | IDDOKT | O | T(25) | СНИЛС лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | СНИЛС в формате ххх-ххх-ххх хх, где Х – цифры, всего 14 символов. |
|  | 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 |  |
|  | CEL\_POS | У | N(2) | Цель посещения | Элемент является обязательным для USL\_OK = 3, заполняется в соответствии с территориальным справочником целей посещения. |
|  | ET\_ECO | У | N(1) | Сведения о проведенных этапах ЭКО | Обязательно для заполнения для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в связи с проведением экстракорпорального оплодотворения. Может принимать значения от 1 до 5. |
|  | IND\_BART | У | N(3) | Индекс Бартела | Обязательно для заполнения для МП, оказанной в стационарных условиях по КСГ связанной с лечением старческой астении |
|  | CRIM | O | N(1) | Признак оказания медицинской помощи вследствие противоправных действий третьих лиц | 0 – Медицинская помощь оказана в обычном порядке, 1 – Медицинская помощь оказана вследствие противоправных действий третьих лиц |
| **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 | O | N(1) | Признак использования подгруппы КСГ | 0 – подгруппа КСГ не применялась; 1 – подгруппа КСГ применялась |
|  | N\_KPG | У | T(4) | Номер КПГ | Номер КПГ (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KSG |
|  | KOEF\_Z | O | N(2.5) | Коэффициент затратоемкости | Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПГ |
|  | KOEF\_UP | O | N(2.5) | Управленческий коэффициент | Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПГ. При отсутствии указывается «1» |
|  | BZTSZ | O | N(6.2) | Базовая ставка | Значение базовой ставки, указывается в рублях |
|  | KOEF\_D | O | N(2.5) | Коэффициент дифференциации | Значение коэффициента дифференциации |
|  | KOEF\_U | O | N(2.5) | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи |
|  | CRIT | УМ | T(10) | ~~К~~лассификационный критерий | 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 классификационный критерий |
|  | SL\_K | O | 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 | T(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | O | 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 |
|  | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
|  | VID\_VME | У | T(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа |
|  | DET | O | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | DATE\_IN | O | D(10) | Дата начала оказания услуги |  |
|  | DATE\_OUT | O | D(10) | Дата окончания оказания услуги |  |
|  | DS | O | T(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | CODE\_USL | O | T(20) | Код услуги | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг. |
|  | KOL\_USL | O | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) |  |
|  | TARIF | 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 (должностей) (Приложение А V021). |
|  | CODE\_MD | O | T(25) | СНИЛС медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | СНИЛС в формате ххх-ххх-ххх хх, где Х – цифры, всего 14 символов. |
|  | 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 |  |
|  | TELEMED | O | N(1) | Признак телемедицинской услуги | 0 – Услуга не является телемедицинской; 1 – Согласование даты госпитализации в медицинские организации, расположенные за пределами Ненецкого автономного округа; 2 – Консультация со специалистами медицинских организаций, расположенных за пределами Ненецкого автономного округа, с целью интерпретации результатов исследования и обследований; 3 – Получение клинических рекомендаций, в том числе по результатам консилиумов, по дальнейшей тактике ведения и лечения пациента |
| **Сведения о санкциях** | | | | | |
| SANK | S\_CODE | O | T(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах законченного случая. |
|  | S\_SUM | O | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | O | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, Приложение А |
|  | 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, Приложение А), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | O | D(10) | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | NUM\_ACT | O | 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 | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. Должен содержать исчерпывающее описание ошибки в результате которой применена санкция. |
|  | S\_IST | O | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

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

В имени файла используются следующие константы обозначающие тип передаваемых данных: DP, DV, DO, DS, DU, DF.

