Приложение 1

к регламенту взаимодействия участников ОМС, утвержденного приказом Территориального фонда ОМС Чувашской Республики

от 19.03.2019 № 83-од

(с изм. от 28.11.2019 № 419-од)

**Электронные форматы**

**информационного обмена между Территориальным фондом ОМС Чувашской Республики, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.**

Д.1 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

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

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

HPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где

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

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

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

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

Структура файла приведена в таблице Д.1.

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

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

Правила заполнения элементов реестра счета, включая тип и формат элемента, при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи приведены в **справочнике Q018.**

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

| **Код элемента** | **Имя элемента** | **Наименование элемента** | **Идентификатор элемента в справочнике Q018** | **Тип** | **Формат** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | Заголовок файла | ZL\_LIST/ZGLV | O | S | Информация о передаваемом файле |
|  | SCHET | Счёт | ZL\_LIST/SCHET | O | S | Информация о счёте |
|  | ZAP | Записи | ZL\_LIST/ZAP | OM | S | Записи о законченных случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | Версия взаимодействия | ZL\_LIST/ZGLV/VERSION | О | T(5) | Текущей редакции соответствует значение «3.1.7». |
|  | DATA | Дата | ZL\_LIST/ZGLV/DATA | О | D | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | Имя файла | ZL\_LIST/ZGLV/FILENAME | О | T(26) | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | Количество записей в файле | ZL\_LIST/ZGLV/SD\_Z | О  n | N(9)  n | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| **Счёт** | | | | | | |
| SCHET | CODE | Код записи счета | ZL\_LIST/SCHET/CODE | О | N(8) | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | CODE\_MO | Реестровый номер медицинской организации | ZL\_LIST/SCHET/CODE\_MO | О | T(6) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. |
|  | YEAR | Отчетный год | ZL\_LIST/SCHET/YEAR | О | N(4) |  |
|  | MONTH | Отчетный месяц | ZL\_LIST/SCHET/MONTH | О | N(2) | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | NSCHET | Номер счёта | ZL\_LIST/SCHET/NSCHET | О | T(15) |  |
|  | DSCHET | Дата выставления счёта | ZL\_LIST/SCHET/DSCHET | О | D | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | Плательщик. Реестровый номер СМО. | ZL\_LIST/SCHET/PLAT | У | T(5) | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | Сумма счета, выставленная МО на оплату | ZL\_LIST/SCHET/SUMMAV | О | N(15.2) |  |
|  | COMENTS | Служебное поле к счету | ZL\_LIST/SCHET/COMENTS | У | T(250) |  |
|  | SUMMAP | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | ZL\_LIST/SCHET/SUMMAP | У | N(15.2) | Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEK | Финансовые санкции (МЭК) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_MEK | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEE | Финансовые санкции (МЭЭ) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_MEE | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_EKMP | Финансовые санкции (ЭКМП) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
| **Записи** | | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | Номер позиции записи | ZL\_LIST/ZAP/N\_ZAP | О | N(8) | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | Признак исправленной записи | ZL\_LIST/ZAP/PR\_NOV | О | N(1) | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | Сведения о пациенте | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT | О | S |  |
|  | Z\_SL | Сведения о законченном случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL | О | S | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | Код записи о пациенте | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/ID\_PAC | О | T(36) | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/VPOLIS | О | N(1) | Заполняется в соответствии с F008. |
|  | SPOLIS | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS | У | T(10) |  |
|  | NPOLIS | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/NPOLIS | О | T(20) | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | ST\_OKATO | Регион страхования | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/ST\_OKATO | У | T(5) | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | Реестровый номер СМО. | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO | У | T(5) | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SMO\_OGRN | ОГРН СМО | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_OGRN | У | T(15) | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_OK | ОКАТО территории страхования | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_OK | У | T(5) | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_NAM | Наименование СМО | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_NAM | У | T(100) | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. |
|  | INV | Группа инвалидности | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/INV | У | N(1) | 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 | Направление на МСЭ | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/MSE | У | N(1) | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. |
|  | NOVOR | Признак новорождённого | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/NOVOR | О | T(9) | 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;ДД – день рождения;ММ – месяц рождения;ГГ – последние две цифры года рождения;Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | VNOV\_D | Вес при рождении | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/VNOV\_D | У | N(4) | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | Номер записи в реестре законченных случаев | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/IDCASE | О | N(11) | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | USL\_OK | Условия оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/USL\_OK | О | N(2) | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006) |
|  | VIDPOM | Вид медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/VIDPOM | О | N(4) | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008. |
|  | FOR\_POM | Форма оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/FOR\_POM | О | N(1) | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 |
|  | NPR\_MO | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/NPR\_MO | У | T(6) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2) |
|  | NPR\_DATE | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/NPR\_DATE | У | D | 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 | Код МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/LPU | О | T(6) | Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | DATE\_Z\_1 | Дата начала лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/DATE\_Z\_1 | О | D |  |
|  | DATE\_Z\_2 | Дата окончания лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/DATE\_Z\_2 | О | D |  |
|  | KD\_Z | Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/KD\_Z | У | N(3) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | VNOV\_M | Вес при рождении | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/VNOV\_M | УМ | N(4) | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | RSLT | Результат обращения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/RSLT | О | N(3) | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009). |
|  | ISHOD | Исход заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ISHOD | О | N(3) | Классификатор исходов заболевания (V012). |
|  | OS\_SLUCH | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/OS\_SLUCH | НМ | N(1) | 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 | Признак внутрибольничного перевода | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/VB\_P | У | N(1) | Указывается«1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. |
|  | SL | Сведения о случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL | ОМ | S | Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях. |
|  | IDSP | Код способа оплаты медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/IDSP | О | N(2) | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010. |
|  | SUMV | Сумма, выставленная к оплате | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SUMV | О | N(15.2) | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL |
|  | OPLATA | Тип оплаты | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/OPLATA | У | N(1) | Оплата случая оказания медпомощи:  0 – не принято решение об оплате  1 – полная;  2 – полный отказ  ;3 – частичный отказ. |
|  | SUMP | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SUMP | У | N(15.2) | Заполняется СМО (ТФОМС) |
|  | SANK | Сведения о санкциях | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK | УМ | S | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
|  | SANK\_IT | Сумма санкций по законченному случаю | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK\_IT | У | N(15.2) | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK. |
|  | REG21\_Z\_SL | Региональные элементы в законченном случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL | У | S |  |
| **Сведения о случае** | | | | | | |
| SL | SL\_ID | Идентификатор случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/SL\_ID / | О | T(36) | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | LPU\_1 | Подразделение МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PODR | Код отделения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/PODR | У | N(12) | Отделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PROFIL | Профиль медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/PROFIL | О | N(3) | Классификатор V002 |
|  | PROFIL\_K | Профиль койки | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/PROFIL\_K | У | N(3) | Классификатор V020. Обязательно к заполнению3 для дневного и круглосуточного стационара (USL\_OK = 1 или USL\_OK = 2) |
|  | DET | Признак детского профиля | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DET | О | N(1) | 0-нет, 1-да.Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | P\_CEL | Цель посещения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/P\_CEL | У | T(3) | Классификатор целей посещения V025. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL\_OK=3) |
|  | NHISTORY | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NHISTORY | О | T(50) |  |
|  | P\_PER | Признак поступления/ перевода | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/P\_PER | У | N(1) | 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 | Дата начала лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DATE\_1 | О | D |  |
|  | DATE\_2 | Дата окончания лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DATE\_2 | О | D |  |
|  | KD | Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KD | У | N(3) | Обязательно к заполнению для круглосуточного и дневного стационара (USL\_OK=1 или USL\_OK=2) |
|  | DS0 | Диагноз первичный | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS0 | Н | T(10) | 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 | Диагноз основной | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS1 | О | T(10) | 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 | Диагноз сопутствующего заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS2 | УМ | T(10) | 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 | Диагноз осложнения заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS3 | УМ | T(10) | 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 | Характер основного заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/C\_ZAB | У | N(1) | Классификатор характера заболевания V027. Обязательно к заполнению при оказании амбулаторной помощи, если основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z |
|  | DN | Диспансерное наблюдение | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DN | У | N(1) | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния):  1 - состоит,  2 - взят,  4 - снят по причине выздоровления,  6- снят по другим причинам. Обязательно для заполнения, если P\_CEL=1.3 |
|  | CODE\_MES1 | Код стандарта медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/CODE\_MES1 | УМ | T(20) | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/CODE\_MES2 | У | T(20) | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | KSG\_KPG | Сведения о КСГ/КПГ | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG | У | S | Заполняется при оплате случая лечения по КСГ или КПГ |
|  | REAB | Признак реабилитации | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REAB | У | N(1) | Указывается значение «1» для случаев реабилитации |
|  | PRVS | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/PRVS | О | N(4) | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (V021). |
|  | VERS\_SPEC | Код классификатора медицинских специальностей | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/VERS\_SPEC | О | T(4) | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей. |
|  | IDDOKT | Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/IDDOKT | О | T(25) | Региональный справочник |
|  | ED\_COL | Количество единиц оплаты медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ED\_COL | У | N(5.2) |  |
|  | TARIF | Тариф | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/TARIF | У | N(15.2) | 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 | Стоимость случая, выставленная к оплате | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/SUM\_M | О | N(15.2) | Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг. |
|  | USL | Сведения об услуге | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL | УМ | S | 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 | Служебное поле | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/COMENTSL | У | T(250) |  |
|  | REG21\_SL | Региональные элементы в случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL | О | S |  |
| **Сведения о КСГ/КПГ** | | | | | | |
| KSG\_ KPG | N\_KSG | Номер КСГ | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/N\_KSG | У | T(20) | 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 | Модель определения КСГ | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/VER\_KSG | О | N(4) | Указывается версия модели определения КСГ (год) |
|  | KSG\_PG | Признак использования подгруппы КСГ | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/KSG\_PG | О | N(1) | 0 – подгруппа КСГ не применялась;  1 – подгруппа КСГ применялась |
|  | N\_KPG | Номер КПГ | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/N\_KPG | У | T(4) | Номер КПГ (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KSG |
|  | KOEF\_Z | Коэффициент затратоемкости | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/KOEF\_Z | О | N(2.5) | Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПГ |
|  | KOEF\_UP | Управленческий коэффициент | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/KOEF\_UP | О | N(2.5) | Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПГ. При отсутствии указывается «1» |
|  | BZTSZ | Базовая ставка | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/BZTSZ | О | N(6.2) | Значение базовой ставки, указывается в рублях |
|  | KOEF\_D | Коэффициент дифференциации | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/KOEF\_D | О | N(2.5) | Значение коэффициента дифференциации |
|  | KOEF\_U | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/KOEF\_U | О | N(2.5) | Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи |
|  | CRIT | Классификационный критерий | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/CRIT | УМ | T(10) | 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 | Признак использования  КСЛП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/SL\_K | О | N(1) | 0 – КСЛП не применялся;  1 – КСЛП применялся |
|  | IT\_SL | Применённый коэффициент сложности лечения пациента | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/IT\_SL | У | N(1.5) | Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая. Указывается только при использовании. |
|  | SL\_KOEF | Коэффициенты сложности лечения пациента | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/SL\_KOEF | УМ | S | Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента. Указывается при наличии IT\_SL. |
| **Коэффициенты сложности лечения пациента** | | | | | | |
| SL\_KOEF | IDSL | Номер коэффициента сложности лечения пациента | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/SL\_KOEF/IDSL | О | N(4) |  |
|  | Z\_SL | Значение коэффициента сложности лечения пациента | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/SL\_KOEF/Z\_SL | О | N(1.5) |  |
| **Сведения об услуге** | | | | | | |
| USL | IDSERV | Номер записи в реестре услуг | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/IDSERV | О | T(36) | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | Код МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ LPU | О | T(6) | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | LPU\_1 | Подразделение МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PODR | Код отделения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/PODR | У | N(12) | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFIL | Профиль медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ PROFIL | О | N(3) | Классификатор V002 |
|  | VID\_VME | Вид медицинского вмешательства | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/VID\_VME | У | T(15) | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа |
|  | DET | Признак детского профиля | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DET | О | N(1) | 0-нет, 1-да.  Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | DATE\_IN | Дата начала оказания услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DATE\_IN | О | D |  |
|  | DATE\_OUT | Дата окончания оказания услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DATE\_OUT | О | D |  |
|  | DS | Диагноз | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DS | О | T(10) | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | CODE\_USL | Код услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/CODE\_USL | О | T(20) | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг. |
|  | KOL\_USL | Количество услуг (кратность услуги) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/KOL\_USL | О | N(6.2) |  |
|  | TARIF | Тариф | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/TARIF | У | N(15.2) |  |
|  | SUMV\_USL | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/SUMV\_USL | О | N(15.2) | Может принимать значение 0 |
|  | PRVS | Специальность медработника, выполнившего услугу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ PRVS | О | N(4) | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А V021). |
|  | CODE\_MD | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/CODE\_MD | О | T(25) | Заполняется в соответствии с территориальным справочником. |
|  | NPL | Неполный объём | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ NPL | У | N(1) | 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 | Служебное поле | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/COMENTU | У | T(250) |  |
|  | REG21\_USL | Региональные элементы в услуге | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL | О | S |  |
| **Сведения о санкциях** | | | |  |  |  |  |  |
| SANK | S\_CODE | Идентификатор санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_CODE | О | T(36) | Уникален в пределах законченного случая. |
|  | S\_SUM | Сумма финансовой санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_SUM | О | N(15.2) | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | Код вида контроля | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_TIP | О | N(2) | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, Приложение А |
|  | SL\_ID | Идентификатор случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/SL\_ID | УМ | T(36) | 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 | Код причины отказа (частичной) оплаты | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_OSN | У | N(3) | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/DATE\_ACT | О | D |  |
|  | NUM\_ACT | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/NUM\_ACT | О | T(30) |  |
|  | CODE\_EXP | Код эксперта качества медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/CODE\_EXP | УМ | T(8) | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | S\_COM | Комментарий | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_COM | У | T(250) | Комментарий к санкции. |
|  | S\_IST | Источник | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_IST | О | N(1) | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |
|  | REG21\_SANK | Региональные элементы в санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/REG21\_SANK | О | S |  |
| **Региональные элементы в законченном случае** | | | | | | |
| REG21\_Z\_SL | USL\_OK\_NPR | Условия оказания МП пациенту при направлении на лабораторное исследование в централизованную лабораторию | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL/USL\_OK\_NPR | У | N(2) | Заполняется для лабораторного исследования, оказанного в централизованной лаборатории  в соответствии с классификатором условий оказания МП V006 |
|  | EXTR | Направление (госпитализация) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL/EXTR | У | N(2) | 1 – плановая;  2 – экстренная. |
|  | MCOD | МО прикрепления по срезу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL/MCOD | У | T(6) | Код МО прикрепления пациента на 1 число отчетного месяца (по срезу в ИС "ПН").  Заполняется в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Чувашской Республики (размещен на сайте ТФОМС ЧР).  Заполняется для случаев по подушевому финансированию (флаг "ПФА") и при оказании внешних |
| **Региональные элементы в случае** | | | | | | |
| REG21\_SL | MSGUID | Уникальный идентификационный номер случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/MSGUID | О | T(36) |  |
|  | PROFIL\_TS | Профиль в соответствии с Тарифным соглашением | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/PROFIL\_TC | О | N(3) | Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | C\_AMB | Цель посещения амбулаторной медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/C\_AMB | У | N(1) | Заполняется для случаев оказания амбулаторной МП:  0 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеваниями;  1 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактической целью (включая медицинский осмотр, диспансеризацию определенных групп, комплексный медицинский осмотр);  2 – МП в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с другими обстоятельствами;  3 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с консультативной целью;  4 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с реабилитационной целью;  5 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с целью патронажа;  6 – диспансерное наблюдение по заболеванию;  7 – МП в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеваниями в неотложной форме. |
|  | TARIF\_BAS | Сумма к оплате по базовому тарифу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/TARIF\_BAS | О | N(15.2) | Заполняется без учета коэффициентов индексации Тарифов. |
|  | MP\_PO | Оказание МП в приемном отделении | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/MP\_PO | О | N(1) | 1 – да;  0 – нет. |
|  | COD\_LEVEL | Уровень оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/SL/COD\_LEVEL | О | N(1) | 1 – I уровень (муниципальный);  2 – II уровень (межрайонный);  3 – III уровень (клинический). |
|  | COD\_LVL | Подуровень оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_LVL | У | N(1) | Заполняется для случаев   - оказания стационарной МП и помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по III (клиническому)  и II (межрайонному) уровням;  - оказания МП в амбулаторных условиях по II(межрайонному) уровню кроме лабораторных  исследований и диагностических услуг.  1 – подуровень 1;  2 – подуровень 2;  3 – подуровень 3. |
|  | FL | Флаги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/FL | У | T(30) | Разделитель — символ «;» (точка с запятой). Заполняется в соответствии с приложением 7 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | COD\_VD | Код врачебной должности (среднего мед. персонала) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_VD | У | T(6) | Заполняется в соответствии с приложением 8 к регламенту взаимодействия участников ОМС для случаев оказания амбулаторной МП. |
|  | COD\_ZS | Код законченного случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_ZS | О | T(3) | Заполняется в соответствии с приложениями 4,5,6 к регламенту взаимодействия участников ОМС (дополняется нулями слева). |
|  | V\_SMP | Виды бригад скорой медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/V\_SMP | У | N(2) | Заполняется в соответствии с приложением 9 к регламенту взаимодействия участников ОМС для случаев оказания СМП |
|  | TROMB | Проведение тромболизиса | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/TROMB | У | N(1) | Заполняется для случаев оказания СМП (USL\_Ok=4) и помощи в cтационаре (USL-OK=1).  1 – да;  0 – нет. |
|  | CALL\_TYPE | Вид вызова для СМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/CALL\_TYPE | У | N(1) | Заполняется для случаев оказания СМП.  1 – экстренный;  2 – неотложный;  3 – по поводу перевозки. |
|  | V\_ABORT | Вид аборта | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/V\_ABORT | У | N(1) | Заполняется для случаев стационара и дневного стационара.  1 – самопроизвольный;  2 – медицинский легальный (<12 недель);  3 – по медицинским показаниям;  4 – по социальным показаниям (12-21 недель);  5 – криминальный;  6 – неуточненный. |
|  | CAUSE\_ABORT | Причина аборта | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/CAUSE\_ABORT | У | N(1) | Заполняется в случае заполнения вида аборта «По медицинским показаниям».  1 – аномалия развития плода;  2 – угроза здоровью женщины. |
|  | REG21\_LP | Сведения примененных лекарственных препаратах о | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP | УМ | S | Описывает лекарственные препараты, примененные в рамках данного случая. |
| **Сведения о примененных лекарственных препаратах** | | | | | | |
| REG21\_LP | IDSERV | Номер записи в реестре услуг | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/IDSERV | О | N(8) |  |
|  | C\_MNN | Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (МНН) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/C\_MNN | О | Т(500) | Латинское или русское международное непатентованное наименование лекарственного препарата |
|  | C\_TRN | Торговое наименование лекарственного препарата (ТН) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/C\_TRN | О | Т(500) | Латинское или русское торговое наименование лекарственного препарата |
|  | C\_DLS | Единица измерения дозировки | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/C\_DLS | О | T(50) | Наименование единицы измерения дозировки |
|  | C\_KD | Курсовая доза | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/C\_KD | О | N(15.2) |  |
|  | COMENTM | Служебное поле | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/COMENT | У | T(250) |  |
| **Региональные элементы в услуге** | | | | | | |
| REG21\_USL | PROFIL\_TS | Профиль в соответствии с Тарифным соглашением | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL /PROFIL\_TS | О | N(3) | Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | FL\_DENT | Формула зуба | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL /FL\_DENT | У | T(2) | Заполняется при оказании стоматологической помощи. |
| **Региональные элементы в санкции** | | | | | | |
| REG21\_SANK | MSGUID | Уникальный идентификационный номер случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/REG21\_SANK/MSGUID | ОМ | T(36) | Уникальный идентификационный номер случая |

