

ЧАВАШ РЕСПУБЛИКИ
МЕДИЦИНАРИ ЯТАРЛА
СТРАХОВАНИ ТЕРРИТОРИ
ФОНЧЕ



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(ТФОМС ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)

ХУШУ

19.03.2021 № *83-02*

Шупашкар хули

ПРИКАЗ

19.03.2021 № *83-02*

г. Чебоксары

О внесении изменений в приказ от 30.12.2020 №429-од

Во исполнение Федеральных законов от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 №29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (зарегистрировано в Минюсте России 08.02.2011 №19742), приказа Минздрава России от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 №54643), приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», постановления Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», постановления Кабинета Министров Чувашской Республики от 30 декабря 2020 г. № 762 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 30 декабря 2020 года Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/И/2-20691и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №00-10-26-2-04/11-51), в целях реализации Тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2021 год», а также в связи с решениями Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования от 03.02.2021 №1, от 03.03.2021 №2 при ка зы в а ю :

1. Внести в Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на 2021 год, утвержденный приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики от 30.12.2020 №429-од «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на 2021 год» (далее – Регламент), следующие изменения:

1.1. Приложение 1 к Регламенту изложить в редакции согласно приложению 1;

1.2. Дополнить пунктом 2.22. следующего содержания:

«2.22. Оплата услуг телемедицинского консультирования, выполненного телемедицинскими центрами и телемедицинскими пунктами при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой (врач-врач) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также в условиях круглосуточного и дневного стационара, осуществляется по тарифу за медицинскую услугу А13.29.009.001 «Экспертное консультирование с применением телемедицинских технологий при дистанционном

взаимодействии медицинских работников между собой (врач-врач)» на условиях Тарифного соглашения с применением с применением флага «ЭТМК» и указанием ОГРН обслуживаемой медицинской организации.

Формы направлений на услугу телемедицинского консультирования должны содержать следующие реквизиты:

- серия и номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС;
- наименование СМО (при отсутствии сведений может не заполняться);
- признак новорождённого: указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку

до государственной регистрации рождения.

0 – признак отсутствует.

Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону:

ПДДММГГ, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005, утвержденным приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79;

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

- фамилия, имя, отчество пациента или представителя пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения;

- дата рождения пациента или представителя пациента;

- СНИЛС (при наличии).

Страховая медицинская организация ежемесячно в срок до 20 числа, следующего за отчетным месяцем, производит окончательный расчет оплаты медицинской помощи медицинских организаций – получателей услуг телемедицинского консультирования, уменьшая сумму оплаты счетов на сумму средств, перечисленных в телемедицинские центры и телемедицинские пункты, при этом оформляется справка - расчет суммы к перечислению средств по форме согласно приложению 21 к Регламенту.»;

1.3. Приложение 21 к Регламенту изложить в редакции согласно приложению 2.

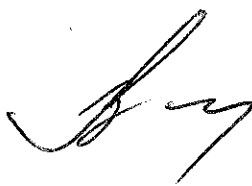
2. Ввести в действие:

2.1. пункт 1.1. настоящего приказа начиная с пролеченных с 01 марта 2021 года;

2.2. пункты 1.2.-1.3 настоящего приказа начиная с пролеченных с 01 февраля 2021 года.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по организации обязательного медицинского страхования Т.Н. Воскресенскую.

Директор



В.Н. Александров

Приложение 1 к приказу
Территориального фонда ОМС
Чувашской Республики
от _____ № _____

Приложение 1
к Регламенту взаимодействия участников ОМС,
утвержденного приказом ТФОМС ЧР
№ 429-од от 30.12.2020

**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:

HPiNiPpNr_YYMMN.XML, где

H – константа, обозначающая передаваемые данные.

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

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 Н 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 ("")	"
одинарная кавычка (')	'
левая угловая скобка ("<")	<
правая угловая скобка (">")	>
амперсant ("&")	&

Правила заполнения элементов реестра счета, включая тип и формат элемента, при ведении персонализированного 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	O	T(5)	Текущей редакции соответствует значение «3.1.10».
	DATA	Дата	ZL_LIST/ZGLV/DATA	O	D	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	Имя файла	ZL_LIST/ZGLV/FILENAME	O	T(26)	Имя файла без расширения.
	SD_Z	Количество	ZL_LIST/ZGLV/SD_Z	O	N(9)	Указывается количество записей

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		записей в файле			n	о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл.
Счёт						
SCHET	CODE	Код записи счёта	ZL_LIST/SCHET/SCHE T/CODE	O	N(8)	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	Реестровый номер медицинской организации	ZL_LIST/SCHET/SCHE T/CODE_MO	O	T(6)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	Отчетный год	ZL_LIST/SCHET/SCHE T/YEAR	O	N(4)	
	MONTH	Отчетный месяц	ZL_LIST/SCHET/SCHE T/MONTH	O	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/SCHE T/NSCHET	O	T(15)	
	DSCHET	Дата выставления счёта	ZL_LIST/SCHET/SCHE T/DSCHET	O	D	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Плательщик. Реестровый номер СМО.	ZL_LIST/SCHET/SCHE T/PLAT	Y	T(5)	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	Сумма счёта, выставленная МО на оплату	ZL_LIST/SCHET/SCHE T/SUMMAV	O	N(15.2)	
	COMENTS	Служебное поле к счёту	ZL_LIST/SCHET/SCHE T/COMENTS	Y	T(250)	
	SUMMAP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/SCHET/SCHE T/SUMMAP	Y	N(15.2)	Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	Финансовые санкции (МЭК)	ZL_LIST/SCHET/SCHE T/SANK_MEK	Y	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/SCHE T/SANK_MEE	Y	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/SCHE T/SANK_EKMP	Y	N(15.2)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						после проведения ЭКМП. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС).
Записи						
ZAP	N_ZAP	Номер позиции записи	ZL_LIST/ZAP/N_ZAP	O	N(8)	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	Признак исправленной записи	ZL_LIST/ZAP/PR_NOV	O	N(1)	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	Сведения о пациенте	ZL_LIST/ZAP/PACIENT	O	S	
	Z_SL	Сведения о законченном случае	ZL_LIST/ZAP/Z_SL	O	S	Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи
Сведения о пациенте						
PACIENT	ID_PAC	Код записи о пациенте	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ID_PAC	O	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	O	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	O	T(20)	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	ST_OKATO	Регион страхования	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ST_OKATO	У	T(5)	Указывается ОКATO 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.