Таблица 2.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | | O | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | SCHET | | O | S | Счёт | Информация о счёте. |
|  | ZAP | | OМ | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.1.1». |
|  | DATA | | O | D(10) | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | | O | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | | O | N(9) | Количество случаев | Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| **Счёт** | | | | | | |
| SCHET | CODE | | O | N(8) | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | CODE\_MO | | O | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. |
|  | YEAR | | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | NSCHET | | O | T(15) | Номер счёта |  |
|  | DSCHET | | O | D(10) | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | | У | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | | O | 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 | | O | T(3) | Тип диспансеризации | Классификатор типов диспансеризации V016 |
| **Записи** | | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | | O | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | | O | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | | O | S | Сведения о пациенте |  |
|  | Z\_SL | | O | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | | O | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
|  | SPOLIS | | У | T(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | ST\_OKATO | | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | | У | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SMO\_OGRN | | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_OK | | У | T(5) | ОКАТО территории страхования | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_NAM | | У | T(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 | | O | T(9) | Признак новорождённого | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | | O | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | USL\_OK | | O | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А). |
|  | VIDPOM | | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
|  | FOR\_POM | | O | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А |
|  | LPU | | O | T(6) | Код МО | Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | VBR | | O | N(1) | Признак мобильной медицинской бригады | 0 – нет; 1 – да. |
|  | DATE\_Z\_1 | | O | D(10) | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_Z\_2 | | O | D(10) | Дата окончания лечения |  |
|  | RSLT | | O | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009). |
|  | 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 |
|  | ISHOD | | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012). |
|  | OS\_SLUCH | | НМ | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
|  | SL | | O | 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 |
|  | OPLATA | | У | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ. |
|  | SUMP | | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС) |
|  | SANK | | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
|  | SANK\_IT | | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK. |
| **Сведения о случае** | | | | | | |
| SL | SL\_ID | | O | T(36) | Идентификатор | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | LPU\_1 | | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PODR | | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PROFIL | | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
|  | DET | | O | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | P\_CEL | | У | T(3) | Цель посещения | Классификатор целей посещения V025 Приложения А. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL\_OK=3) |
|  | NHISTORY | | O | T(50) | Номер карты |  |
|  | DATE\_1 | | O | D(10) | Дата начала лечения | Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа. |
|  | DATE\_2 | | O | D(10) | 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 | | O | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
|  | PR\_D\_N | | O | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 0 – не состоит, 1 - состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению |
|  | DS2\_N | | УМ | S | Сопутствующие заболевания |  |
|  | NAZ | | УМ | S | Назначения | Указывается отдельно для каждого назначения. |
|  | C\_ZAB | | У | N(1) | Характер основного заболевания | Классификатор характера заболевания V027 Приложения А. Обязательно к заполнению, если USL\_OK не равен 4 или основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z |
|  | PRVS | | O | N(4) | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). |
|  | VERS\_SPEC | | O | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей |
|  | IDDOKT | | O | T(25) | СНИЛС лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | СНИЛС в формате ххх-ххх-ххх хх, где Х – цифры, всего 14 символов. |
|  | ED\_COL | | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи |  |
|  | TARIF | | У | N(15.2) | Тариф |  |
|  | SUM\_M | | O | N(15.2) | Стоимость случая, 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 |  |
|  | CEL\_POS | | У | N(2) | Цель посещения | Элемент является обязательным для USL\_OK = 3, заполняется в соответствии с территориальным справочником целей посещения. |
| **Сопутствующие заболевания** | | | | | | |
| DS2\_N | DS2 | | O | 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 | | O | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания: 1 - состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению |
| **Назначения** | | | | | | |
| NAZ | NAZ\_N | | O | N(2) | Номер по порядку |  |
|  | NAZ\_R | | O | N(2) | Вид назначения | Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II. 1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления; 2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию; 3 – направлен на обследование; 4 – направлен в дневной стационар; 5 – направлен на госпитализацию; 6 – направлен в реабилитационное отделение. |
|  | NAZ\_SP | | У | N(4) | Специальность врача | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 1 или 2. Классификатор V021. |
|  | NAZ\_V | | У | N(1) | Метод диагностического исследования | Заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 Приложения А, если NAZ\_R=3. |
|  | NAZ\_USL | | У | T(15) | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | Заполняется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001) только при направлении на обследование в случае подозрения на ЗНО (NAZ\_R=3 и DS\_ONK=1) |
|  | NAPR\_DATE | | У | D(10) | 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 | T(6) | Код МО, куда оформлено направление | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. 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 NAZ\_R проставлены коды 4 или 5. Классификатор V002. |
|  | NAZ\_PK | | У | N(3) | Профиль койки | Заполняется, если в NAZ\_R проставлен код 6. Классификатор V020. |
| **Сведения об услуге** | | | | | | |
| USL | IDSERV | | O | T(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | | O | 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 |
|  | PODR | | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFIL | | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
|  | VID\_VME | | У | T(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа |
|  | DET | | O | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | DATE\_IN | | O | D(10) | Дата начала оказания услуги |  |
|  | DATE\_OUT | | O | D(10) | Дата окончания оказания услуги |  |
|  | P\_OTK | | O | N(1) | Признак отказа от услуги | Значение по умолчанию: «0». В случае отказа указывается значение «1». |
|  | DS | | O | T(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | CODE\_USL | | O | T(20) | Код услуги | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг. |
|  | KOL\_USL | | O | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) |  |
|  | TARIF | | 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 (должностей) (Приложение А, V021). |
|  | CODE\_MD | | O | T(25) | СНИЛС медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | СНИЛС в формате ххх-ххх-ххх хх, где Х – цифры, всего 14 символов. |
|  | COMENTU | | У | T(250) | Служебное поле |  |
|  | TELEMED | O | | N(1) | Признак телемедицинской услуги | 0 – Услуга не является телемедицинской; 1 – Согласование даты госпитализации в медицинские организации, расположенные за пределами Ненецкого автономного округа; 2 – Консультация со специалистами медицинских организаций, расположенных за пределами Ненецкого автономного округа, с целью интерпретации результатов исследования и обследований; 3 – Получение клинических рекомендаций, в том числе по результатам консилиумов, по дальнейшей тактике ведения и лечения пациента |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | |
| SANK | S\_CODE | | O | T(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах законченного случая. |
|  | S\_SUM | | O | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | | O | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, Приложение А |
|  | 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, Приложение А), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | | O | D(10) | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | NUM\_ACT | | O | 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 | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. Должен содержать исчерпывающее описание ошибки в результате которой применена санкция. |
|  | S\_IST | | O | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