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

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

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

TPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где:

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

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

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

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

Структура файла приведена в таблице Д.2.

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

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

Правила заполнения элементов реестра счета, включая тип и формат элемента, при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи приведены в **справочнике Q018.**

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

| **Код элемента** | **Имя элемента** | **Наименование элемента** | **Идентификатор элемента в справочнике Q018** | **Тип** | **Фор-мат** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | Заголовок файла | ZL\_LIST/ZGLV | О | S | Информация о передаваемом файле |
|  | SCHET | Счёт | ZL\_LIST/SCHET | О | S | Информация о счете |
|  | ZAP | Записи | ZL\_LIST/ZAP | ОМ | S | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | Версия взаимодействия | ZL\_LIST/ZGLV/VERSION | О | T(5) | Текущей редакции соответствует значение «3.1.7». |
|  | DATA | Дата | ZL\_LIST/ZGLV/DATA | О | D | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | Имя файла | ZL\_LIST/ZGLV/FILENAME | О | T(26) | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | Количество записей в файле | ZL\_LIST/ZGLV/SD\_Z | О | N(9) | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| **Счёт** | | | | | | |
| SCHET | CODE | Код записи счета | ZL\_LIST/SCHET/CODE | О | N(8) | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | CODE\_MO | Реестровый номер медицинской организации | ZL\_LIST/SCHET/CODE\_MO | О | T(6) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. |
|  | YEAR | Отчетный год | ZL\_LIST/SCHET/YEAR | О | N(4) |  |
|  | MONTH | Отчетный месяц | ZL\_LIST/SCHET/MONTH | О | N(2) | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | NSCHET | Номер счёта | ZL\_LIST/SCHET/NSCHET | О | T(15) |  |
|  | DSCHET | Дата выставления счёта | ZL\_LIST/SCHET/DSCHET | О | D | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | Плательщик. Реестровый номер СМО. | ZL\_LIST/SCHET/PLAT | У | T(5) | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | Сумма, выставленная МО на оплату | ZL\_LIST/SCHET/SUMMAV | О | N(15.2) |  |
|  | COMENTS | Служебное поле к счету | ZL\_LIST/SCHET/COMENTS | У | T(250) |  |
|  | SUMMAP | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | ZL\_LIST/SCHET/SUMMAP | У | N(15.2) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEK | Финансовые санкции (МЭК) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_MEK | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
|  | SANK\_MEE | Финансовые санкции (МЭЭ) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_MEE | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
|  | SANK\_EKMP | Финансовые санкции (ЭКМП) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
| **Записи** | | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | Номер позиции записи | ZL\_LIST/ZAP/N\_ZAP | О | N(8) | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | Признак исправленной записи | ZL\_LIST/ZAP/PR\_NOV | О | N(1) | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;  1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | Сведения о пациенте | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT | О | S |  |
|  | Z\_SL | Сведения о законченном случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL | О | S | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | Код записи о пациенте | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/ID\_PAC | О | T(36) | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/VPOLIS | О | N(1) | Заполняется в соответствии с F008. |
|  | SPOLIS | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS | У | T(10) |  |
|  | NPOLIS | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/NPOLIS | О | T(20) | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | ST\_OKATO | Регион страхования | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/ST\_OKATO | У | T(5) | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | Реестровый номер СМО. | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO | У | T(5) | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SMO\_OGRN | ОГРН СМО | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_OGRN | У | T(15) | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_OK | ОКАТО территории страхования | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_OK | У | T(5) | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_NAM | Наименование СМО | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_NAM | У | T(100) | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. |
|  | MSE | Направление на МСЭ | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/MSE | У | N(1) | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. |
|  | NOVOR | Признак новорождённого | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/NOVOR | О | T(9) | 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;ДД – день рождения;ММ – месяц рождения;ГГ – последние две цифры года рождения;Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | VNOV\_D | Вес при рождении | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/VNOV\_D | У | N(4) | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | Номер записи в реестре случаев | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/IDCASE | О | N(11) | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | USL\_OK | Условия оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/USL\_OK | О | N(2) | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006). |
|  | VIDPOM | Вид медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/VIDPOM | О | N(4) | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008. |
|  | FOR\_POM | Форма оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/FOR\_POM | О | N(1) | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 |
|  | NPR\_MO | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/NPR\_MO | У | T(6) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оказания:1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2);3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  | NPR\_DATE | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/NPR\_DATE | У | D | Заполняется на основании направления на лечение. Заполнение обязательно в случаях оказания:1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2)3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  | LPU | Код МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/LPU | О | T(6) | МО лечения, указывается в соответствии со справочником F003. |
|  | DATE\_Z\_1 | Дата начала лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/DATE\_Z\_1 | О | D |  |
|  | DATE\_Z\_2 | Дата окончания лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/DATE\_Z\_2 | О | D |  |
|  | KD\_Z | Продолжительность гопитализации (койко-дни/пациенто-дни) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/KD\_Z | О | N(3) |  |
|  | VNOV\_M | Вес при рождении | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/VNOV\_M | УM | N(4) | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | RSLT | Результат обращения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/RSLT | О | N(3) | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009). |
|  | ISHOD | Исход заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ISHOD | О | N(3) | Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012). |
|  | OS\_SLUCH | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/OS\_SLUCH | НМ | N(1) | 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 | Сведения о случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL | ОМ | S |  |
|  | IDSP | Код способа оплаты медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/IDSP | О | N(2) | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | SUMV | Сумма, выставленная к оплате | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SUMV | О | N(15.2) | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение. |
|  | OPLATA | Тип оплаты | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/OPLATA | У | N(1) | Оплата случая оказания медпомощи:0 – не принято решение об оплате1 – полная;2 – полный отказ;3 – частичный отказ. |
|  | SUMP | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SUMP | У | N(15.2) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | SANK | Сведения о санкциях | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK | УМ | S | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
|  | SANK\_IT | Сумма санкций по законченному случаю | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK\_IT | У | N(15.2) | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK. |
|  | REG21\_Z\_SL | Региональные элементы в законченном случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL | У | S |  |
| **Сведения о случае** | | | | | | |
| SL | SL\_ID | Идентификатор | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/SL\_ID | О | T(36) | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | VID\_HMP | Вид высокотехнологичной медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/VID\_HMP | О | T(12) | Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 |
|  | METOD\_HMP | Метод высокотехнологичной медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ METOD\_HMP | О | N(3) | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 |
|  | LPU\_1 | Подразделение МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО лечения в соответствии с региональным справочником |
|  | PODR | Код отделения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/PODR | У | N(12) | Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником |
|  | PROFIL | Профиль медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/PROFIL | О | N(3) | Классификатор V002. |
|  | PROFIL\_K | Профиль койки | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/PROFIL\_K | О | N(3) | Классификатор V020. |
|  | DET | Признак детского профиля | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DET | О | N(1) | 0-нет, 1-да.Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | TAL\_D | Дата выдачи талона на ВМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/TAL\_D | О | D | Заполняется на основании талона на ВМП |
|  | TAL\_NUM | Номер талона на ВМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/TAL\_NUM | О | T(20) | Заполняется на основании талона на ВМП |
|  | TAL\_P | Дата планируемой госпитализации | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/TAL\_P | О | D | Заполняется на основании талона на ВМП |
|  | NHISTORY | Номер истории болезни | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NHISTORY | О | T(50) |  |
|  | DATE\_1 | Дата начала лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DATE\_1 | О | D |  |
|  | DATE\_2 | Дата окончания лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DATE\_2 | О | D |  |
|  | DS0 | Диагноз первичный | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS0 | Н | T(10) | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии |
|  | DS1 | Диагноз основной | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS1 | О | T(10) | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. |
|  | DS2 | Диагноз сопутствующего заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS2 | УМ | T(10) | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | DS3 | Диагноз осложнения заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS3 | УМ | T(10) | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | C\_ZAB | Характер основного заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/C\_ZAB | У | N(1) | Классификатор характера заболевания V027.Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97). |
|  | DS\_ONK | Признак подозрения на злокачественное новообразование | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS\_ONK | О | N(1) | Заполняется значениями:0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование;1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
|  | CODE\_MES1 | Код стандарта медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ CODE\_MES1 | УМ | T(20) | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ CODE\_MES2 | У | T(20) | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | NAPR | Сведения об оформлении направления | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ NAPR | УМ | S | Заполняется в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97).При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит. |
|  | CONS | Сведения о проведении консилиума | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/CONS | УМ | S | Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения.Обязательно к заполнению при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97).При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит. |
|  | ONK\_SL | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL | У | S | 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) |
|  | PRVS | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/PRVS | О | N(4) | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А, V021). |
|  | VERS\_SPEC | Код классификатора медицинских специальностей | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/VERS\_SPEC | О | T(4) | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей, например «V021». |
|  | IDDOKT | Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/IDDOKT | О | T(25) | Территориальный справочник |
|  | ED\_COL | Количество единиц оплаты медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ED\_COL | У | N(5.2) |  |
|  | TARIF | Тариф | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/TARIF | У | N(15.2) | 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 | Стоимость случая, выставленная к оплате | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/SUM\_M | О | N(15.2) |  |
|  | USL | Сведения об услуге | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL | УМ | S | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии |
|  | COMENTSL | Служебное поле | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ COMENTSL | У | T(250) |  |
|  | REG21\_SL | Региональные элементы в случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL | О | S |  |
| **Сведения об оформлении направления** | | | | | | |
| NAPR | NAPR\_DATE | Дата направления | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ NAPR/NAPR\_DATE | О | D |  |
|  | NAPR\_MO | Код МО, куда оформлено направление | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ NAPR/NAPR\_MO | У | T(6) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО |
|  | NAPR\_V | Вид направления | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ NAPR/NAPR\_V | О | N(2) | Классификатор видов направления V028 |
|  | MET\_ISSL | Метод диагностического исследования | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ NAPR/MET\_ISSL | У | N(2) | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 |
|  | NAPR\_USL | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ NAPR/NAPR\_USL | У | T(15) | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL |