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	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						

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
Z_SL	IDCASE	Номер записи в реестре законченных случаев	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDCASE	O	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	O	N(2)	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006)
	VIDPOM	Вид медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VIDPOM	O	N(4)	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	FOR_POM	Форма оказания медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/FOR_POM	O	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	O	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	O	D	
	DATE_Z_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_2	O	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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.
	RSLT	Результат обращения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/RSLT	O	N(3)	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009).
	ISHOD	Исход заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/ISHOD	O	N(3)	Классификатор исходов заболевания (V012).
	OS_SLUCH	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OS_SLUCH	HM	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	Y	N(1)	Указывается «1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом.
	SL	Сведения о случае	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL	OM	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	O	N(2)	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010.
	SUMV	Сумма, выставленная к оплате	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMV	O	N(15.2)	Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL
	OPLATA	Тип оплаты	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OPLATA	Y	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	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMP	Y	N(15.2)	Заполняется СМО (ТФОМС)

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		(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 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 ³ 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/	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/P_PER	У	N(1)	Обязательно к заполнению следующими значениями для

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		перевода				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/_SL/SL/DATE_1	O	D	
	DATE_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/ZAP/_SL/SL/DATE_2	O	D	
	KD	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	ZL_LIST/ZAP/_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/_SL/SL/DS0	H	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/_SL/SL/DS1	O	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;
	DS2	Диагноз сопутствующего заболевания	ZL_LIST/ZAP/_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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PRVS	О	N(4)	Классификатор медицинских специальностей (должностей) (V021).

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		(историю болезни)				
	VERS_SPE C	Код классификатора медицинских специальностей	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/VERS_SPE	O	T(4)	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей.
	IDDOKT	Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/IDDOKT	O	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	O	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).
	COMENTS L	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	O	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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						оплате случая лечения по КСГ. Не подлежит заполнению при заполненном N_KPG.
	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 КПП	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/N_KPG	У	T(4)	Номер КПП (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПП. 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 КПП
	KOEF_UP	Управленческий коэффициент	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/KOEF_UP	О	N(2.5)	Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПП. 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 КПП, 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	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG	У	N(1.5)	Итоговое значение коэффициента

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		коэффициент сложности лечения пациента	G/IT_SL			сложности лечения пациента для данного случая. Указывается только при использовании.
	SL_KOEF	Коэффициенты сложности лечения пациента	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KP G/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_KP G/SL_KOEF/IDSL	O	N(4)	
	Z_SL	Значение коэффициента сложности лечения пациента	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KP G/SL_KOEF/Z_SL	O	N(1.5)	
Сведения об услуге						
USL	IDSERV	Номер записи в реестре услуг	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/IDSERV	O	T(36)	Уникален в пределах случая
	LPU	Код МО	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/LPU	O	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	O	N(3)	Классификатор V002
	VID_VME	Вид медицинского вмешательства	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/VID_VME	У	T(18)	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	O	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	O	D	
	DATE_OUT	Дата окончания оказания услуги	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DATE_OUT	O	D	
	DS	Диагноз	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DS	O	T(10)	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	CODE_USL	Код услуги	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/CODE_USL	O	T(20)	Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг.
	KOL_USL	Количество услуг (кратность услуги)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/KOL_USL	O	N(6.2)	
	TARIF	Тариф	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/TARIF	Y	N(15.2)	
	SUMV_USL	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/SUMV_USL	O	N(15.2)	Может принимать значение 0
	PRVS	Специальность медработника, выполнившего услугу	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/PRVS	O	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	O	T(25)	Заполняется в соответствии с территориальным справочником.
	NPL	Неполный объём	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/NPL	Y	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	Y	T(250)	
	REG21_USL	Региональные элементы в услуге	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/REG21_USL	O	S	
Сведения о санкциях						
SANK	S_CODE	Идентификатор санкции	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_CODE	O	T(36)	Уникален в пределах законченного случая.
	S_SUM	Сумма финансовой санкции	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_SUM	O	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	O	N(2)	Заполняется в соответствии с Классификатором видов

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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_EXPERT	Код эксперта качества медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/CODE_EXPERT	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_COMMENT	У	T(250)	Комментарий к санкции.
	S_IST	Источник	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_SOURCE	О	N(1)	1 – СМО/ТФОМС к МО.
	REG21_SANK	Региональные элементы 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").

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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 соответствия 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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	TROMB	Проведение тромболизиса	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/REG21_SL/TROMB	У	N(1)	Заполняется для случаев оказания СМП (USL_Ок=4) и помощи в стационаре (USL-ОК=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_LP/IDSERV	О	N(8)	
	C_MNN	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (МНН)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/REG21_LP/C_MNN	О	T(500)	Латинское или русское международное непатентованное наименование лекарственного препарата
	C_TRN	Торговое наименование	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/REG21_	О	T(500)	Латинское или русское торговое

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		лекарственного препарата (ТН)	SL/REG21_LP/C_TRN			наименование лекарственного препарата
	C_DLS	Единица измерения дозировки	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/REG21_LP/C_DLS	О	T(50)	Наименование единицы измерения дозировки
	C_KD	Курсовая доза	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/REG21_LP/C_KD	О	N(15.2)	
	COMENTM	Служебное поле	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/REG21_LP/C_OMENT	У	T(250)	
Региональные элементы в услуге						
REG21_USL	PROFIL_TS	Профиль соответствия 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 персонализированного 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:

TRiNiPrNr_YYMMN.XML, где:

T – константа, обозначающая передаваемые данные.

Ri – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

Pr – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

М – МО.