# 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

Константа, обозначающая тип передаваемых данных используемая в имени файла: C.

Таблица 3.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | O | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | SCHET | O | S | Счёт | Информация о счёте. |
|  | ZAP | OМ | S | Записи | Записи о законченных случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.1.1». |
|  | DATA | O | D(10) | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | O | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | O | N(9) | Количество записей в файле | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| **Счёт** | | | | | |
| SCHET | CODE | O | N(8) | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | CODE\_MO | O | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | NSCHET | O | T(15) | Номер счёта |  |
|  | DSCHET | O | D(10) | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | У | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | O | 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 | O | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | O | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | O | S | Сведения о пациенте |  |
|  | Z\_SL | O | 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 | O | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
|  | SPOLIS | У | T(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | ST\_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SMO\_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_OK | У | T(5) | ОКАТО территории страхования | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_NAM | У | T(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 | O | T(9) | Признак новорождённого | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | VNOV\_D | У | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | O | N(11) | Номер записи в реестре законченных случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | USL\_OK | O | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А). |
|  | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
|  | FOR\_POM | O | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А |
|  | NPR\_MO | У | T(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (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(10) | 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 | O | T(6) | Код МО | Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | DATE\_Z\_1 | O | D(10) | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_Z\_2 | O | D(10) | Дата окончания лечения |  |
|  | KD\_Z | У | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | VNOV\_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | RSLT | O | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009). |
|  | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012). |
|  | OS\_SLUCH | НМ | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
|  | VB\_P | У | N(1) | Признак внутрибольничного перевода | Указывается«1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. |
|  | SL | OМ | S | Сведения о случае | Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях. |
|  | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL |
|  | OPLATA | У | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ. |
|  | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС) |
|  | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
|  | SANK\_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK. |
| **Сведения о случае** | | | | | |
| SL | SL\_ID | O | 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 Приложения А. |
|  | PROFIL\_K | У | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020 Приложения А. Обязательно к заполнению для дневного и круглосуточного стационара (USL\_OK = 1 или USL\_OK = 2) |
|  | DET | O | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | P\_CEL | У | T(3) | Цель посещения | Классификатор целей посещения V025 Приложения А. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL\_OK=3) |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/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(10) | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_2 | O | D(10) | 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)). |
|  | 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 Приложения А. 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 |
|  | DS\_ONK | O | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
|  | DN | У | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 0 – не состоит, 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 | T(20) | Код стандарта медицинской помощи | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | У | T(20) | Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | NAPR | УМ | S | Сведения об оформлении направления | Обязательно к заполнению в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97). |
|  | CONS | УМ | S | Сведения о проведении консилиума | Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения. Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «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 (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 (должностей) (Приложение А V021). |
|  | VERS\_SPEC | O | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей |
|  | IDDOKT | O | T(25) | СНИЛС лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | СНИЛС в формате ххх-ххх-ххх хх, где Х – цифры, всего 14 символов. |
|  | 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 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 |  |
|  | CEL\_POS | У | N(2) | Цель посещения | Элемент является обязательным для USL\_OK = 3, заполняется в соответствии с территориальным справочником целей посещения. |
|  | CRIM | O | N(1) | Признак оказания медицинской помощи вследствие противоправных действий третьих лиц | 0 – Медицинская помощь оказана в обычном порядке, 1 - Медицинская помощь оказана вследствие противоправных действий третьих лиц |
| **Сведения об оформлении направления** | | | | | |
| NAPR | NAPR\_DATE | O | D(10) | Дата направления |  |
|  | NAPR\_MO | У | T(6) | Код МО, куда оформлено направление | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО |
|  | NAPR\_V | O | N(2) | Вид направления | Классификатор видов направления V028 Приложения А |
|  | MET\_ISSL | У | N(2) | Метод диагностического исследования | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 Приложения А |
|  | NAPR\_USL | У | T(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 Приложения А |