| **Сведения о проведении консилиума** | | | | | | |
| CONS | PR\_CONS | Цель проведения консилиума | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/CONS/PR\_CONS | О | N(1) | Классификатор целей консилиума N019 |
|  | DT\_CONS | Дата проведения консилиума | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/CONS/DT\_CONS | У | D | Обязательно заполнению, если консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}) |
| **Сведения о случае лечения онкологического заболевания** | | | | | | |
| ONK\_SL | DS1\_T | Повод обращения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/DS1\_T | О | N(2) | Классификатор поводов обращения N018 |
|  | STAD | Стадия заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/STAD | У | N(3) | Заполняется в соответствии со справочником N002.Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения (DS1\_T={0,1,2}). |
|  | ONK\_T | Значение Tumor | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_T | У | N(4) | Заполняется в соответствии со справочником N003.Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_N | Значение Nodus | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_N | У | N(4) | Заполняется в соответствии со справочником N004.Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_M | Значение Metastasis | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_M | У | N(4) | Заполняется в соответствии со справочником N005.Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | MTSTZ | Признак выявления отдалённых метастазов | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/MTSTZ | У | N(1) | Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2). При выявлении отдалённых метастазов обязательно к заполнению значением 1 |
|  | SOD | Суммарная очаговая доза | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/SOD | У | N(4.2) | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4).Может принимать значение «0». |
|  | K\_FR | Количество фракций проведения лучевой терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/K\_FR | У | N(2) | Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4).Может принимать значение «0». |
|  | WEI | Масса тела (кг) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/WEI | У | N(3.1) | 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 | Рост (см) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/HEI | У | N(3) | 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 | Площадь поверхности тела (м2) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ BSA | У | N(1.2) | 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 | Диагностический блок | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG | УМ | S | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах |
|  | B\_PROT | Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_PROT | УМ | S | Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения |
|  | ONK\_USL | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ ONK\_USL | ОМ | S |  |
| **Диагностический блок** | | | | | | |
| B\_DIAG | DIAG\_DATE | Дата взятия материала | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG/DIAG\_DATE | О | D | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. |
|  | DIAG\_TIP | Тип диагностического показателя | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG/DIAG\_TIP | О | N(1) | Заполняется значениями:1 – гистологический признак;2 – маркёр (ИГХ). |
|  | DIAG\_CODE | Код диагностического показателя | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG/DIAG\_CODE | О | N(3) | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007. При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010. |
|  | DIAG\_RSLT | Код результата диагностики | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG/DIAG\_RSLT | У | N(3) | Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC\_RSLT =1).При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008. При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011. |
|  | REC\_RSLT | Признак получения результата диагностики | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG/REC\_RSLT | У | N(1) | Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики |
| **Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах** | | | | | | |
| B\_PROT | PROT | Код противопоказания или отказа | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_PROT/PROT | О | N(1) | Заполняется в соответствии со справочником N001. |
|  | D\_PROT | Дата регистрации противопоказания или отказа | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_PROT/D\_PROT | О | D |  |
| **Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания** | | | | | | |
| ONK\_USL | USL\_TIP | Тип услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/USL\_TIP | О | N(1) | Заполняется в соответствии со справочником N013. |
|  | HIR\_TIP | Тип хирургического лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/HIR\_TIP | У | N(1) | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014.Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1. |
|  | LEK\_TIP\_L | Линия лекарственной терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_TIP\_L | У | N(1) | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015.Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_TIP\_V | Цикл лекарственной терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_TIP\_V | У | N(1) | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016.Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_PR | Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_PR | УМ | S | Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4 |
|  | PPTR | Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/PPTR | У | N(1) | Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала |
|  | LUCH\_TIP | Тип лучевой терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LUCH\_TIP | У | N(1) | При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017.Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4 |
| **Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате** | | | | | | |
| LEK\_PR | REGNUM | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ ONK\_USL/LEK\_PR/REGNUM | О | T(6) | Заполняется в соответствии с классификатором N020 |
|  | CODE\_SH | Код схемы лекарственной терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_PR/CODE\_SH | О | T(10) | Заполняется: 1. кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024 при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше; 2. значением «нет» при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет, и злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей |
|  | DATE\_INJ | Дата введения лекарственного препарата | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_PR/DATE\_INJ | ОМ | D |  |
| **Сведения об услуге** | | | | | | |
| USL | IDSERV | Номер записи в реестре услуг | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/IDSERV | О | T(36) | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | Код МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/LPU | О | T(6) | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | LPU\_1 | Подразделение МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PODR | Код отделения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/PODR | У | N(12) | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFIL | Профиль медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/PROFIL | О | N(3) | Классификатор V002. |
|  | VID\_VME | Вид медицинского вмешательства | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/VID\_VME | У | T(15) | Указывается код метода ВМП в соответствии с V019. Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP={1,3,4}) |
|  | DET | Признак детского профиля | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DET | О | N(1) | 0-нет, 1-да.Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | DATE\_IN | Дата начала оказания услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DATE\_IN | О | D |  |
|  | DATE\_OUT | Дата окончания оказания услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DATE\_OUT | О | D |  |
|  | DS | Диагноз | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DS | О | T(10) | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | CODE\_USL | Код услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/CODE\_USL | О | T(20) | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг |
|  | KOL\_USL | Количество услуг (кратность услуги) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/KOL\_USL | О | N(6.2) |  |
|  | TARIF | Тариф | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/TARIF | У | N(15.2) |  |
|  | SUMV\_USL | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/SUMV\_USL | О | N(15.2) | Может принимать значение 0 |
|  | PRVS | Специальность медработника, выполнившего услугу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/PRVS | О | N(4) | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А, V021). |
|  | CODE\_MD | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/CODE\_MD | О | T(25) | В соответствии с территориальным справочником |
|  | COMENTU | Служебное поле | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/COMENTU | У | T(250) |  |
|  | REG21\_USL | Региональные элементы в услуге | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL | О | S |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | |
| SANK | S\_CODE | Идентификатор санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_CODE | О | T(36) | Уникален в пределах законченного случая. |
|  | S\_SUM | Сумма финансовой санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_SUM | О | N(15.2) | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | Код вида контроля | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_TIP | О | N(2) | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, Приложение А |
|  | SL\_ID | Идентификатор случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/SL\_ID | УМ | T(36) | 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 | Код причины отказа (частичной) оплаты | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_OSN | У | N(3) | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/DATE\_ACT | О | D |  |
|  | NUM\_ACT | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/NUM\_ACT | О | T(30) |  |
|  | CODE\_EXP | Код эксперта качества медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/CODE\_EXP | УМ | T(8) | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | S\_COM | Комментарий | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_COM | У | T(250) | Комментарий к санкции. |
|  | S\_IST | Источник | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_IST | О | N(1) | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |
|  | REG21\_SANK | Региональные элементы в санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/REG21\_SANK | О | S |  |
| **Региональные элементы в законченном случае** | | | | | | |
| REG21\_Z\_SL | EXTR | Направление (госпитализация) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL/EXTR | У | N(2) | 1 – плановая;  2 – экстренная. |
| **Региональные элементы в случае** | | | | | | |
| REG21\_SL | MSGUID | Уникальный идентификационный номер случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/MSGUID | О | T(36) |  |
|  | PROFIL\_TS | Профиль в соответствии с Тарифным соглашением | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/PROFIL\_TC | О | N(3) | Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | TARIF\_BAS | Сумма к оплате по базовому тарифу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/TARIF\_BAS | О | N(15.2) | Заполняется без учета коэффициентов индексации Тарифов. |
|  | MP\_PO | Оказание МП в приемном отделении | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/MP\_PO | О | N(1) | 1 – да;  0 – нет. |
|  | COD\_LEVEL | Уровень оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/SL/COD\_LEVEL | О | N(1) | 1 – I уровень (муниципальный);  2 – II уровень (межрайонный);  3 – III уровень (клинический). |
|  | COD\_LVL | Подуровень оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_LVL | У | N(1) | Заполняется для случаев   - оказания стационарной МП и помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по III (клиническому)  и II (межрайонному) уровням;  - оказания МП в амбулаторных условиях по II(межрайонному) уровню кроме лабораторных  исследований и диагностических услуг.  1 – подуровень 1;  2 – подуровень 2;  3 – подуровень 3. |
|  | FL | Флаги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/FL | У | T(30) | Разделитель — символ «;» (точка с запятой). Заполняется в соответствии с приложением 7 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | COD\_ZS | Код законченного случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_ZS | О | T(3) | Заполняется в соответствии с приложениями 4,5,6 к регламенту взаимодействия участников ОМС (дополняется нулями слева). |
|  | TROMB | Проведение тромболизиса | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/TROMB | У | N(1) | Заполняется для случаев оказания СМП (USL\_Ok=4) и помощи в cтационаре (USL-OK=1).  1 – да;  0 – нет. |
|  | V\_ABORT | Вид аборта | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/V\_ABORT | У | N(1) | Заполняется для случаев стационара и дневного стационара.  1 – самопроизвольный;  2 – медицинский легальный (<12 недель);  3 – по медицинским показаниям;  4 – по социальным показаниям (12-21 недель);  5 – криминальный;  6 – неуточненный. |
|  | CAUSE\_ABORT | Причина аборта | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/CAUSE\_ABORT | У | N(1) | Заполняется в случае заполнения вида аборта «По медицинским показаниям».  1 – аномалия развития плода;  2 – угроза здоровью женщины. |
|  | REG21\_LP | Сведения о примененных лекарственных препаратах | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP |  |  | Описывает лекарственные препараты, примененные в рамках данного случая. |
| **Сведения о примененных лекарственных препаратах** | | | | | | |
| REG21\_LP | IDSERV | Номер записи в реестре услуг | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/IDSERV | О | N(8) |  |
|  | C\_MNN | Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (МНН) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/C\_MNN | О | Т(500) | Латинское или русское международное непатентованное наименование лекарственного препарата |
|  | C\_TRN | Торговое наименование лекарственного препарата (ТН) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/C\_TRN | О | Т(500) | Латинское или русское торговое наименование лекарственного препарата |
|  | C\_DLS | Единица измерения дозировки | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/C\_DLS | О | T(50) | Наименование единицы измерения дозировки |
|  | C\_KD | Курсовая доза | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/C\_KD | О | N(15.2) |  |
|  | COMENTM | Служебное поле | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/REG21\_LP/COMENTM | У | T(250) |  |
| **Региональные элементы в услуге** | | | | | | |
| REG21\_USL | PROFIL\_TS | Профиль в соответствии с Тарифным соглашением | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL /PROFIL\_TS | О | N(3) | Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
| **Региональные элементы в санкции** | | | | | | |
| REG21\_SANK | MSGUID | Уникальный идентификационный номер случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/REG21\_SANK/MSGUID | ОM | T(36) | Уникальный идентификационный номер случая |