№р – Номер получателя (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

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

соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена; отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо Т 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 ("")	"
одинарная кавычка ('')	'
левая угловая скобка ("<")	<
правая угловая скобка (">")	>
амперсant ("&")	&

Правила заполнения элементов реестра счета, включая тип и формат элемента, при ведении персонафицированного 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	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 счете
	ZAP	Записи	ZL_LIST/Z	OM	S	Записи о случаях оказания

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
			AP			медицинской помощи
Заголовок файла						
ZGLV	VERSION	Версия взаимодействия	ZL_LIST/ZGLV/VERSION	O	T(5)	Текущей редакции соответствует значение «3.1.10».
	DATA	Дата	ZL_LIST/ZGLV/DATA	O	D	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	Имя файла	ZL_LIST/ZGLV/FILENAME	O	T(26)	Имя файла без расширения.
	SD_Z	Количество записей в файле	ZL_LIST/ZGLV/SD_Z	O	N(9)	Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл.
Счёт						
SCHET	CODE	Код записи счёта	ZL_LIST/SCHET/CODE	O	N(8)	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	Реестровый номер медицинской организации	ZL_LIST/SCHET/CODE_MO	O	T(6)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	Отчетный год	ZL_LIST/SCHET/YEAR	O	N(4)	
	MONTH	Отчетный месяц	ZL_LIST/SCHET/MONTH	O	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	O	T(15)	
	DSCHET	Дата выставления счёта	ZL_LIST/SCHET/DSCHET	O	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	O	N(15.2)	
	COMENTS	Служебное поле к счёту	ZL_LIST/SCHET/COMENTS	У	T(250)	

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	SUMMAP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/CHET/SUMMAP	У	N(15.2)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	Финансовые санкции (МЭК)	ZL_LIST/CHET/SANK_MEK	У	N(15.2)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	Финансовые санкции (МЭЭ)	ZL_LIST/CHET/SANK_MEE	У	N(15.2)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	Финансовые санкции (ЭКМП)	ZL_LIST/CHET/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	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS	У	T(10)	

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		факт страхования по ОМС				
	NPOLIS	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/NPOLIS	О	T(20)	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	ST_OKATO	Регион страхования	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/ST_OK ATO	У	T(5)	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	Реестровый номер СМО.	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/SMO	У	T(5)	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	ОГРН СМО	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/SMO_O GRN	У	T(15)	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	ОКАТО территории страхования	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/SMO_O K	У	T(5)	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_NAM	Наименование СМО	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/SMO_N AM	У	T(100)	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	MSE	Направление на МСЭ	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/MSE	У	N(1)	Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.
	NOVOR	Признак новорождённого	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/NOVO R	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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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/PACIE NT/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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) 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) 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 госпитализации (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	УМ	N(4)	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						качестве пациента указана мать.
	RSLT	Результат обращения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R SLT	O	N(3)	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009).
	ISHOD	Исход заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/IS HOD	O	N(3)	Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012).
	OS_SLUCH	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/O S_SLUCH	HM	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/Z AP/Z_SL/S L	OM	S	
	IDSP	Код способа оплаты медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/I DSP	O	N(2)	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	Сумма, выставленная к оплате	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S UMV	O	N(15.2)	Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение.
	OPLATA	Тип оплаты	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/O PLATA	Y	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/Z AP/Z_SL/S UMP	Y	N(15.2)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK	Сведения о санкциях	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK	YM	S	Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.
	SANK_IT	Сумма санкций по	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S	Y	N(15.2)	Итоговые санкции

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		законченному случаю	ANK_IT			определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK.
	REG21_Z_SL	Региональные элементы в законченном случае	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R EG21_Z_SL	У	S	
Сведения о случае						
SL	SL_ID	Идентификатор	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/SL_ID	O	T(36)	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.
	VID_HMP	Вид высокотехнологичной медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/VID_HMP	O	T(12)	Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018
	METHOD_HMP	Метод высокотехнологичной медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ METHOD_HMP	O	N(3)	Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019
	LPU_1	Подразделение МО	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО лечения в соответствии с региональным справочником
	PODR	Код отделения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/PODR	У	N(12)	Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником
	PROFIL	Профиль медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/PROFIL	O	N(3)	Классификатор V002.
	PROFIL_K	Профиль койки	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/PROFIL_K	O	N(3)	Классификатор V020.
	DET	Признак детского профиля	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DET	O	N(1)	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	TAL_D	Дата выдачи талона на ВМП	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/TAL_D	O	D	Заполняется на основании талона на ВМП
	TAL_NUM	Номер талона на ВМП	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/TAL_NUM	O	T(20)	Заполняется на основании талона на ВМП

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	TAL_P	Дата планируемой госпитализации	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/TAL_P	O	D	Заполняется на основании талона на ВМП
	NHISTORY	Номер истории болезни	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NHISTORY	O	T(50)	
	DATE_1	Дата начала лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DATE_1	O	D	
	DATE_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DATE_2	O	D	
	DS0	Диагноз первичный	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DS0	H	T(10)	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии
	DS1	Диагноз основной	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DS1	O	T(10)	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	DS2	Диагноз сопутствующего заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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)-
	DS_ONK	Признак подозрения на злокачественное новообразование	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DS_ONK	O	N(1)	Заполняется значениями:0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование;1 - при

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						выявлении подозрения на злокачественное новообразование.
	CODE_ME S1	Код стандарта медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ CODE_ME S1	УМ	T(20)	Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	CODE_ME S2	Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ CODE_ME S2	У	T(20)	Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	NAPR	Сведения об оформлении направления	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ 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). При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит.
	CONS	Сведения о проведении консилиума	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						основного диагноза входит в диапазон D00-D09). При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит.
	ONK_SL	Сведения о случае лечения онкологического заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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)-
	PRVS	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего историю болезни	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/PRVS	О	N(4)	Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А, V021).
	VERS_SPE C	Код классификатора медицинских специальностей	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/VERS_SPE C	О	T(4)	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей, например «V021».
	IDDOKT	Код лечащего врача/врача, закрывшего историю болезни	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/IDDOKT	О	T(25)	Территориальный справочник
	ED_COL	Количество единиц оплаты медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ED_COL	У	N(5.2)	
	TARIF	Тариф	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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).
	SUM_M	Стоимость случая,	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S	О	N(15.2)	