|  | DT\_CONS | У | D(10) | Дата проведения консилиума | Обязательно заполнению, если консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}) |
| **Сведения о случае лечения онкологического заболевания** | | | | | |
| ONK\_SL | DS1\_T | O | N(2) | Повод обращения | Классификатор поводов обращения N018 Приложения А |
|  | STAD | У | N(3) | Стадия заболевания | Заполняется в соответствии со справочником N002 Приложения А. Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1\_T={0,1,2,3,4}). |
|  | ONK\_T | У | N(4) | Значение Tumor | Заполняется в соответствии со справочником N003 Приложения А. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_N | У | N(4) | Значение Nodus | Заполняется в соответствии со справочником N004 Приложения А. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_M | У | N(4) | Значение Metastasis | Заполняется в соответствии со справочником N005 Приложения А. 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 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) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела |
|  | 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 | O | D(10) | Дата взятия материала | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. |
|  | DIAG\_TIP | O | N(1) | Тип диагностического показателя | Заполняется значениями: 1 – гистологический признак; 2 – маркёр (ИГХ). |
|  | DIAG\_CODE | O | N(3) | Код диагностического показателя | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 Приложения А. При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 Приложения А. |
|  | DIAG\_RSLT | 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 Приложения А. При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 Приложения А. |
|  | REC\_RSLT | У | N(1) | Признак получения результата диагностики | Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики |
| **Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах** | | | | | |
| B\_PROT | PROT | O | N(1) | Код противопоказания или отказа | Заполняется в соответствии со справочником N001 Приложения А. |
|  | D\_PROT | O | D(10) | Дата регистрации противопоказания или отказа |  |
| **Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания** | | | | | |
| ONK\_USL | USL\_TIP | O | N(1) | Тип услуги | Заполняется в соответствии со справочником N013 Приложения А. |
|  | HIR\_TIP | У | N(1) | Тип хирургического лечения | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1. |
|  | LEK\_TIP\_L | У | N(1) | Линия лекарственной терапии | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_TIP\_V | У | N(1) | Цикл лекарственной терапии | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_PR | УМ | S | Сведения о введенном противоопухолевом 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 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4 |
| **Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате** | | | | | |
| LEK\_PR | REGNUM | O | T(6) | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии | Заполняется в соответствии склассификатором N020 Приложения А |
|  | CODE\_SH | O | T(6) | Код схемы лекарственной терапии | Заполняется в соответствии с классификатором N020 Приложения А |
|  | DATE\_INJ | OМ | D(10) | 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 | O | N(1) | Признак использования подгруппы КСГ | 0 – подгруппа КСГ не применялась; 1 – подгруппа КСГ применялась |
|  | N\_KPG | У | T(4) | Номер КПГ | Номер КПГ (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KSG |
|  | KOEF\_Z | O | N(2.5) | Коэффициент затратоемкости | Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПГ |
|  | KOEF\_UP | O | N(2.5) | Управленческий коэффициент | Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПГ. При отсутствии указывается «1» |
|  | BZTSZ | O | N(6.2) | Базовая ставка | Значение базовой ставки, указывается в рублях |
|  | KOEF\_D | O | N(2.5) | Коэффициент дифференциации | Значение коэффициента дифференциации |
|  | KOEF\_U | O | N(2.5) | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи |
|  | CRIT | УМ | T(10) | Классификационный критерий | 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 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 |
|  | SL\_K | O | 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 | T(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | O | 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 |
|  | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
|  | VID\_VME | У | T(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 | O | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | DATE\_IN | O | D(10) | Дата начала оказания услуги |  |
|  | DATE\_OUT | O | D(10) | Дата окончания оказания услуги |  |
|  | DS | O | T(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | CODE\_USL | O | T(20) | Код услуги | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг. |
|  | KOL\_USL | O | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) |  |
|  | TARIF | 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 (должностей) (Приложение А V021). |
|  | CODE\_MD | O | T(25) | СНИЛС медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | СНИЛС в формате ххх-ххх-ххх хх, где Х – цифры, всего 14 символов. |
|  | 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 |  |
|  | TELEMED | O | N(1) | Признак телемедицинской услуги | 0 – Услуга не является телемедицинской; 1 – Согласование даты госпитализации в медицинские организации, расположенные за пределами Ненецкого автономного округа; 2 – Консультация со специалистами медицинских организаций, расположенных за пределами Ненецкого автономного округа, с целью интерпретации результатов исследования и обследований; 3 – Получение клинических рекомендаций, в том числе по результатам консилиумов, по дальнейшей тактике ведения и лечения пациента |
| **Сведения о санкциях** | | | | | |
| SANK | S\_CODE | O | T(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах законченного случая. |
|  | S\_SUM | O | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | O | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, Приложение А |
|  | 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, Приложение А), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | O | D(10) | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП |  |
|  | NUM\_ACT | O | 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 | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. Должен содержать исчерпывающее описание ошибки в результате которой применена санкция. |
|  | S\_IST | O | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