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

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

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

ХPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где:

1. X – одна из констант, обозначающая передаваемые данные:
   1. DP - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
   2. DV - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
   3. DO - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических осмотров взрослого населения;
   4. 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;
   5. 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;
   6. DF - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;
2. Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:
   1. T – ТФОМС;
   2. S – СМО;
   3. M – МО.
3. Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
4. Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:
   1. T – ТФОМС;
   2. S – СМО;
   3. M – МО.
5. Np – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
6. YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.
7. MM – порядковый номер месяца отчетного периода:
8. N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

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

1. соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;
2. возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;
3. наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;
4. 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; |

Правила заполнения элементов реестра счета, включая тип и формат элемента, при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи приведены в **справочнике Q018.**

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

| Код элемента | **Имя элемента** | **Наименование элемента** | **Идентификатор элемента в справочнике Q018** | **Тип** | **Формат** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | Заголовок файла | ZL\_LIST/ZGLV | О | S | Информация о передаваемом файле |
|  | SCHET | Счёт | ZL\_LIST/SCHET | О | S | Информация о счёте |
|  | ZAP | Записи | ZL\_LIST/ZAP | ОМ | S | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | Версия взаимодействия | ZL\_LIST/ZGLV/VERSION | О | T(5) | Текущей редакции соответствует значение «3.1.7». |
|  | DATA | Дата | ZL\_LIST/ZGLV/DATA | О | D | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | Имя файла | ZL\_LIST/ZGLV/FILENAME | О | T(26) | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | Количество случаев | ZL\_LIST/ZGLV/SD\_Z | О | N(9) | Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| **Счёт** | | | | | | | |
| SCHET | CODE | Код записи счета | ZL\_LIST/SCHET/CODE | О | N(8) | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | CODE\_MO | Реестровый номер медицинской организации | ZL\_LIST/SCHET/CODE\_MO | О | T(6) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. |
|  | YEAR | Отчетный год | ZL\_LIST/SCHET/YEAR | О | N(4) |  |
|  | MONTH | Отчетный месяц | ZL\_LIST/SCHET/MONTH | О | N(2) | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | NSCHET | Номер счёта | ZL\_LIST/SCHET/NSCHET | О | T(15) |  |
|  | DSCHET | Дата выставления счёта | ZL\_LIST/SCHET/DSCHET | О | D | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | Плательщик. Реестровый номер СМО. | ZL\_LIST/SCHET/PLAT | У | T(5) | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | Сумма счета, выставленная МО на оплату | ZL\_LIST/SCHET/SUMMAV | О | N(15.2) |  |
|  | COMENTS | Служебное поле к счету | ZL\_LIST/SCHET/COMENTS | У | T(250) |  |
|  | SUMMAP | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | ZL\_LIST/SCHET/SUMMAP | У | N(15.2) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEK | Финансовые санкции (МЭК) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_MEK | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
|  | SANK\_MEE | Финансовые санкции (МЭЭ) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_MEE | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
|  | SANK\_EKMP | Финансовые санкции (ЭКМП) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
|  | DISP | Тип диспансеризации | ZL\_LIST/SCHET/ DISP | О | T(3) | Классификатор типов диспансеризации V016 |
| **Записи** | | | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | Номер позиции записи | ZL\_LIST/ZAP/N\_ZAP | О | N(8) | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | Признак исправленной записи | ZL\_LIST/ZAP/PR\_NOV | О | N(1) | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые;1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | Сведения о пациенте | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT | О | S |  |
|  | Z\_SL | Сведения о законченном случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL | О | S | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| **Сведения о пациенте** | | | | | | | |
| PACIENT | ID\_PAC | Код записи о пациенте | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/ID\_PAC | О | T(36) | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента.Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/VPOLIS | О | N(1) | Заполняется в соответствии с F008. |
|  | SPOLIS | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS | У | T(10) |  |
|  | NPOLIS | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/NPOLIS | О | T(20) | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | ST\_OKATO | Регион страхования | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/ST\_OKATO | У | T(5) | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | Реестровый номер СМО. | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO | У | T(5) | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SMO\_OGRN | ОГРН СМО | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_OGRN | У | T(15) | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_OK | ОКАТО территории страхования | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_OK | У | T(5) | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_NAM | Наименование СМО | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_NAM | У | T(100) | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. |
|  | NOVOR | Признак новорождённого | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/NOVOR | О | T(9) | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005;ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | REG21\_PACIENT | Региональные элементы в законченном случае | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT | У | S |  |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | Номер записи в реестре случаев | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/IDCASE | О | N(11) | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | VIDPOM | Вид медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/VIDPOM | О | N(4) | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008. |
|  | LPU | Код МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/LPU | О | T(6) | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | VBR | Признак мобильной медицинской бригады | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ | О | N(1) | Обязатльно для заполнения при диспансеризации. 0 – нет;1 – да. |
|  | DATE\_Z\_1 | Дата начала лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/DATE\_Z\_1 | О | D |  |
|  | DATE\_Z\_2 | Дата окончания лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/DATE\_Z\_2 | О | D |  |
|  | P\_OTK | Признак отказа | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/P\_OTK | О | N(1) | Обязатльно для заполнения при диспансеризации. Значение по умолчанию: «0». В случае отказа указывается значение «1». |
|  | RSLT\_D | Результат диспансеризации | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/RSLT\_D | О | N(2) | Заполняется для всех типов диспансеризации (профилактических медицинских осмотров). Классификатор результатов диспансеризации V017 |
|  | OS\_SLUCH | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/OS\_SLUCH | НМ | N(1) | 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 | Сведения о случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL | О | S |  |
|  | IDSP | Код способа оплаты медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/IDSP | О | N(2) | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | SUMV | Сумма, выставленная к оплате | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SUMV | О | N(15.2) | Равна значению SUM\_M вложенных элементов SL. |
|  | OPLATA | Тип оплаты | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/OPLATA | У | N(1) | Оплата случая оказания медпомощи:0 – не принято решение об оплате1 – полная;2 – полный отказ;3 – частичный отказ. |
|  | SUMP | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SUMP | У | N(15.2) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | SANK | Сведения о санкциях | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK | УМ | S | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
|  | SANK\_IT | Сумма санкций по законченному случаю | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK\_IT | У | N(15.2) | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK. |
|  | REG21\_Z\_SL | Региональные элементы в законченном случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL | У | S |  |
| **Сведения о случае** | | | | | | | |
| SL | SL\_ID | Идентификатор | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/SL\_ID | О | T(36) | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | LPU\_1 | Подразделение МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | NHISTORY | Номер карты | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NHISTORY | О | T(50) |  |
|  | DATE\_1 | Дата начала лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DATE\_1 | О | D | Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа. |
|  | DATE\_2 | Дата окончания лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DATE\_2 | О | D |  |
|  | DS1 | Диагноз основной | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS1 | О | T(10) | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. |
|  | DS1\_PR | Установлен впервые (основной) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS1\_PR | У | N(1) | Обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра |
|  | DS\_ONK | Признак подозрения на злокачественное новообразование | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS\_ONK | О | N(1) | Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
|  | PR\_D\_N | Диспансерное наблюдение | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/PR\_D\_N | О | N(1) | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению |
|  | DS2\_N | Сопутствующие заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS2\_N | УМ | S |  |
|  | NAZ | Назначения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAZ | УМ | S | Указывается отдельно для каждого назначения. |
|  | ED\_COL | Количество единиц оплаты медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ED\_COL | У | N(5.2) |  |
|  | TARIF | Тариф | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/TARIF | У | N(15.2) |  |
|  | SUM\_M | Сумма, выставленная к оплате | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/SUM\_M | О | N(15.2) |  |
|  | USL | Сведения об услуге | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL | УМ | S | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.Может не заполняться только в случае отказа от диспансеризации. |
|  | COMENTSL | Служебное поле | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/COMENTSL | У | T(250) |  |
|  | REG21\_SL | Региональные элементы в случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL | У | S |  |
| **Сопутствующие заболевания** | | | | | | | |
| DS2\_N | DS2 | Диагноз сопутствующего заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS2\_N/ DS2 | О | T(10) | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | DS2\_PR | Установлен впервые (сопутствующий) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS2\_N/ DS2\_PR | У | N(1) | Обязательно указывается «1», если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации/ профилактического медицинского осмотра |
|  | PR\_DS2\_N | Диспансерное наблюдение | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/DS2\_N/ PR\_DS2\_N | О | N(1) | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания: 1 - состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению. |
| **Назначения** | | | | | | | |
| NAZ | NAZ\_N | Номер по порядку | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAZ/ NAZ\_N | О  О | N(2) |  |
|  | NAZ\_R | Вид назначения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAZ/ | О  О | N(2) | 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 | Специальность врача | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAZ/ NAZ\_SP | У | N(4) | Заполняется, если в поле NAZ\_R проставлены коды 1 или 2. Классификатор V021. |
|  | NAZ\_V | Метод диагностического исследования | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAZ/ NAZ\_V | У | N(1) | Заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029, если NAZ\_R=3. |
|  | NAZ\_USL | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAZ/ NAZ\_USL | У | T(15) | 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 | Дата направления | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAZ/ NAPR\_DATE | У  У | D | 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 | Код МО, куда оформлено направление | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAZ/ NAPR\_MO | У | T(6) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ\_R={2,3} и DS\_ONK=1) |
|  | NAZ\_PMP | Профиль медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAZ/ NAZ\_PMP | У | N(3) | Заполняется, если в NAZ\_R проставлены коды 4 или 5. Классификатор V002. |
|  | NAZ\_PK | Профиль койки | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAZ/ NAZ\_PK | У | N(3) | Заполняется, если в NAZ\_R проставлен код 6.Классификатор V020. |
| **Сведения об услуге** | | | | | | | |
| USL | IDSERV | Номер записи в реестре услуг | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ IDSERV | О | T(36) | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | Код МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/LPU | О | T(6) | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | LPU\_1 | Подразделение МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | DATE\_IN | Дата начала оказания услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ DATE\_IN | О | D |  |
|  | DATE\_OUT | Дата окончания оказания услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ DATE\_OUT | О | D |  |
|  | P\_OTK | Признак отказа от услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ P\_OTK | О | N(1) | Значение по умолчанию: «0». В случае отказа указывается значение «1». |
|  | CODE\_USL | Код услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ CODE\_USL | О | T(20) | Территориальный классификатор услуг. |
|  | TARIF | Тариф | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ TARIF | У | N(15.2) |  |
|  | SUMV\_USL | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ SUMV\_USL | О | N(15.2) | Может принимать значение 0. |
|  | PRVS | Специальность медработника, выполнившего услугу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/PRVS | О | N(4) | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А, V021). |
|  | CODE\_MD | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ CODE\_MD | О | T(25) | В соответствии с территориальным справочником. |
|  | COMENTU | Служебное поле | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ COMENTU | У | T(250) |  |
|  | REG21\_USL | Региональные элементы в услуге | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL | У | S |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | | |
| SANK | S\_CODE | Идентификатор санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_CODE | О | T(36) |  |
|  | S\_SUM | Сумма финансовой санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_SUM | О | N(15.2) | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | Код вида контроля | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_TIP | О | N(2) | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, Приложение А |
|  | SL\_ID | Идентификатор случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/SL\_ID | УМ | T(36) | 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 | Код причины отказа (частичной) оплаты | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_OSN | У | N(3) | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/ DATE\_ACT | О | D |  |
|  | NUM\_ACT | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/ NUM\_ACT | О | T(30) |  |
|  | CODE\_EXP | Код эксперта качества медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/ CODE\_EXP | УМ | T(8) | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | S\_COM | Комментарий | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_COM | У | T(250) | Комментарий к санкции. |
|  | S\_IST | Источник | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_IST | О | N(1) | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |
|  | REG21\_SANK | Региональные элементы в санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/REG21\_SANK | О | S |  |
| **Региональные элементы в пациенте** | | | | | | |
| REG21\_PACIENT | SOC\_STATUS | Социальный статус | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SOC\_STATUS | У | N(3) | **Заполняется в соответствии с приложением 3 к регламенту взаимодействия участников ОМС для случаев диспансеризации.** |
| REG21\_PACIENT | CAT\_LGOT | Категория льгот | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/CAT\_LGOT | У | N(3) | **Заполняется в соответствии с приложением 3 к регламенту взаимодействия участников ОМС для случаев диспансеризации.** |
| **Региональные элементы в законченном случае** | | | | | | |
| REG21\_Z\_SL | B\_PROF\_DN | Признак проведения профосмотра в рамках диспансерного наблюдения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL/ B\_PROF\_DN | У | N(1) | Заполняется «1» для случаев профосмотра в рамках диспансерного наблюдения |
| **Региональные элементы в случае** | | | | | | |
| REG21\_SL | MSGUID | Уникальный идентификационный номер случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/MSGUID | О | T(36) |  |
|  | PROFIL\_TS | Профиль в соответствии с Тарифным соглашением | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/PROFIL\_TC | О | N(3) | Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | C\_AMB | Цель посещения амбулаторной медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/C\_AMB | У | N(1) | Заполняется для случаев оказания амбулаторной МП:  0 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеваниями;  1 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактической целью (включая медицинский осмотр, диспансеризацию определенных групп, комплексный медицинский осмотр);  2 – МП в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с другими обстоятельствами;  3 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с консультативной целью;  4 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с реабилитационной целью;  5 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с целью патронажа;  6 – диспансерное наблюдение по заболеванию;  7 – МП в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеваниями в неотложной форме. |
|  | TARIF\_BAS | Сумма к оплате по базовому тарифу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/TARIF\_BAS | О | N(15.2) | Заполняется без учета коэффициентов индексации Тарифов. |
|  | COD\_LEVEL | Уровень оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/SL/COD\_LEVEL | О | N(1) | 1 – I уровень (муниципальный);  2 – II уровень (межрайонный);  3 – III уровень (клинический). |
|  | COD\_LVL | Подуровень оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_LVL | У | N(1) | Заполняется для случаев   - оказания стационарной МП и помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по III (клиническому)  и II (межрайонному) уровням;  - оказания МП в амбулаторных условиях по II(межрайонному) уровню кроме лабораторных  исследований и диагностических услуг.  1 – подуровень 1;  2 – подуровень 2;  3 – подуровень 3. |
|  | FL | Флаги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/FL | У | T(30) | Разделитель — символ «;» (точка с запятой). Заполняется в соответствии с приложением 7 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | COD\_VD | Код врачебной должности (среднего мед. персонала) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_VD | У | T(6) | Заполняется в соответствии с приложением 8 к регламенту взаимодействия участников ОМС для случаев оказания амбулаторной МП. |
|  | COD\_ZS | Код законченного случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_ZS | О | T(3) | Заполняется в соответствии с приложениями 4,5,6 к регламенту взаимодействия участников ОМС (дополняется нулями слева). |
|  | CODE\_MO\_DOG | Код МО, с которым заключен договор на предоставление медицинских услуг | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/ CODE\_MO\_DOG | У | T(6) | Заполняется в соответствии с реестроммедицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Чувашской Республики (размещен на сайте ТФОМС ЧР). Заполняется для диспансеризации/профосмотра в случа, когда осмотр проводится врачом из другой МО. |
|  | RSLT\_DISP | Результат диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/ RSLT\_DISP | У | N(2) | Заполняется для всех типов диспансеризации (профилактических осмотров).  0 – диспансеризация (профилактический медицинский осмотр) не завершена;  1 – диспансеризация (профилактический осмотр) завершена  2 – отправлен на второй этап (только для 1-ого этапа) |
|  | GR\_HEALTH | Группа здоровья | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/ GR\_HEALTH | У | N(1) | Указывается номер группы здоровья по завершению диспансеризации (профилактических ммедицинских осмотро) (для 1-го этапа и в случае отправки пациента на 2-й этап). 1 – 1-я группа  2 – 2-я группа  3 – 3-я группа  4 – 4-я группа  5 – 3а группа  6 – 3б группа |
| **Региональные элементы в услуге** | | | | | | |
| REG21\_USL | PROFIL\_TS | Профиль в соответствии с Тарифным соглашением | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL /PROFIL\_TS | О | N(3) | Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | COND\_USL | Признак условий оказания услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL /COND\_USL | У | N(1) | Заполняется для всех типов диспансеризации (профилактических медицинских осмотров).  0 – услуга выпонена в рамках диспансеризации;  1 – услуга выполнена вне рамок диспансеризации;  2 – пациент отказался от услуги;  3 – смещение графика прохождения диспансеризации;  4 – услуга диспансеризации выполнена сверх объема профилактического медицинского осмотра |
| **Региональные элементы в санкции** | | | | | | | |
| REG21\_SANK | MSGUID | Уникальный идентификационный номер случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/REG21\_SANK/MSGUID | О | T(36) | Уникальный идентификационный номер случая |
|  |  |  |  |  |  |  |

## Д.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 (стационарная, стационарзамещающая помощь; амбулаторная медицинская помощь по профилям [60] Онкология, [18] Детская онкология, [25] Нейрохирургия, [12] Гематология; амбулаторная медицинская помощь, включающая лабораторные и диагностические исследования)

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

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

CPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где

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

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

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

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

Структура файла приведена в таблице Д.4.

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

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

Правила заполнения элементов реестра счета, включая тип и формат элемента, при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи приведены в **справочнике Q018.**