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		выставленная к оплате	L/SUM_M			
	USL	Сведения об услуге	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии
	COMENTS L	Служебное поле	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ COMENTS L	У	T(250)	
	REG21_SL	Региональные элементы в случае	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L	О	S	
Сведения об оформлении направления						
NAPR	NAPR_DATE	Дата направления	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ NAPR/NAP R_DATE	О	D	
	NAPR_MO	Код МО, куда оформлено направление	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ NAPR/NAP R_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/Z AP/Z_SL/S L/ NAPR/NAP R_V	О	N(2)	Классификатор видов направления V028
	MET_ISSL	Метод диагностического исследования	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ NAPR/MET _ISSL	У	N(2)	Если NAPR_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	NAPR_USL	Медицинская услуга (код), указанная в направлении	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ NAPR/NAP R_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/Z AP/Z_SL/S L/CONS/PR _CONS	О	N(1)	Классификатор целей консилиума N019
	DT_CONS	Дата проведения консилиума	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/CONS/D T_CONS	У	D	Обязательно к заполнению, если консилиум проведен (PR_CONS={1,2,3})
Сведения о случае лечения онкологического заболевания						
ONK_SL	DS1_T	Повод обращения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ DS1_T	О	N(2)	Классификатор поводов обращения N018
	STAD	Стадия заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						лет
	ONK_M	Значение Metastasis	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ HEI	У	N(3)	Обязательно к заполнению при проведении

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела
	BSA	Площадь поверхности тела (м ²)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ B_DIAG	УМ	S	Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах
	B_PROT	Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ B_PROT	УМ	S	Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказа пациента от проведения определенных типов лечения
	ONK_USL	Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ ONK_USL	ОМ	S	
Диагностический блок						
B_DIAG	DIAG_DATE	Дата взятия материала	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ B_DIAG/DI AG_DATE	O	D	Указывается дата взятия материала для проведения диагностики.
	DIAG_TIP	Тип диагностического показателя	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ B_DIAG/DI AG_TIP	O	N(1)	Заполняется значениями: 1 – гистологический признак; 2 – маркер (ИГХ).
	DIAG_CODE	Код диагностического показателя	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ B_DIAG/DI AG_CODE	O	N(3)	При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						справочником N007. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010.
	DIAG_RSLT	Код результата диагностики	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ B_DIAG/DI AG_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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ B_DIAG/R EC_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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ B_PROT/P ROT	О	N(1)	Заполняется в соответствии со справочником N001.
	D_PROT	Дата регистрации противопоказания или отказа	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ B_PROT/D _PROT	О	D	
Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания						
ONK_USL	USL_TIP	Тип услуги	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ ONK_USL/ USL_TIP	О	N(1)	Заполняется в соответствии со справочником N013.
	HIR_TIP	Тип хирургического лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ ONK_USL/	У	N(1)	При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
			LEK_TIP_V			справочником N016. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 2
	LEK_PR	Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ ONK_USL/ LEK_PR/ REGNUM	О	T(6)	Заполняется в соответствии с классификатором N020
	CODE_SH	Код схемы лекарственной терапии	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ ONK_USL/ L/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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL/ ONK_USL/ LEK_PR/D ATE_INJ	OM	D	
Сведения об услуге						
USL	IDSERV	Номер записи в реестре услуг	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/IDSERV	O	T(36)	Уникален в пределах случая
	LPU	Код МО	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/LPU	O	T(6)	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003
	LPU_1	Подразделение МО	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/LPU_1	Y	T(8)	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	Код отделения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/PODR	Y	N(12)	Отделение МО лечения из регионального справочника
	PROFIL	Профиль медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/PROFIL	O	N(3)	Классификатор V002.
	VID_VME	Вид медицинского вмешательства	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/VID_VME	Y	T(18)	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) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP={1,3,4})
	DET	Признак детского	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S	O	N(1)	0-нет, 1-да. Заполняется в

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		профиля	L/USL/DET			зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	DATE_IN	Дата начала оказания услуги	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/DATE_IN	O	D	
	DATE_OUT	Дата окончания оказания услуги	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/DATE_OUT	O	D	
	DS	Диагноз	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/DS	O	T(10)	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики
	CODE_USL	Код услуги	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/CODE_USL	O	T(20)	Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг
	KOL_USL	Количество услуг (кратность услуги)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/KOL_USL	O	N(6.2)	
	TARIF	Тариф	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/TARIF	Y	N(15.2)	
	SUMV_USL	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/SUMV_USL	O	N(15.2)	Может принимать значение 0
	PRVS	Специальность медработника, выполнившего услугу	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/PRVS	O	N(4)	Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А, V021).
	CODE_MD	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/CODE_MD	O	T(25)	В соответствии с территориальным справочником
	COMENTU	Служебное поле	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/COMENTU	Y	T(250)	
	REG21_USL	Региональные элементы в услуге	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/REG21_USL	O	S	
Сведения о санкциях						
SANK	S_CODE	Идентификатор санкции	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/S_CODE	O	T(36)	Уникален в пределах законченного случая.
	S_SUM	Сумма финансовой	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S	O	N(15.2)	При невыявлении причин

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		санкции	ANK/S_SUM			для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0
	S_TIP	Код вида контроля	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/S_TIP	O	N(2)	Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, Приложение А
	SL_ID	Идентификатор случая	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/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/Z AP/Z_SL/S ANK/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/Z AP/Z_SL/S ANK/DATE_ACT	O	D	
	NUM_ACT	Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/NUM_ACT	O	T(30)	
	CODE_EXP	Код эксперта качества медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/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/Z AP/Z_SL/S ANK/S_COM	У	T(250)	Комментарий к санкциям.
	S_IST	Источник	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/S_IST	O	N(1)	1 – СМО/ТФОМС к МО.
	REG21_SANK	Региональные элементы в санкциях	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/REG21_SANK	O	S	
Региональные элементы в законченном случае						

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
REG21_Z_SL	EXTR	Направление (госпитализация)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R EG21_Z_SL /EXTR	У	N(2)	1 – плановая; 2 – экстренная.
Региональные элементы в случае						
REG21_SL	MSGUID	Уникальный идентификационный номер случая	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL L/MSGUID	О	T(36)	
	PROFIL_TS	Профиль соответствия Тарифным соглашением	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL L/PROFIL_TS	О	N(3)	Заполняется в соответствии с приложением 10 регламенту взаимодействия участников ОМС.
	TARIF_BAS	Сумма к оплате по базовому тарифу	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL L/TARIF_BAS	О	N(15.2)	Заполняется без учета коэффициентов индексации Тарифов.
	MP_PO	Оказание МП в приемном отделении	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL L/MP_PO	О	N(1)	1 – да; 0 – нет.
	COD_LEVEL	Уровень оказания медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL L/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/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL L/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/Z	У	T(30)	Разделитель — символ «;»

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
			AP/Z_SL/S L/REG21_S L/FL			(точка с запятой). Заполняется в соответствии с приложением 7 к регламенту взаимодействия участников ОМС.
	COD_ZS	Код законченного случая	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/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/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/TROMB	У	N(1)	Заполняется для случаев оказания СМП (USL_Ок=4) и помощи в стационаре (USL-ОК=1). 1 – да; 0 – нет.
	V_ABORT	Вид аборта	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/V_ABOR T	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/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/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	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/REG21_LP	О		Описывает лекарственные препараты, примененные в рамках данного случая.