# 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 - 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.

Таблица 4. Файл персональных данных.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | PERS | ОМ | S | Данные | Содержит персональные данные пациента |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | О | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.2» |
|  | DATA | О | D(10) | 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 | Фамилия указывается обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается. Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля. |
|  | IM | У | T(40) | Имя пациента | Имя указывается обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается. Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля. |
|  | OT | У | T(40) | Отчество пациента | 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 указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля. |
|  | W | О | N(1) | Пол пациента | Заполняется в соответствии с классификатором V005 Приложения А. |
|  | DR | О | D(10) | 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 случае |
|  | 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. Реквизит указывается обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. Фамилия представителя указывается обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST\_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается. |
|  | IM\_P | У | T(40) | Имя представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизит указывается обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. Имя представителя указывается обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST\_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается. |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизит указывается обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля и отчество представителя присутствует в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST\_P можно опустить соответствующее значение. |
|  | W\_P | У | N(1) | Пол представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизит указывается обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. |
|  | DR\_P | У | D(10) | Дата рождения представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизит указывается обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. 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 |
|  | DOST\_P | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации представителя | 1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | MR | У | T(100) | Место рождения пациента или представителя | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
|  | DOCTYPE | У | T(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность». При указании ЕНП в соответствующем основном файле поле может не заполняться. |
|  | DOCSER | У | T(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле поле может не заполняться. |
|  | DOCNUM | У | T(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле поле может не заполняться. |
|  | DOCDATE | У | D(10) | Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к заполнению для застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы |
|  | DOCORG | У | T(1000) | Наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность | При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к заполнению для застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы |
|  | 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 |  |

# 6. Файл со сведениями о проведении повторного медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

3.1 СМО направляет в ТФОМС пакет реестров актов экспертиз счетов МО в виде архива формата ZIP.

Результаты проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (далее – результаты экспертизы) реестров счетов передаются в одном файле за один отчетный месяц в году.

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

RSNiT80\_YYMMN.XML, где

* RS – Константа, обозначающая передаваемые данные.
* Ni – реестровый номер СМО 5 цифр.
* T80 – Константа.
* YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.
* MM – порядковый номер месяца отчетного периода.
* N – порядковый номер пакета.

Пример имени файла архива:

RS80001T80\_18011.zip

Расшифровка имени: файл реестров актов экспертиз счетов МО за январь 2018, Филиал ООО «РГС–Медицина» — «Росгосстрах–Нарьян-Мар–Медицина» направляет в ТФОМС Ненецкого автономного округа.