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

| **Код элемента** | **Имя элемента** | **Наименование элемента** | **Идентификатор элемента в справочнике Q018** | **Тип** | **Фор-мат** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | Заголовок файла | ZL\_LIST/ZGLV | О | S | Информация о передаваемом файле |
|  | SCHET | Счёт | ZL\_LIST/SCHET | О | S | Информация о счёте. |
|  | ZAP | Записи | ZL\_LIST/ZAP | ОМ | S | Записи о законченных случаях оказания медицинской помощи |
| **Заголовок файла** | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | Версия взаимодействия | ZL\_LIST/ZGLV/VERSION | О | T(5) | Текущей редакции соответствует значение «3.1.7». |
|  | DATA | Дата | ZL\_LIST/ZGLV/DATA | О | D | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | Имя файла | ZL\_LIST/ZGLV/FILENAME | О | T(26) | Имя файла без расширения. |
|  | SD\_Z | Количество записей в файле | ZL\_LIST/ZGLV/SD\_Z | О | N(9) | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| **Счёт** | | | | | | |
| SCHET | CODE | Код записи счета | ZL\_LIST/SCHET/CODE | О | N(8) | Уникальный код (например, порядковый номер). |
|  | CODE\_MO | Реестровый номер медицинской организации | ZL\_LIST/SCHET/CODE\_MO | О | T(6) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. |
|  | YEAR | Отчетный год | ZL\_LIST/SCHET/YEAR | О | N(4) |  |
|  | MONTH | Отчетный месяц | ZL\_LIST/SCHET/MONTH | О | N(2) | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | NSCHET | Номер счёта | ZL\_LIST/SCHET/NSCHET | О | T(15) |  |
|  | DSCHET | Дата выставления счёта | ZL\_LIST/SCHET/DSCHET | О | D | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | Плательщик. Реестровый номер СМО. | ZL\_LIST/SCHET/PLAT | У | T(5) | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SUMMAV | Сумма счета, выставленная МО на оплату | ZL\_LIST/SCHET/SUMMAV | О | N(15.2) |  |
|  | COMENTS | Служебное поле к счету | ZL\_LIST/SCHET/COMENTS | У | T(250) |  |
|  | SUMMAP | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | ZL\_LIST/SCHET/SUMMAP | У | N(15.2) | Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEK | Финансовые санкции (МЭК) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_MEK | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEE | Финансовые санкции (МЭЭ) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_MEE | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_EKMP | Финансовые санкции (ЭКМП) | ZL\_LIST/SCHET/SANK\_EKMP | У | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
| **Записи** | | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | Номер позиции записи | ZL\_LIST/ZAP/N\_ZAP | О | N(8) | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
|  | PR\_NOV | Признак исправленной записи | ZL\_LIST/ZAP/PR\_NOV | О | N(1) | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. |
|  | PACIENT | Сведения о пациенте | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT | О | S |  |
|  | Z\_SL | Сведения о законченном случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL | О | S | 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 | Код записи о пациенте | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/ID\_PAC | О | T(36) | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. |
|  | VPOLIS | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/VPOLIS | О | N(1) | Заполняется в соответствии с F008. |
|  | SPOLIS | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS | У | T(10) |  |
|  | NPOLIS | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/NPOLIS | О | T(20) | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | ST\_OKATO | Регион страхования | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/ST\_OKATO | У | T(5) | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | Реестровый номер СМО. | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO | У | T(5) | Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. |
|  | SMO\_OGRN | ОГРН СМО | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_OGRN | У | T(15) | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_OK | ОКАТО территории страхования | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_OK | У | T(5) | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
|  | SMO\_NAM | Наименование СМО | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/SMO\_NAM | У | T(100) | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. |
|  | INV | Группа инвалидности | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/INV | У | N(1) | 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 | Направление на МСЭ | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/MSE | У | N(1) | Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы. |
|  | NOVOR | Признак новорождённого | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/NOVOR | О | T(9) | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | VNOV\_D | Вес при рождении | ZL\_LIST/ZAP/PACIENT/VNOV\_D | У | N(4) | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | Номер записи в реестре законченных случаев | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ IDCASE | О | N(11) | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | USL\_OK | Условия оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ USL\_OK | О | N(2) | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006). |
|  | VIDPOM | Вид медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ VIDPOM | О | N(4) | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 |
|  | FOR\_POM | Форма оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ FOR\_POM | О | N(1) | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 |
|  | NPR\_MO | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ NPR\_MO | У | T(6) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2) 3. медицинской помощи при подозрении на ЗНО, или установленном основном диагнозе ЗНО (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 | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ NPR\_DATE | У | D | 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. МП при подозрении на ЗНО, или установленном основном диагнозе ЗНО (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 | Код МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ LPU | У | T(6) | Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
|  | DATE\_Z\_1 | Дата начала лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ DATE\_Z\_1 | О | D |  |
|  | DATE\_Z\_2 | Дата окончания лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ DATE\_Z\_2 | О | D |  |
|  | KD\_Z | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ KD\_Z | У | N(3) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
|  | VNOV\_M | Вес при рождении | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ VNOV\_M | УМ | N(4) | Указывается при оказании МП недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
|  | RSLT | Результат обращения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ RSLT | О | N(3) | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009). |
|  | ISHOD | Исход заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ ISHOD | О | N(3) | Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012). |
|  | OS\_SLUCH | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ OS\_SLUCH | НМ | N(1) | 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 | Признак внутрибольничного перевода | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ VB\_P | У | N(1) | Указывается«1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. |
|  | SL | Сведения о случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL | ОМ | S | Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях. |
|  | IDSP | Код способа оплаты медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ IDSP | О | N(2) | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
|  | SUMV | Сумма, выставленная к оплате | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ SUMV | О | N(15.2) | Равна сумме значений SUM\_M вложенных элементов SL |
|  | OPLATA | Тип оплаты | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ OPLATA | У | N(1) | Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ. |
|  | SUMP | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ SUMP | У | N(15.2) | Заполняется СМО (ТФОМС) |
|  | SANK | Сведения о санкциях | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK | УМ | S | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
|  | SANK\_IT | Сумма санкций по законченному случаю | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/ SANK\_IT | У | N(15.2) | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK. |
|  | REG21\_Z\_SL | Региональные элементы в законченном случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL | У | S |  |
| **Сведения о случае** | | | | | | |
| SL | SL\_ID | Идентификатор случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ SL\_ID | О | T(36) | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | LPU\_1 | Подразделение МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PODR | Код отделения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ PODR | У | N(12) | Отделение МО лечения из регионального справочника. |
|  | PROFIL | Профиль медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ PROFIL | О | N(3) | Классификатор V002. |
|  | PROFIL\_K | Профиль койки | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ PROFIL\_K | У | N(3) | Классификатор V020. Обязательно к заполнению для дневного и круглосуточного стационара (USL\_OK = 1 или USL\_OK = 2) |
|  | DET | Признак детского профиля | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ DET | О | N(1) | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | P\_CEL | Цель посещения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ P\_CEL | У | T(3) | Классификатор целей посещения V025. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL\_OK=3) |
|  | NHISTORY | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ NHISTORY | О | T(50) |  |
|  | P\_PER | Признак поступления/ перевода | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ P\_PER | У | N(1) | 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 | Дата начала лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ DATE\_1 | О | D |  |
|  | DATE\_2 | Дата окончания лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ DATE\_2 | О | D |  |
|  | KD | Продолжительность госпитализации (койко-дни/  пациенто-дни) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ KD | У | N(3) | Обязательно к заполнению для круглосуточного и дневного стационара (USL\_OK=1 или USL\_OK=2) |
|  | DS0 | Диагноз первичный | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ DS0 | Н | T(10) | 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 | Диагноз основной | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ DS1 | О | T(10) | 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 | Диагноз сопутствующего заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ DS2 | УМ | T(10) | 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 | Диагноз осложнения заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ DS3 | УМ | T(10) | 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 | Характер основного заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ C\_ZAB | У | N(1) | Классификатор характера заболевания V027. Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи |
|  | DS\_ONK | Признак подозрения на злокачественное новообразование | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ DS\_ONK | О | N(1) | Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
|  | DN | Диспансерное наблюдение | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ DN | У | N(1) | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 - взят, 4 - снят по причине выздоровления, 6- снят по другим причинам. Обязательно для заполнения, если P\_CEL=1.3 |
|  | CODE\_MES1 | Код стандарта медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ CODE\_MES1 | УМ | T(20) | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ CODE\_MES2 | У | T(20) | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | NAPR | Сведения об оформлении направления | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAPR | УМ | S | 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 | Сведения о проведении консилиума | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/CONS | УМ | S | 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 | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL | У | S | 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 | Сведения о КСГ/КПГ | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG | У | S | Заполняется при оплате случая лечения по КСГ или КПГ |
|  | REAB | Признак реабилитации | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ REAB | У | N(1) | Указывается значение «1» для случаев реабилитации |
|  | PRVS | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ PRVS | О | N(4) | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А V021). |
|  | VERS\_SPEC | Код классификатора медицинских специальностей | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ VERS\_SPEC | О | Т(4) | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей |
|  | IDDOKT | Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ IDDOKT | О | Т(25) | Региональный справочник |
|  | ED\_COL | Количество единиц оплаты медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ ED\_COL | У | N(5.2) |  |
|  | TARIF | Тариф | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ TARIF | У | N(15.2) | 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 | Стоимость случая, выставленная к оплате | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ SUM\_M | О | N(15.2) | Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг. |
|  | USL | Сведения об услуге | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL | УМ | S | 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 | Служебное поле | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ COMENTSL | У | T(250) |  |
|  | REG21\_SL | Региональные элементы в случае | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL | У | S |  |
| **Сведения об оформлении направления** | | | | | | |
| NAPR | NAPR\_DATE | Дата направления | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAPR/ NAPR\_DATE | О | D |  |
|  | NAPR\_MO | Код МО, куда оформлено направление | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAPR/NAPR\_MO | У | T(6) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО |
|  | NAPR\_V | Вид направления | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAPR/NAPR\_V | О | N(2) | Классификатор видов направления V028 |
|  | MET\_ISSL | Метод диагностического исследования | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAPR/MET\_ISSL | У | N(2) | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 |
|  | NAPR\_USL | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/NAPR/NAPR\_USL | У | T(15) | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL |
| **Сведения о проведении консилиума** | | | | | | |
| CONS | PR\_CONS | Цель проведения консилиума | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/CONS/ PR\_CONS | О | N(1) | Классификатор целей консилиума N019 |
|  | DT\_CONS | Дата проведения консилиума | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/CONS/ | У | D | Обязательно заполнению, если консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}) |
| **Сведения о случае лечения онкологического заболевания** | | | | | | |
| ONK\_SL | DS1\_T | Повод обращения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ | О | N(2) | Классификатор поводов обращения N018 |
|  | STAD | Стадия заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/STAD | У | N(3) | Заполняется в соответствии со справочником N002. Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1\_T={0,1,2,3,4}).Заполняется в соответствии со справочником N003. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_T | Значение Tumor | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_T | У | N(4) | Заполняется в соответствии со справочником N004. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_N | Значение Nodus | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_N | У | N(4) | Заполняется в соответствии со справочником N004. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_M | Значение Metastasis | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_M | У | N(4) | Заполняется в соответствии со справочником N005. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | MTSTZ | Признак выявления отдалённых метастазов | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/MTSTZ | У | N(1) | Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2). При выявлении отдалённых метастазов обязательно к заполнению значением 1 |