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		препаратах				
Сведения о примененных лекарственных препаратах						
REG21_LP	IDSERV	Номер записи в реестре услуг	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/REG21_L P/IDSERV	O	N(8)	
	C_MNN	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (МНН)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/REG21_L P/C_MNN	O	T(500)	Латинское или русское международное непатентованное наименование лекарственного препарата
	C_TRN	Торговое наименование лекарственного препарата (ТН)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/REG21_L P/C_TRN	O	T(500)	Латинское или русское торговое наименование лекарственного препарата
	C_DLS	Единица измерения дозировки	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/REG21_L P/C_DLS	O	T(50)	Наименование единицы измерения дозировки
	C_KD	Курсовая доза	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/REG21_L P/C_KD	O	N(15.2))
	COMENTM	Служебное поле	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/REG21_L P/COMENTM	У	T(250)	
Региональные элементы в услуге						
REG21_USL	PROFIL_TS	Профиль соответствия Тарифным соглашением	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/REG21_USL /PROFIL_TS	O	N(3)	Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС.
Региональные элементы в санкциях						
REG21_SANK	MSGUID	Уникальный идентификационный номер случая	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/REG21_SANK/MSGUID	OM	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:

XPiNiPpNr_YYMMN.XML, где:

X – одна из констант, обозначающая передаваемые данные:

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

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

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

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

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

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

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

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

соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена; отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

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

Структура файла приведена в таблице Д.3.

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

Символ	Способ кодирования
двойная кавычка ("")	"
одинарная кавычка (')	'
левая угловая скобка ("<")	<
правая угловая скобка (">")	>
амперсant ("&")	&

Правила заполнения элементов реестра счета, включая тип и формат элемента, при ведении персонафицированного 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	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 случаях оказания медицинской помощи
Заголовок файла						
ZGLV	VERSION	Версия взаимодействия	ZL_LIST/ZGLV/VERSION	O	T(5)	Текущей редакции соответствует значение «3.1.10».
	DATA	Дата	ZL_LIST/ZGLV/DATE	O	D	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	Имя файла	ZL_LIST/ZGLV/FILENAME	O	T(26)	Имя файла без расширения.
	SD_Z	Количество случаев	ZL_LIST/ZGLV/SD_Z	O	N(9)	Указывается количество случаев оказания

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						медицинской помощи, включённых в файл.
Счёт						
SCHET	CODE	Код записи счета	ZL_LIST/SCHET/CODE	O	N(8)	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	Реестровый номер медицинской организации	ZL_LIST/SCHET/CODE_MO	O	T(6)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	Отчетный год	ZL_LIST/SCHET/YEAR	O	N(4)	
	MONTH	Отчетный месяц	ZL_LIST/SCHET/MONTH	O	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	O	T(15)	
	DSCHET	Дата выставления счёта	ZL_LIST/SCHET/DSCHET	O	D	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Плательщик. Реестровый номер СМО.	ZL_LIST/SCHET/PLAT	Y	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	O	N(15.2)	
	COMMENTS	Служебное поле к счёту	ZL_LIST/SCHET/COMMENTS	Y	T(250)	
	SUMMAP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/SCHET/SUMMAP	Y	N(15.2)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	Финансовые санкции (МЭК)	ZL_LIST/SCHET/SANK_MEK	Y	N(15.2)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	Финансовые санкции (МЭЭ)	ZL_LIST/SCHET/SANK_MEE	Y	N(15.2)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	Финансовые санкции (ЭКМП)	ZL_LIST/SCHET/SANK_EKMP	Y	N(15.2)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП,

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						заполняется после проведения ЭКМП.
	DISP	Тип диспансеризации	ZL_LIST/S CHET/ DISP	O	T(3)	Классификатор типов диспансеризации V016
Записи						
ZAP	N_ZAP	Номер позиции записи	ZL_LIST/Z AP/N_ZAP	O	N(8)	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	Признак исправленной записи	ZL_LIST/Z AP/PR_NO V	O	N(1)	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	Сведения о пациенте	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT	O	S	
	Z_SL	Сведения о законченном случае	ZL_LIST/Z AP/Z_SL	O	S	Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи
Сведения о пациенте						
PACIENT	ID_PAC	Код записи о пациенте	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/ID_PAC	O	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/Z AP/PACIE NT/VPOLIS	O	N(1)	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/SPOLIS	У	T(10)	
	NPOLIS	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/NPOLIS	O	T(20)	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	ST_OKATO	Регион страхования	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/ST_OK ATO	У	T(5)	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	Реестровый номер СМО.	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/SMO	У	T(5)	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						не заполняться.
	SMO_OGRN	ОГРН СМО	ZL_LIST/AP/PACIE/NT/SMO_OGRN	У	T(15)	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	ОКАТО территории страхования	ZL_LIST/AP/PACIE/NT/SMO_OK	У	T(5)	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_NAME	Наименование СМО	ZL_LIST/AP/PACIE/NT/SMO_NAME	У	T(100)	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	NOVOR	Признак новорождённого	ZL_LIST/AP/PACIE/NT/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/AP/PACIE/NT	У	S	
Сведения о законченном случае						
Z_SL	IDCASE	Номер записи в реестре случаев	ZL_LIST/AP/Z_SL/IDCASE	О	N(11)	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	VIDPOM	Вид медицинской помощи	ZL_LIST/AP/Z_SL/VIDPOM	О	N(4)	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	LPU	Код МО	ZL_LIST/AP/Z_SL/LPU	О	T(6)	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	VBR	Признак	ZL_LIST/AP/Z_SL/	О	N(1)	Обязательно для заполнения

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		мобильной медицинской бригады				при диспансеризации. 0 – нет; 1 – да.
	DATE_Z_1	Дата начала лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/D ATE_Z_1	O	D	
	DATE_Z_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/D ATE_Z_2	O	D	
	P_OTK	Признак отказа	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/P _OTK	O	N(1)	Обязательно для заполнения при диспансеризации. Значение по умолчанию: «0». В случае отказа указывается значение «1».
	RSLT_D	Результат диспансеризации	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R SLT_D	O	N(2)	Обязательно к заполнению в соответствии с классификатором результатов диспансеризации V017, если признак отказа от диспансеризации (P_OTK)=0
	OS_SLUCH	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/O S_SLUCH	HM	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/Z AP/Z_SL/S L	O	S	
	IDSP	Код способа оплаты медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/I DSP	O	N(2)	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	Сумма, выставленная к оплате	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S UMV	O	N(15.2)	Равна значению SUM_M вложенных элементов SL.
	OPLATA	Тип оплаты	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/O PLATA	Y	N(1)	Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате; 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.
	SUMP	Сумма, принятая к	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S	Y	N(15.2)	Заполняется СМО (ТФОМС).