**Таблица 5**. **Файл с результатами экспертизы**

| **Код**  **элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | | **Формат** | **Наименование** | | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент** | | | | | | | |
| MED\_LIST | ZGLV | О | | S | Заголовок файла | | Информация о передаваемом файле |
|  | MED\_ACT | ОМ | | S |  | | Медицинские акты закрытые в данном отчетном периоде |
| **Заголовок файла** | | | | | | | |
| ZGLV | CODE | O | | N(5) | Уникальный код | | Например, порядковый номер |
|  | VERSION | O | | T(5) | Версия взаимодействия | | 3.0 |
|  | DATE | О | | D | Дата формирования файла | |  |
|  | YEAR | O | | N(4) | Отчетный год | |  |
|  | MONTH | O | | N(2) | Отчетный месяц | |  |
|  | SMO | О | | T(5) | СМО | | Реестровый номер СМО  (В соответствии с классификатором F002) |
|  | FILENAME | О | | T(50) | Имя файла | | Имя файла без расширения. |
| **Медицинские акты** | | | | | | | |
| MED\_ACT | ACT\_ZGLV | О | | S | Акт | | Реквизиты акта |
|  | ZAP | ОМ | | S | Записи | | Записи о случаях оказания медицинской помощи, вошедшие в данный акт |
| **Реквизиты акта** | | | | | | | |
| ACT\_ZGLV | ID\_ACT | О | | Т(36) | Идентификатор акта | | Уникально идентифицирует акт в пределах пакета. Идентификатор акта из ИС СМО |
|  | CODE\_MO | О | | T(6) | Реестровый номер медицинской организации, в которой проводилась экспертиза, по которой подается данный акт | | Заполняется в соответствии с классификатором F003 |
|  | N\_ACT | О | | T(20) | Номер акта | | Номер акта из информационной системы СМО |
|  | D\_ACT | О | | D | Дата акта | |  |
|  | S\_ACT | У | | D | Дата отправки акта в МО | |  |
|  | AGREE\_DATE\_ACT | У | | D | Дата подписания акта МО | |  |
|  | RECEIVE\_DATE\_ACT | У | | D | Дата получения СМО подписанного акта МО | | Формирование файла производится по дате получения СМО подписанного акта МО |
|  | V\_ACT | О | | N(2) | Вид экспертизы | | Заполняется в соответствии с Таблицы (см. таблицу 4). На основе этого кода будут заполняться таблицы формы ПГ. |
|  | R\_ACT | У | | N(1) | Ответ от ЛПУ по акту ЭКМП. | | Возможны следующие значения:  1 - Согласован  2 - Направлена претензия в ТФОМС |
|  | SUM\_ACT | О | | N(15.2) | Сумма санкций по акту | | = SUM\_ACT\_PENALTY + SUM\_ACT\_NOPAYMENT |
|  | SUM\_ACT\_PENALTY | У | | N(15.2) | Сумма штрафов по всем случаям в акте | | = сумма всех <SLUCH-SUM\_PENALTY> в акте |
|  | SUM\_ACT\_NOPAYMENT | У | | N(15.2) | Сумма неоплат (уменьшений в оплате) по всем случаям в акте | | = сумма всех < SLUCH-SUM\_NOPAYMENT> в акте |
| **Записи** | | | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | | N(8) | Номер позиции записи | | Значение элемента N\_ZAP счета МО, по случаям которой проведена экспертиза |
|  | SCHET | О | | S | Счёт | | Информация о счёте МО, в который входит данная запись |
|  | Z\_SL | О | | S | Законченный случай | | Информация о законченном случае, включенном в данную запись. |
| Счёт | | | | | | | |
| SCHET | VERSION | | O | T(5) | | Версия взаимодействия | 2.1 или 3.0 |
|  | CODE | | О | N(8) | | Код записи счета | Все реквизиты счета должны совпадать с реквизитами счета МО по случаям которого проведена экспертиза (в т.ч. и код записи счета по которому будет производиться идентификация). |
|  | CODE\_MO | | О | T(6) | | Реестровый номер медицинской организации (юридического лица). Должен быть равен значению в теге <ACT\_ZGLV-CODE\_MO> |
|  | YEAR | | O | N(4) | | Отчетный год счета |
|  | MONTH | | O | N(2) | | Отчетный месяц счета |
|  | NSCHET | | O | T(15) | | Номер счета |
|  | DSCHET | | O | D | | Дата счета |
|  | PLAT | | У | T(5) | | Плательщик. Реестровый номер СМО |
| **Законченный случай** | | | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | | У | Т(40) | | Сведения о законченном случае | Значение элемента IDCASE законченного случая..  Значение берется из счета МО. Обязательно заполняется для счетов версии 3.0 |
|  | SL | | ОМ | S | | Сведения о случае | Случаи лечения, вошедшие в данный акт. Список случаев, подвергнутых экспертизе из текущей записи (N\_ZAP) |