|  | SOD | Суммарная очаговая доза | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/SOD | У | N(4.2) | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4). Может принимать значение «0» |
|  | K\_FR | Количество фракций проведения лучевой терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/K\_FR | У | N(2) | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4). Может принимать значение «0» |
|  | WEI | Масса тела (кг) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/WEI | У | N(3.1) | 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 | Рост (см) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/HEI | У | N(3) | 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 | Площадь поверхности тела (м2) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/BSA | У | N(1.2) | 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 | Диагностический блок | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG | УМ | S | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах |
|  | B\_PROT | Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_PROT | УМ | S | Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения |
|  | ONK\_USL | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL | УМ | S | 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 | Дата взятия материала | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG/ DIAG\_DATE | О | D |  |
|  | DIAG\_TIP | Тип диагностического показателя | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG/ DIAG\_TIP | О | N(1) |  |
|  | DIAG\_CODE | Код диагностического показателя | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG/ DIAG\_CODE | О | N(3) |  |
|  | DIAG\_RSLT | Код результата диагностики | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG/ DIAG\_RSLT | У | N(3) |  |
|  | REC\_RSLT | Признак получения результата диагностики | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_DIAG/ REC\_RSLT | У | N(1) |  |
| **Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах** | | | | | | |
| B\_PROT | PROT | Код противопоказания или отказа | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_PROT/ PROT | О | N(1) | Заполняется в соответствии со справочником N001. |
|  | D\_PROT | Дата регистрации противопоказания или отказа | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/B\_PROT/ D\_PROT | О | D |  |
| **Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания** | | | | | | |
| ONK\_USL | USL\_TIP | Тип услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/ USL\_TIP | О | N(1) | Заполняется в соответствии со справочником N013. |
|  | HIR\_TIP | Тип хирургического лечения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/HIR\_TIP | У | N(1) | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1. |
|  | LEK\_TIP\_L | Линия лекарственной терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_TIP\_L | У | N(1) | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_TIP\_V | Цикл лекарственной терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_TIP\_V | У | N(1) | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_PR | Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_PR | УМ | S | Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4 |
|  | PPTR | Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/PPTR | У | N(1) | Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала |
|  | LUCH\_TIP | Тип лучевой терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LUCH\_TIP | У | N(1) | При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017. Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4 |
| **Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате** | | | | | | |
| LEK\_PR | REGNUM | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_PR/ REGNUM | О | T(6) | Заполняется в соответствии с классификатором N020 |
|  | CODE\_SH | Код схемы лекарственной терапии | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_PR/ REGNUM | О | T(10) | Заполняется : 1. кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024 при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше; 2. значением «нет» при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет, и злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей |
|  | DATE\_INJ | Дата введения лекарственного препарата | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/ONK\_SL/ONK\_USL/LEK\_PR/ DATE\_INJ | ОМ | D |  |
| **Сведения о КСГ/КПГ** | | | | | | |
| KSG\_ KPG | N\_KSG | Номер КСГ | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/N\_KSG | У | T(20) | 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 | Модель определения КСГ | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/VER\_KSG | О | N(4) | Указывается версия модели определения КСГ (год) |
|  | KSG\_PG | Признак использования подгруппы КСГ | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/KSG\_PG | О | N(1) | 0 – подгруппа КСГ не применялась; 1 – подгруппа КСГ применялась |
|  | N\_KPG | Номер КПГ | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/N\_KPG | У | T(4) | Номер КПГ (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПГ. Не подлежит заполнению при заполненном N\_KSG |
|  | KOEF\_Z | Коэффициент затратоемкости | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/KOEF\_Z | О | N(2.5) | Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПГ |
|  | KOEF\_UP | Управленческий коэффициент | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/KOEF\_UP | О | N(2.5) | Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПГ. При отсутствии указывается «1» |
|  | BZTSZ | Базовая ставка | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/BZTSZ | О | N(6.2) | Значение базовой ставки, указывается в рублях |
|  | KOEF\_D | Коэффициент дифференциации | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/KOEF\_D | О | N(2.5) | Значение коэффициента дифференциации |
|  | KOEF\_U | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/KOEF\_U | О | N(2.5) | Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи |
|  | CRIT | Классификационный критерий | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/CRIT | УМ | T(10) | 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 | Признак использования  КСЛП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/SL\_K | О | N(1) | 0 – КСЛП не применялся; 1 – КСЛП применялся |
|  | IT\_SL | Применённый коэффициент сложности лечения пациента | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/IT\_SL | У | N(1.5) | Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая. Указывается только при использовании. |
|  | SL\_KOEF | Коэффициенты сложности лечения пациента | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/SL\_KOEF | УМ | S | Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента. Указывается при наличии IT\_SL. |
| **Коэффициенты сложности лечения пациента** | | | | | | |
| SL\_KOEF | IDSL | Номер коэффициента сложности лечения пациента | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/SL\_KOEF/IDSL | О | N(4) | В соответствии с региональным справочником. |
|  | Z\_SL | Значение коэффициента сложности лечения пациента | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/KSG\_KPG/SL\_KOEF/Z\_SL | О | N(1.5) |  |
| **Сведения об услуге** | | | | | | |
| USL | IDSERV | Номер записи в реестре услуг | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/ IDSERV | О | Т(36) | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | Код МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/LPU | О | T(6) | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | LPU\_1 | Подразделение МО | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/LPU\_1 | У | T(8) | Подразделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PODR | Код отделения | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/PODR | У | N(12) | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFIL | Профиль медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/PROFIL | О | N(3) | Классификатор V002. |
|  | VID\_VME | Вид медицинского вмешательства | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/VID\_VME | У | T(15) | 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 | Признак детского профиля | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DET | О | N(1) | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
|  | DATE\_IN | Дата начала оказания услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DATE\_IN | О | D |  |
|  | DATE\_OUT | Дата окончания оказания услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DATE\_OUT | О | D |  |
|  | DS | Диагноз | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/DS | О | T(10) | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | CODE\_USL | Код услуги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/CODE\_USL | О | T(20) | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг. |
|  | KOL\_USL | Количество услуг (кратность услуги) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/KOL\_USL | О | N(6.2) |  |
|  | TARIF | Тариф | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/TARIF | У | N(15.2) |  |
|  | SUMV\_USL | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/SUMV\_USL | О | N(15.2) | Может принимать значение 0 |
|  | PRVS | Специальность медработника, выполнившего услугу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/PRVS | О | N(4) | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А V021). |
|  | CODE\_MD | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/CODE\_MD | О | T(25) | Заполняется в соответствии с территориальным справочником. |
|  | NPL | Неполный объём | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/NPL | У | N(1) | 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 | Служебное поле | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/COMENTU | У | T(250) |  |
|  | REG21\_USL | Региональные элементы в услуге | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL | О | S |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | | |
| SANK | S\_CODE | Идентификатор санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_CODE | О | T(36) |  |
|  | S\_SUM | Сумма финансовой санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_SUM | О | N(15.2) | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | Код вида контроля | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_TIP | О | N(2) | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, Приложение А |
|  | SL\_ID | Идентификатор случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/SL\_ID | УМ | T(36) | 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 | Код причины отказа (частичной) оплаты | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_OSN | У | N(3) | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/DATE\_ACT | О | D |  |
|  | NUM\_ACT | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/NUM\_ACT | О | T(30) |  |
|  | CODE\_EXP | Код эксперта качества медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/CODE\_EXP | УМ | T(8) | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | S\_COM | Комментарий | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/S\_COM | У | T(250) | Комментарий к санкции. |
|  | S\_IST | Источник | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/ S\_IST | О | N(1) | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |
|  | REG21\_SANK | Региональные элементы в санкции | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/REG21\_SANK | О | S |  |
| **Региональные элементы в законченном случае** | | | | | | |
| REG21\_Z\_SL | EXTR | Направление (госпитализация) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL/EXTR | У | N(2) | 1 – плановая;  2 – экстренная. |
|  | USL\_OK\_NPR | Условия оказания МП пациенту при направлении на лабораторное исследование в централизованную лабораторию | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/REG21\_Z\_SL/USL\_OK\_NPR | У | N(2) | Заполняется для лабораторного исследования, оказанного в централизованной лаборатории  в соответствии с классификатором условий оказания МП V006 |
| **Региональные элементы в случае** | | | | | | |
| REG21\_SL | MSGUID | Уникальный идентификационный номер случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/MSGUID | О | T(36) |  |
|  | PROFIL\_TS | Профиль в соответствии с Тарифным соглашением | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/PROFIL\_TC | О | N(3) | Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | C\_AMB | Цель посещения амбулаторной медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/C\_AMB | У | N(1) | Заполняется для случаев оказания амбулаторной МП:  0 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеваниями;  1 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактической целью (включая медицинский осмотр, диспансеризацию определенных групп, комплексный медицинский осмотр);  2 – МП в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с другими обстоятельствами;  3 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с консультативной целью;  4 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с реабилитационной целью;  5 - МП в амбулаторных условиях, оказываемая с целью патронажа;  6 – диспансерное наблюдение по заболеванию;  7 – МП в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеваниями в неотложной форме. |
|  | TARIF\_BAS | Сумма к оплате по базовому тарифу | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/TARIF\_BAS | О | N(15.2) | Заполняется без учета коэффициентов индексации Тарифов. |
|  | MP\_PO | Оказание МП в приемном отделении | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/MP\_PO | О | N(1) | 1 – да;  0 – нет. |
|  | COD\_LEVEL | Уровень оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/SL/COD\_LEVEL | О | N(1) | 1 – I уровень (муниципальный);  2 – II уровень (межрайонный);  3 – III уровень (клинический). |
|  | COD\_LVL | Подуровень оказания медицинской помощи | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_LVL | У | N(1) | Заполняется для случаев   - оказания стационарной МП и помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по III (клиническому)  и II (межрайонному) уровням;  - оказания МП в амбулаторных условиях по II(межрайонному) уровню кроме лабораторных  исследований и диагностических услуг.  1 – подуровень 1;  2 – подуровень 2;  3 – подуровень 3. |
|  | FL | Флаги | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/FL | У | T(30) | Разделитель — символ «;» (точка с запятой). Заполняется в соответствии с приложением 7 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | COD\_VD | Код врачебной должности (среднего мед. персонала) | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_VD | У | T(6) | Заполняется в соответствии с приложением 8 к регламенту взаимодействия участников ОМС для случаев оказания амбулаторной МП. |
|  | COD\_ZS | Код законченного случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/COD\_ZS | О | T(3) | Заполняется в соответствии с приложениями 4,5,6 к регламенту взаимодействия участников ОМС (дополняется нулями слева). |
|  | TROMB | Проведение тромболизиса | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/TROMB | У | N(1) | Заполняется для случаев оказания СМП (USL\_Ok=4) и помощи в cтационаре (USL-OK=1).  1 – да;  0 – нет. |
|  | V\_ABORT | Вид аборта | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/V\_ABORT | У | N(1) | Заполняется для случаев стационара и дневного стационара.  1 – самопроизвольный;  2 – медицинский легальный (<12 недель);  3 – по медицинским показаниям;  4 – по социальным показаниям (12-21 недель);  5 – криминальный;  6 – неуточненный. |
|  | CAUSE\_ABORT | Причина аборта | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/REG21\_SL/CAUSE\_ABORT | У | N(1) | Заполняется в случае заполнения вида аборта «По медицинским показаниям».  1 – аномалия развития плода;  2 – угроза здоровью женщины. |
| **Региональные элементы в услуге** | | | | | | |
| REG21\_USL | PROFIL\_TS | Профиль в соответствии с Тарифным соглашением | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL /PROFIL\_TS | О | N(3) | Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС. |
|  | FL\_DENT | Формула зуба | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SL/USL/REG21\_USL /FL\_DENT | У | T(2) | Заполняется при оказании стоматологической помощи. |
| **Региональные элементы в санкции** | | | | | | |
| REG21\_SANK | MSGUID | Уникальный идентификационный номер случая | ZL\_LIST/ZAP/Z\_SL/SANK/REG21\_SANK/MSGUID | О | T(36) | Уникальный идентификационный номер случая |