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		оплате СМО (ТФОМС)	UMP			
	SANK	Сведения о санкциях	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK	УМ	S	Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.
	SANK_IT	Сумма санкций по законченному случаю	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK_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/Z AP/Z_SL/R EG21_Z_SL	У	S	
Сведения о случае						
SL	SL_ID	Идентификатор	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/SL_ID	О	T(36)	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.
	LPU_1	Подразделение МО	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	NHISTORY	Номер карты	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NHISTORY	О	T(50)	
	DATE_1	Дата начала лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DATE_1	О	D	Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа.
	DATE_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DATE_2	О	D	
	DS1	Диагноз основной	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DS1	О	T(10)	Обязательно к заполнению кодом до уровня подрубрики в соответствии со справочником МКБ, если признак отказа от диспансеризации (P_OTK)=0
	DS1_PR	Установлен впервые (основной)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DS1_PR	У	N(1)	Обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведенной диспансеризации / профилактического медицинского осмотра
	DS_ONK	Признак	ZL_LIST/Z	О	N(1)	Заполняется значениями: 0 -

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		подозрения на злокачественное новообразование	AP/Z_SL/S L/DS_ONK			при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование.
	PR_D_N	Диспансерное наблюдение	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/PR_D_N	У	N(1)	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению. Обязательно к заполнению, если признак отказа от диспансеризации (P_ОТК)=0
	DS2_N	Сопутствующие заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DS2_N	УМ	S	
	NAZ	Назначения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NAZ	УМ	S	Указывается отдельно для каждого назначения.
	ED_COL	Количество единиц оплаты медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ED_COL	У	N(5.2)	
	TARIF	Тариф	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/TARIF	У	N(15.2)	
	SUM_M	Сумма, выставленная к оплате	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/SUM_M	О	N(15.2)	
	USL	Сведения об услуге	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL	УМ	S	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Может не заполняться только в случае отказа от диспансеризации.
	COMENT SL	Служебное поле	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/COMENT SL	У	T(250)	
	REG21_S L	Региональные элементы в случае	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L	У	S	
Сопутствующие заболевания						
DS2_N	DS2	Диагноз сопутствующего заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DS2_N/ DS2	О	T(10)	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS2_PR	Установлен впервые (сопутствующий)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/DS2_N/ DS2_PR	У	N(1)	Обязательно указывается «1», если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведенной диспансеризации/ профилактического медицинского осмотра
	PR_DS2_N	Диспансерное наблюдение	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/NAZ/ NAZ_N	О	N(2)	
	NAZ_R	Вид назначения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NAZ/	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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/NAZ/ NAZ_V	У	N(1)	Заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029, если NAZ_R=3.

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	NAZ_USL	Медицинская услуга (код), указанная в направлении	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/NAZ/ NAPR_DATE	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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/NAZ/ NAZ_PMP	У	N(3)	Заполняется, если в NAZ_R проставлены коды 4 или 5. Классификатор V002.
	NAZ_PK	Профиль койки	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NAZ/ NAZ_PK	У	N(3)	Заполняется, если в NAZ_R проставлен код 6. Классификатор V020.
	REG21_NAZ	Региональные элементы назначения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NAZ/ REG21_NAZ	У	S	
Сведения об услуге						
USL	IDSERV	Номер записи в реестре услуг	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ IDSERV	О	T(36)	Уникален в пределах случая
	LPU	Код МО	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ LPU	О	T(6)	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	Подразделение МО	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/	У	T(8)	Подразделение МО лечения из регионального

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
			LPU_I			справочника.
	DATE_IN	Дата начала оказания услуги	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ DATE_IN	O	D	
	DATE_OUT	Дата окончания оказания услуги	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ DATE_OUT	O	D	
	P_OTK	Признак отказа от услуги	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ P_OTK	O	N(1)	Значение по умолчанию: «0». В случае отказа указывается значение «1».
	CODE_USL	Код услуги	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ CODE_USL	O	T(20)	Территориальный классификатор услуг.
	TARIF	Тариф	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ TARIF	Y	N(15.2)	
	SUMV_USL	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ SUMV_USL	O	N(15.2)	Может принимать значение 0.
	PRVS	Специальность медработника, выполнившего услугу	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/PRVS	Y	N(4)	Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А, V021). Обязательно к заполнению, если признак отказа от диспансеризации (P_OTK)=0
	CODE_MD	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ CODE_MD	Y	T(25)	Обязательно к заполнению в соответствии с территориальным справочником, если признак отказа от диспансеризации (P_OTK)=0
	COMENTU	Служебное поле	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ COMENTU	Y	T(250)	
	REG21_USL	Региональные элементы в услуге	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/REG 21_USL	Y	S	
Сведения о санкциях						
SANK	S_CODE	Идентификатор санкции	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/S_CODE	O	T(36)	
	S_SUM	Сумма финансовой	ZL_LIST/Z	O	N(15.2)	При невыявлении причин

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		санкции	AP/Z_SL/S ANK/S_SUM			для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0
	S_TIP	Код вида контроля	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/S_TIP	O	N(2)	Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, Приложение А
	SL_ID	Идентификатор случая	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/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/Z AP/Z_SL/S ANK/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/Z AP/Z_SL/S ANK/ DATE_ACT	O	D	
	NUM_ACT	Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/ NUM_ACT	O	T(30)	
	CODE_EXP	Код эксперта качества медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/ 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/Z AP/Z_SL/S ANK/S_COM	У	T(250)	Комментарий к санкциям.
	S_IST	Источник	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/S_IST	O	N(1)	1 – СМО/ТФОМС к МО.
	REG21_S ANK	Региональные элементы в санкциях	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/REG21_SANK	O	S	
Региональные элементы в пациенте						
REG21_P	SOC_STA	Социальный статус	ZL_LIST/Z AP/PACIE	У	N(3)	Заполняется в соответствии с