| **Сведения о случае** | | | | | | | |
| SL | SL\_ID | O | | T(40) | Номер записи в реестре случаев | | Для версии счетов > 3.0 уникально идентифицирует случай в пределах Z\_SL  Для версии счетов 2.1 уникально идентифицирует случай в пределах реестра счетов (в версии 2.1 поле называлось IDCASE). |
|  | SUMV | O | | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | | Сумма, выставленная к оплате по данному случаю.  Значение берется из счета МО. |
|  | OPLATA | O | | N(1) | Тип оплаты | | Заполняется СМО. Оплата случая оказания медпомощи (с учётом всех санкций):  1 – полная,  2 – полный отказ,  3 – частичный отказ. |
|  | SUMP | O | | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате | | = SUMV минус сумма по результатам МЭК |
|  | DESCR | У | | Т(512) | Описание экспертизы | |  |
|  | SUM\_PENALTY | У | | N(15.2) | Сумма штрафов | | = сумма штрафа по тому дефекту, в котором тег  <DEFECT-IS\_SANK> = 1 |
|  | SUM\_NOPAYMENT | У | | N(15.2) | Сумма неоплат (уменьшений в оплате) | | = сумма неоплаты по тому дефекту, в котором тег  <DEFECT-IS\_SANK> = 1 |
|  | IS\_DISSECT | У | | N(1) | Факт вскрытия по случаю с летальным исходом | | 0 – вскрытие не производилось,  1 – вскрытие производилось |
|  | DISSECT | У | | S | Сведения о факте вскрытия | | Заполняется обязательно, если IS\_DISSECT = 1,  не подается, если IS\_DISSECT = 0 |
|  | DEFECT | ОМ | | S | Сведения о всех дефектах по данному случаю | | Элемент заполняется по всем проведенным по случаю экспертизам. |
|  | COMENTSL | У | | T(250) | Служебное поле | |  |
| **Сведения о вскрытии при летальном исходе** | | | | | | | |
| DISSECT | DEATH\_DS1 | О | | T(10) | Код заболевания | | Указывается код основного заболевания (первоначальная причина смерти) из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики |
|  | DEATH\_DS2 | О | | T(10) | Код осложнения | | Указывается код осложнения (основного заболевания) из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики |
|  | DEATH\_DS3 | О | | T(10) | Код заболевания | | Указывается код сопутствующего заболевания из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики |
|  | VARIANCE\_CAT | О | | N(1) | Категория расхождения диагнозов | | Заполняется кодом категории расхождения диагнозов (см. таблицу 2) |
|  | VARIANCE\_REASON | УМ | | S | Сведения о причинах расхождения диагнозов | | Заполнение обязательно, если VARIANCE\_CAT не равно 0. (см. таблицу 3) |
| **Сведения о причинах расхождения диагнозов** | | | | | | | |
| VARIANCE\_REASON | VARIANCE | О | | Т(10) | Причина расхождения диагнозов | | Код причины расхождения диагнозов (см. таблицу ниже) |
| **Сведения о финансовой санкции** | | | | | | | |
| DEFECT | S\_CODE | О | | Т(36) | Идентификатор финансовой санкции | | Уникален в пределах случая. Заполняется СМО. Кол-во тегов DEFECT равно количеству дефектов, обнаруженных по данному случаю. |
|  | S\_SUM | О | | N(15.2) | Финансовая санкция | | Взаимосвязано с элементом IS\_SANK:   1. если IS\_SANK = 0, S\_SUM = 0.00 2. если IS\_SANK = 1, S\_SUM равно сумме примененной финансовой санкции. |
|  | EXPERT | У | | T(14) | Код эксперта ЭКМП | | Заполняется обязательно в случае проведения ЭКМП |
|  | IDSERV | У | | T(36) |  | | Идентификатор услуги (из счета МО), в одном из полей которой обнаружена ошибка |
|  | S\_OSN | У | | N(3) | Код основания для отказа в (частичной) оплате и/или для наложения штрафа | | Заполняется по региональному справочнику на основе F014 «Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи» |
|  | IS\_SANK | О | | N(1) | Признак наличия санкции по данному дефекту | | Возможны следующие значения:  0 - по данному дефекту не была применена санкция или отсутствуют основания для отказа в (частичной) оплате и/или для наложения штрафа,  1 - была применена санкция.  При наличии нескольких дефектов по случаю один из них («дефект с максимальным снятием»), по которому была применена санкция,  необходимо отметить данным признаком. |
|  | S\_COM | У | | T(250) | Комментарий | | Описание ошибки |