Д.5 Структура общих файлов информационного обмена

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

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

Правила заполнения элементов общих файлов информационного обмена, включая тип и формат элемента, при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи приведены в **справочнике Q018.**

**Таблица Д.5 Файл персональных данных**

| **Код элемента** | **Имя элемента** | **Наименование элемента** | **Идентификатор элемента в справочнике Q018** | **Тип** | **Фор-мат** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | Заголовок файла | PERS\_LIST/ZGLV | О | S | Информация о передаваемом файле |
|  | PERS | Данные | PERS\_LIST/PERS | ОМ | S | Содержит персональные данные пациента |
| **Заголовок файла** | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | Версия взаимодействия | PERS\_LIST/ZGLV/VERSION | О | T(5) | Текущей редакции соответствует значение «3.2» |
|  | DATA | Дата | PERS\_LIST/ZGLV/DATA | О | D | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | Имя файла | PERS\_LIST/ZGLV/FILENAME | О | T(26) | Имя файла без расширения. |
|  | FILENAME1 | Имя основного файла | PERS\_LIST/ZGLV/FILENAME1 | О | T(26) | Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения. |
| **Данные** | | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | Код записи о пациенте | PERS\_LIST/PERS/ID\_PAC | О | T(36) | Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи. |
|  | FAM | Фамилия пациента | PERS\_LIST/PERS/ FAM | У | T(40) | 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 | Имя пациента | PERS\_LIST/PERS/IM | У | T(40) | 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 | Отчество пациента | PERS\_LIST/PERS/OT | У | T(40) | 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 | Пол пациента | PERS\_LIST/PERS/W | О | N(1) | Заполняется в соответствии с классификатором V005. |
|  | DR | Дата рождения пациента | PERS\_LIST/PERS/DR | О | D | 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 | Код надёжности идентификации пациента | PERS\_LIST/PERS/DOST | УМ | N(1) | 1 – отсутствует отчество;  2 – отсутствует фамилия;  3 – отсутствует имя;  4 – известен только месяц и год даты рождения;  5 – известен только год даты рождения;  6 – дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | TEL | Номер телефона пациента | PERS\_LIST/PERS/TEL | У | T(~~50~~  100) | Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений. Информация для страхового представителя. |
|  | FAM\_P | Фамилия представителя пациента | PERS\_LIST/PERS/FAM\_P | У | T(40) | 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 | Имя представителя пациента | PERS\_LIST/PERS/IM\_P | У | T(40) | 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 | Отчество представителя пациента | PERS\_LIST/PERS/OT\_P | У | T(40) | 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 | Пол представителя пациента | PERS\_LIST/PERS/W\_P | У | N(1) | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизит указывается обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. |
|  | DR\_P | Дата рождения представителя пациента | PERS\_LIST/PERS/DR\_P | У | D | 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 | Код надёжности идентификации представителя | PERS\_LIST/PERS/DOST\_P | УМ | N(1) | 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 | Место рождения пациента или представителя | PERS\_LIST/PERS/MR | У | Т(100) | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
|  | DOCTYPE | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | PERS\_LIST/PERS/DOCTYPE | У | Т(2) | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность». При указании ЕНП в соответствующем основном файле поле может не заполняться. |
|  | DOCSER | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | PERS\_LIST/PERS/DOCSER | У | Т(10) | При указании ЕНП в соответствующем основном файле поле может не заполняться. |
|  | DOCNUM | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | PERS\_LIST/PERS/DOCNUM | У | Т(20) | При указании ЕНП в соответствующем основном файле поле может не заполняться. |
|  | DOCDATE | Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | PERS\_LIST/PERS/DOCDATE | У | D | 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 | Наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность | PERS\_LIST/PERS/DOCORG | У | Т(1000) | 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 | СНИЛС пациента или представителя | PERS\_LIST/PERS/SNILS | У | Т(14) | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
|  | OKATOG | Код места жительства по ОКАТО | PERS\_LIST/PERS/OKATOG | У | Т(11) | Заполняется при наличии сведений |
|  | OKATOP | Код места пребывания по ОКАТО | PERS\_LIST/PERS/OKATOP | У | Т(11) | Заполняется при наличии сведений |
|  | COMENTP | Служебное поле | PERS\_LIST/PERS/COMENTP | У | Т(250) |  |