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
ACIENT	TUS		NT//REG21_PACIENT/SOC_STATUS			приложением 3 к регламенту взаимодействия участников ОМС для случаев диспансеризации.
REG21_PACIENT	CAT_LGOT	Категория льгот	ZL_LIST/ZAP/PACIENT/REG21_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
	USL_OK	Условия оказания медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/REG21_Z_SL//USL_OK	О	N(2)	Классификатор условий оказания медицинской помощи (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 соответствия Тарифным соглашением	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/REG21_SL/PROFIL_TS	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;

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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_B AS	Сумма к оплате по базовому тарифу	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/TARIF_B AS	О	N(15.2)	Заполняется без учета коэффициентов индексации Тарифов.
	COD_LEV EL	Уровень оказания медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/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/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/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/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/FL	У	T(30)	Разделитель — символ «;» (точка с запятой). Заполняется в соответствии с

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						приложением 7 к регламенту взаимодействия участников ОМС.
	COD_VD	Код врачебной должности (среднего мед. персонала)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/COD_VD	У	Т(6)	Заполняется в соответствии с приложением 8 к регламенту взаимодействия участников ОМС для случаев оказания амбулаторной МП.
	COD_ZS	Код законченного случая	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/COD_ZS	О	Т(3)	Заполняется в соответствии с приложениями 4,5,6 к регламенту взаимодействия участников ОМС (дополняется нулями слева).
	CODE_MO O_DOG	Код МО, с которым заключен договор на предоставление медицинских услуг	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/ CODE_MO _DOG	У	Т(6)	Заполняется в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Чувашской Республики (размещен на сайте ТФОМС ЧР). Заполняется для диспансеризации/профосмотра в случае, когда осмотр проводится врачом из другой МО.
	RSLT_DIS P	Результат диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/ 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_HEAL TH	Группа здоровья	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/ GR_HEAL TH	У	N(1)	Указывается номер группы здоровья по завершению диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) (для 1-го этапа и в случае отправки пациента на 2-й

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						этап). 1 – 1-я группа 2 – 2-я группа 3 – 3-я группа 4 – 4-я группа 5 – 3а группа 6 – 3б группа
	PRVS	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего историю болезни	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/PRVS	О	N(4)	Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А, V021).
	IDDOKT	СНИЛС медицинского работника, ответственного за организацию и проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованного лица	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_S L/IDDOKT	О	T(25)	Заполняется в соответствии с территориальным справочником.
Региональные элементы в назначении						
REG21_N AZ	NAZ_IDDOKT	СНИЛС медицинского работника, назначившего диагностическое исследование	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NAZ/REG21_NAZ_IDDOKT	У	T(25)	Заполняется в соответствии с территориальным справочником.
	NAZ_DATE	Плановая назначенная дата проведения диагностического исследования	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NAZ/REG21_NAZ_DATE	У	D	
Региональные элементы в услуге						
REG21_USL	PROFIL_TS	Профиль соответствия Тарифным соглашением	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/USL/REG21_USL/COND_USL	У	N(1)	Заполняется для всех типов диспансеризации (профилактических медицинских осмотров).

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						0 – услуга выполнена 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
	DATE_USL	Дата назначения услуги (диагностического исследования)	ZL_LIST/AP/Z_SL/S L/USL/REG 21_USL /DATE_USL	У	D	
Региональные элементы в санкциях						
REG21_S ANK	MSGUID	Уникальный идентификационный номер случая	ZL_LIST/AP/Z_SL/S ANK/REG2 1_SANK/M SGUID	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)

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:

CPiNiPpNr_YYMMN.XML, где

C – константа, обозначающая передаваемые данные.

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

или МО).

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

или МО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

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

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

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

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо C 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 ("")	"
одинарная кавычка (')	'
левая угловая скобка ("<")	<
правая угловая скобка (">")	>
амперсant ("&")	&

Правила заполнения элементов реестра счета, включая тип и формат элемента, при ведении персонализированного 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	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	O	T(5)	Текущей редакции соответствует значение «3.1.10».
	DATA	Дата	ZL_LIST/ZGLV/DATA	O	D	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	Имя файла	ZL_LIST/ZGLV/FILENAME	O	T(26)	Имя файла без расширения.
	SD_Z	Количество записей в файле	ZL_LIST/ZGLV/SD_Z	O	N(9)	Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл.
Счёт						
SCHET	CODE	Код записи счета	ZL_LIST/SCHET/CODE	O	N(8)	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	Реестровый номер медицинской организации	ZL_LIST/SCHET/CODE_MO	O	T(6)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	Отчетный год	ZL_LIST/SCHET/YEAR	O	N(4)	
	MONTH	Отчетный месяц	ZL_LIST/SCHET/MONTH	O	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	O	T(15)	
	DSCHET	Дата выставления счёта	ZL_LIST/SCHET/DSCHET	O	D	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Платательщик.	ZL_LIST/SCHET/PLAT	У	T(5)	Заполняется в соответствии со

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		Реестровый номер СМО.	T			справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	Сумма счета, выставленная МО на оплату	ZL_LIST/S CHET/SU MMAV	O	N(15. 2)	
	COMENTS	Служебное поле к счету	ZL_LIST/S CHET/CO MENTS	Y	T(250)	
	SUMMAP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/S CHET/SU MMAV	Y	N(15. 2)	Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	Финансовые санкции (МЭК)	ZL_LIST/S CHET/SA NK_MEK	Y	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/S CHET/SA NK_MEE	Y	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/S CHET/SA NK_EKMP	Y	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/Z AP/N_ZAP	O	N(8)	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	Признак исправленной записи	ZL_LIST/Z AP/PR_NO V	O	N(1)	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	Сведения о пациенте	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT	O	S	
	Z_SL	Сведения о законченном случае	ZL_LIST/Z AP/Z_SL	O	S	Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи включаются в счет при наличии