|  |  |
| --- | --- |
| Таблица 6. Справочник категорий расхождения диагнозов | |
| 0 | Расхождений нет |
| 1 | I категория:  В данной медицинской организации (далее – МО) правильный диагноз был невозможен и диагностическая ошибка (нередко допущенная еще во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью в другие лечебно-профилактические учреждения) уже не повлияла в этом стационаре на исход болезни.  Главный критерий I категории расхождения диагнозов— объективная невозможность установления верного диагноза в данном МО.  Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные. |
| 2 | II категория:  Правильный диагноз в данном МО был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.  Часть случаев расхождения диагнозов по II категории является следствием объективных трудностей диагностики (но не переводится при этом в I категорию), а часть— субъективных причин. |
| 3 | III категория:  Правильный диагноз в данном МО был возможен и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т. е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.  Причины диагностической ошибки при расхождении диагнозов по III категории также могут быть как объективными, так и субъективными |

|  |  |
| --- | --- |
| Таблица 7. Справочник причин расхождения диагнозов | |
| 0 | Кратковременность пребывания больного в МО (краткость пребывания). Для большинства заболеваний нормативный срок диагностики составляет 3 суток, но для острых заболеваний, требующих экстренной, неотложной, интенсивной терапии, в том числе случаев ургентной хирургии, этот срок индивидуален и может быть равен часам и минутам (объективные причины) |
| 1 | Трудность диагностики заболевания: использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но диагностические возможности данного медицинского учреждения, атипичностъ и стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания не позволили поставить правильный диагноз (объективные причины) |
| 2 | Тяжесть состояния больного: диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, так как их проведение могло ухудшить состояние больного (имелись объективные противопоказания) (объективные причины) |
| 3 | Недостаточное обследование больного (субъективные причины) |
| 4 | Недоучет анамнестических данных (субъективные причины) |
| 5 | Недоучет клинических данных (субъективные причины) |
| 6 | Недоучет или переоценка данных лабораторных, R и других методов исследования (субъективные причины) |
| 7 | Недоучет или переоценка заключения консультанта (субъективные причины) |
| 8 | Неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза (субъективные причины) |

Таблица 8. Справочник видов экспертиз

| **Место проведения** | **Название экспертизы** | | | **Код экспертизы** | **Соответствие форме ПГ (номер таблицы)** | **Соответствие форме ПГ  (номер строки в соответствующей таблице)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| СМО | Повторный МЭК | Плановая | Плановый повторный МЭК | 61 | X | X |
| По претензии МО | СМО выполняет повторный МЭК реестров счетов в случае несогласия и подачи претензии МО | 62 | X | X |
| По другим причинам | Другое | 63 | X | X |
| МЭЭ | Плановая | плановая МЭЭ | 1 | 3.3 | 1 |
| тематическая МЭЭ | 11 | 3.3 | 1.1 |
| Целевая | целевая МЭЭ 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) | 21 | 3.4 | 2.1 |
| 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) | 22 | 3.4 | 2.2 |
| целевая МЭЭ по жалобе от застрахованного лица или его представителя | 23 | 3.4 | 2.3 |
| ЭКМП | Плановая | плановая ЭКМП методом случайной выборки | 31 | 3.6 | 1.1 |
| тематическая ЭКМП | 32 | 3.6 | 1.2 |
| Целевая | целевая ЭКМП по жалобе от застрахованного лица или его представителя | 41 | 3.7 | 1.1 |
| целевая ЭКМП по случаям с летальным исходом | 42 | 3.7 | 1.2 |
| целевая ЭКМП по случаям с внутрибольничным инфицированием и осложнением заболевания | 43 | 3.7 | 1.3 |
| целевая ЭКМП по случаям с первичным выходом на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей | 44 | 3.7 | 1.4 |
| 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) | 45 | 3.7 | 1.5 |
| 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) | 46 | 3.7 | 1.6 |
| Очная | очная ЭКМП | 5 | 3.7 | 1.7 |