# Таблица Д.6. Файл актов экспертиз

| Код элемента | Содержание  элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корневой элемент (Сведения о медпомощи) | | | | | |
| ACT\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле. |
|  | ACT | ОМ | S | Данные | Содержит данные об акте |
| Заголовок файла | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | 1.1 |
|  | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | CODE\_SMO | О | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002. |
| Акт | | | | | |
| ACT | ID\_ACT | О | T(36) | Код записи об акте |  |
|  | NUM\_ACT | O | Т(20) | Номер акта | Заполняется СМО. |
|  | S\_TIP | O | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006 |
|  | WAIT\_ACT | У | N(1) | Содержит объективные причины по которой ЭКМП не проведена | Указывается значение «1» если в акте содержится информация об объективных причинах по которой ЭКМП не проведена. Данный АКТ должен содержать ТОЛЬКО случаи с не проведенной по объективной причине экспертизой |
|  | DATE\_ACT | O | D | Дата акта |  |
|  | ZAP | OM |  | Сведения об экспертизе |  |
| Записи акта | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | N(4) | Номер позиции записи |  |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. |
|  | NSCHET | У | T(15) | Номер счёта | Заполняется всегда, кроме ситуаций, когда акт экспертизы невозможно привязать к случаю оказания МП (МП не была оказана). |
|  | DSCHET | У | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД  Заполняется всегда, кроме ситуаций, когда акт экспертизы невозможно привязать к случаю оказания МП (МП не была оказана). |
|  | MSGUID | У | T(36) | Уникальный идентификационный номер случая | Заполняется всегда, кроме ситуаций, когда акт экспертизы невозможно привязать к случаю оказания МП (МП не была оказана). |
|  | CODE\_EXP | О | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи) |
|  | REFREASON\_MAIN | O | N(3) | Код основной причины отказа (частичной) оплаты | Заполняется в соответствии с приложением 25 к ТС.  Может не заполняться при заполненном WAITREASON в остальных случаях обязателен для заполнения |
|  | REFREASON | УM | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Заполняется в соответствии с приложением 25 к ТС. |
|  | WAITREASON | У | N(1) | Объективная причина по которой ЭКМП не проведена | 1 – В работе (на согласование)  2 - Документы находятся в следственных органах  3 – Документы находятся в ПАБ |
|  | WAITREASON\_NUM | У | T(10) | Номер поручения/ответа от МО | Указывается номер поручения для WAITREASON = 1  и номер ответа от МО для WAITREASON = (2,3). Может не заполняться при отсутствие информации, для WAITREASON = 1 |
|  | WAITREASON\_DATE | У | D | Дата поручения/ответа от МО | Обязательно к заполнению при заполненном WAITREASON\_NUM |
|  | SUM\_COMP | У | N(15.2) | Сумма, не подлежащая оплате, уменьшения оплаты, возмещения |  |
|  | SUM\_FINE | У | N(15.2) | Сумма штрафа |  |
|  | SUM\_NMOD | У | N(15.2) | Финансовые санкции по программе модернизации | Сумма, снятая с оплаты по программе модернизации. |
|  | COMENTA | У | T(250) | Служебное поле |  |

# Таблица Д.7 Структура файла с протоколом ФЛК

| **Код элемента** | **Имя элемента** | **Наименование элемента** | **Идентификатор элемента в справочнике Q018** | **Тип** | **Формат** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | | |
| FLK\_P | FNAME | Имя файла протокола ФЛК | FLK\_P/FNAME | О | Т(24) |  |
|  | FNAME\_I | Имя исходного файла | FLK\_P/FNAME\_I | О | Т(24) |  |
|  | PR | Причина отказа | FLK\_P/PR | НМ | S |  |
| **Причины отказа** | | | | | | |
| PR | OSHIB | Код ошибки | FLK\_P/PR/OSHIB | О | Т(12) | Идентификатор проверки в соответствии с классификаторами Q015 и Q022 |
|  | IM\_POL | Имя поля | FLK\_P/PR/IM\_POL | У | Т(20) | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом |
|  | ZN\_POL | Значение поля, вызвавшее ошибку | FLK\_P/PR/ZN\_POL | У | Т(100) | Значение поля, вызвавшее ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | NSCHET | Номер счета | FLK\_P/PR/NSCHET | У | Т(15) | Номер счета, в котором обнаружена ошибка. |
|  | BAS\_EL | Имя базового элемента | FLK\_P/PR/BAS\_EL | У | Т(20) | Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | N\_ZAP | Номер записи | FLK\_P/PR/N\_ZAP | У | Т(36) | Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка. |
|  | ID\_PAC | Код записи о пациенте | FLK\_P/PR/ID\_PAC | У | Т(36) | Код записи о пациенте, в которой обнаружена ошибка. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | IDCASE | Номер записи в реестре случаев | FLK\_P/PR/IDCASE | У | N(11) | Номер законченного случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «Z\_SL», в том числе во входящих в него элементах «SL» и услугах). |
|  | SL\_ID | Идентификатор случая | FLK\_P/PR/SL\_ID | У | Т(36) | Идентификатор случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «SL», в том числе во входящих в него услугах). |
|  | IDSERV | Номер записи в реестре услуг | FLK\_P/PR/IDSERV | У | Т(36) | Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL»). |
|  | COMMENT | Комментарий | FLK\_P/PR/COMMENT | У | Т(250) | Описание ошибки. |

# Таблица Д.8 Структура файла счета МТР

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корневой элемент | | | | | |
| SCHET\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле. |
|  | SCHET | О | S | Данные | Содержит данные о счете. |
| Заголовок файла | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | 1.0 |
|  | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер МО |  |
| Счет | | | | | |
| SCHET | ID\_ SCHET | О | T(36) | Код записи о счете |  |
|  | NUM\_ SCHET | O | Т(10) | Номер счета |  |
|  | SUBJECT | O | Т(200) | Предмет счета |  |
|  | DATE\_SCHET | O | D | Дата счета | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | KOL | O | N(3) | Кол-во случаев |  |
|  | SUM | O | N(15.2) | Сумма к оплате |  |
|  | PLAT | O | S | Плательщик |  |
|  | SUPPLIER | O | S | Поставщик |  |
|  | GL\_VRACH | O | T(200) | ФИО главного врача |  |
|  | GL\_BUH | O | T(200) | ФИО главного бухгалтера |  |
| Плательщик | | | | | |
| PLAT | INN\_P | О | N(11) | ИНН |  |
|  | KPP\_P | О | N(9) | КПП |  |
|  | OKPO\_P | O | N(8) | Код по ОКПО |  |
|  | OGRN\_P | O | N(15) | ОГРН |  |
|  | RSCHET\_P | O | N(20) | Расчетный счет |  |
|  | BIK\_P | О | N(9) | БИК |  |
|  | ADRES\_P | O | T(200) | Адрес |  |
|  | NAME\_P | O | T(250) | Наименование плательщика |  |
| Поставщик | | | | | |
| SUPPLIER | INN\_S | О | N(11) | ИНН |  |
|  | KPP\_S | О | N(9) | КПП |  |
|  | OKPO\_S | O | N(8) | Код по ОКПО |  |
|  | OGRN\_S | O | N(15) | ОГРН |  |
|  | RSCHET\_S | O | N(20) | Расчетный счет |  |
|  | BIK\_S | О | N(9) | БИК |  |
|  | ADRES\_S | O | T(200) | Адрес |  |
|  | NAME\_S | O | T(250) | Наименование поставщика |  |

# Таблица Д.9 Файл запроса страховой принадлежности

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корневой элемент | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле. |
|  | ZAP | ОМ | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи. |
| Заголовок файла | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | 3.0 |
|  | NUM | O | N(4) | Номер файла |  |
|  | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | CODE\_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Чувашской Республики (размещен на сайте ТФОМС ЧР). |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | О | N(2) | Отчетный месяц |  |
| Записи | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах файла. |
|  | FAM | О | T(40) | Фамилия пациента или представителя | (\*) |
|  | IM | О | T(40) | Имя пациента или представителя |
|  | OT | О | T(40) | Отчество пациента или представителя |
|  | W | O | N(1) | Пол пациента или представителя | Заполняется в соответствии с классификатором пола застрахованного (V005), утвержденным приказом ФОМС от \_\_.09.2016 № 79.  (\*) |
|  | DR | O | D | Дата рождения пациента или представителя | (\*) |
|  | DOCTYPE | У | T(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | Заполняется в соответствии с классификатором типов документов, удостоверяющих личность (F011), утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79.  (\*) |
|  | DOCSER | У | T(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | (\*) |
|  | DOCNUM | У | T(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | (\*) |
|  | SNILS | У | T(14) | СНИЛС | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.  (\*) |
|  | ENP | У | T(16) | ЕНП | Единый номер застрахованного  (\*) |
|  | VPOLIS | У | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с классификатором типов документов, подтверждающих факт страхования по ОМС (F008), утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79.  Заполняется в ответе на ЗСП от МО в соответствии с ответом ЦК ЕРЗ.  (\*) |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в ответе на ЗСП от МО в соответствии с ответом ЦК ЕРЗ.  (\*) |
|  | NPOLIS | У | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в ответе на ЗСП от МО в соответствии с ответом ЦК ЕРЗ.  (\*) |
|  | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в ответе на ЗСП от МО в соответствии с ответом ЦК ЕРЗ.  (\*) |
|  | SMO\_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняется в ответе на ЗСП от МО в соответствии с ответом ЦК ЕРЗ.  (\*) |
|  | SMO\_OK | У | T(5) | ОКАТО территории страхования |
|  | SMO\_NAM | У | Т(100) | Наименование СМО | Заполняется в ответе на ЗСП от МО в соответствии с ответом ЦК ЕРЗ.  (\*) |
|  | MSGUID | O | T(36) | Уникальный идентификационный номер случая |  |
|  | DATE\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_2 | O | D | Дата окончания лечения | На эту дату рассчитывается, в какой СМО застрахован пациент. |
|  | P\_NOVOR | O | N(1) | Признак об оказании медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. | 0 – нет  1 – да |
|  | COMENT | У | T(800) | Служебное поле |  |

(\*) Заполняются данные о представителе пациента - ребенка до государственной регистрации рождения в случае, если значение поля P\_NOVOR =1

# Пример реестра на бумажном носителе.

1. **РЕЕСТР ПРОЛЕЧЕННЫХ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЗАСТРАХОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ**

**ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.**

РЕЕСТР СЧЕТОВ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации (филиала)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № позиции реестра | | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | Пол | | Дата рождения | | | | Место рождения | Данные документа, удостоверяющего личность | Место жительства | Место регистрации | СНИЛС (при наличии) | № полиса обязательного медицинского страхования | Вид оказанной медицинской помощи (код) | | Диагноз в соответствии с МКБ-10 | | Дата начала и дата окончания лечения | | Объемы оказанной медицинской помощи | Профиль оказанной медицинской помощи (код) | Специальность медицинского работника, оказавшего медицин  скую помощь (код) | | | Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу | Стоимость оказанной медицинской помощи | | Результат обращения за медицинской по  мощью (код) |
|  | | 2 | | | | 3 | | 4 | | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | 12 | | 13 | | 14 | 15 | 16 | | | 17 | 18 | | 19 |
|  | Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | (подпись, расшифровка подписи) | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |  |  |  |

М.П.

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **РЕЕСТР ПРОЛЕЧЕННЫХ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЗАСТРАХОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ**

**ДРУГИХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.**

Р Е Е С Т Р С Ч Е Т А №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации и код ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта

Российской Федерации, на территории которого выдан страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | Пол | Дата рождения | Место рождения | Данные документа, удостоверяющего личность | СНИЛС (при наличии) | Номер полиса обязательного медицинского страхования | Вид оказанной медицинской помощи (код) | Диагноз в соответствии с  МКБ-10  (основной/ сопутств./ осложн.) | Дата  начала лечения  Дата окончания  лечения | Объемы оказанной медицинской помощи | Профиль оказанной медицинской помощи (код)  Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код) | Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу | Стоимость оказанной медицинской помощи | Результат обращения за медицинской помощью (код) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11-12 | 13 | 14-15 | 16 | 17 | 18 |

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

(подпись)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

(подпись) М.П.

(подпись) М.