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						в одном из случаев, входящих в законченный случай, сведений о выявлении подозрения на злокачественное новообразование (DS_ONK=1), или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09).
Сведения о пациенте						
PACIENT	ID_PAC	Код записи о пациенте	ZL_LIST/AP/PACIENT/ID_PAC	O	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/AP/PACIENT/VPOLIS	O	N(1)	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	ZL_LIST/AP/PACIENT/SPOLIS	Y	T(10)	
	NPOLIS	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	ZL_LIST/AP/PACIENT/NPOLIS	O	T(20)	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	ST_OKATO	Регион страхования	ZL_LIST/AP/PACIENT/ST_OKATO	Y	T(5)	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	Реестровый номер СМО.	ZL_LIST/AP/PACIENT/SMO	Y	T(5)	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	SMO_OGRN	ОГРН СМО	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/SMO_ OGRN	У	T(15)	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	ОКАТО территории страхования	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/SMO_ OK	У	T(5)	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_NAM	Наименование СМО	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/SMO_ NAM	У	T(100)	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	INV	Группа инвалидности	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/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/Z AP/PACIE NT/MSE	У	N(1)	Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.
	NOVOR	Признак новорождённого	ZL_LIST/Z AP/PACIE NT/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/Z AP/PACIE NT/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						

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
Z_SL	IDCASE	Номер записи в реестре законченных случаев	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ IDCASE	O	N(11)	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	Условия оказания медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ USL_OK	O	N(2)	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006).
	VIDPOM	Вид медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ VIDPOM	O	N(4)	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008
	FOR_POM	Форма оказания медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ FOR_POM	O	N(1)	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014
	NPR_MO	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	ZL_LIST/Z AP/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) при направлении из другой МО
	NPR_DATE	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	ZL_LIST/Z AP/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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						входит в диапазон D00-D09)-при направлении из другой МО
	LPU	Код МО	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ LPU	У	T(6)	Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	DATE_Z_1	Дата начала лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ DATE_Z_1	О	D	
	DATE_Z_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ DATE_Z_2	О	D	
	KD_Z	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ KD_Z	У	N(3)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара
	VNOV_M	Вес при рождении	ZL_LIST/Z AP/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/Z AP/Z_SL/ RSLT	О	N(3)	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009).
	ISHOD	Исход заболевания	ZL_LIST/Z AP/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/Z AP/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/Z AP/Z_SL/ VB_P	У	N(1)	Указывается «1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом.
	SL	Сведения о случае	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ SL	ОМ	S	Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях.

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	IDSP	Код способа оплаты медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ IDSP	O	N(2)	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	Сумма, выставленная к оплате	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ SUMV	O	N(15.2)	Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL
	OPLATA	Тип оплаты	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ OPLATA	Y	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/Z AP/Z_SL/ SUMP	Y	N(15.2)	Заполняется СМО (ТФОМС)
	SANK	Сведения о санкциях	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK	YM	S	Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.
	SANK_IT	Сумма санкций по законченному случаю	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/ SANK_IT	Y	N(15.2)	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK.
	REG21_Z_SL	Региональные элементы в законченном случае	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R EG21_Z_S L	Y	S	
Сведения о случае						
SL	SL_ID	Идентификатор случая	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/SL_ID	O	T(36)	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.
	LPU_1	Подразделение МО	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/LPU_1	Y	T(8)	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	Код отделения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/PODR	Y	N(12)	Отделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	Профиль медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/PROFIL	O	N(3)	Классификатор V002.
	PROFIL_K	Профиль койки	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ PROFIL_K	Y	N(3)	Классификатор V020. Обязательно к заполнению для дневного и круглосуточного стационара (USL_OK = 1 или USL_OK = 2)

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	DET	Признак детского профиля	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ DET	О	N(1)	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	P_CEL	Цель посещения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ 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/Z AP/Z_SL/S L/ NHISTORY	О	T(50)	
	P_PER	Признак поступления/ перевода	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ 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/Z AP/Z_SL/S L/ DATE_1	О	D	
	DATE_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ DATE_2	О	D	
	KD	Продолжительность госпитализации (койко-дни/ пациенто-дни)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ KD	У	N(3)	Обязательно к заполнению для круглосуточного и дневного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2)
	DS0	Диагноз первичный	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ 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/Z AP/Z_SL/S L/ DS1	О	T(10)	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи(USL_OK=4)).
	DS2	Диагноз сопутствующего заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/S L/ 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/S L/ 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/S L/ 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) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи
	DS_ONK	Признак подозрения на злокачественное новообразование	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/S L/ DS_ONK	О	N(1)	Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование.

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	DN	Диспансерное наблюдение	ZL_LIST/ZA P/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/Z AP/Z_SL/S L/ CODE_ME S1	УМ	T(20)	Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	CODE_MES2	Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ CODE_ME S2	У	T(20)	Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	NAPR	Сведения об оформлении направления	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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).
	CONS	Сведения о проведении консилиума	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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).
	ONK_SL	Сведения о случае лечения онкологического заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL	У	S	Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						- «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09), если (USL_OK не равен 4 и REAB не равен 1 и DS_ONK не равен 1)
	KSG_KPG	Сведения о КСГ/КПГ	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G	У	S	Заполняется при оплате случая лечения по КСГ или КПГ
	REAB	Признак реабилитации	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REAB	У	N(1)	Указывается значение «1» для случаев реабилитации
	PRVS	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/PRVS	О	N(4)	Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А V021).
	VERS_SPEC	Код классификатора медицинских специальностей	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ VERS_SPE C	О	T(4)	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей
	IDDOKT	СНИЛС лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ IDDOKT	О	T(25)	Региональный справочник
	ED_COL	Количество единиц оплаты медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ ED_COL	У	N(5.2)	
	TARIF	Тариф	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						диагноза входит в диапазон D00-D09).
	SUM_M	Стоимость случая, выставленная к оплате	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/SUM_M	O	N(15.2)	Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг.
	USL	Сведения об услуге	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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).
	COMENTSL	Служебное поле	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ COMENTSL	У	T(250)	
	REG21_SL	Региональные элементы в случае	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL	У	S	
Сведения об оформлении направления						
NAPR	NAPR_DATE	Дата направления	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NAPR/ NAPR_DATE	O	D	
	NAPR_MO	Код МО, куда оформлено направление	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NAPR/ APR_MO	У	T(6)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	NAPR_V	Вид направления	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NAPR/N APR_V	O	N(2)	Классификатор видов направления V028
	MET_ISSL	Метод диагностического исследования	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/NAPR/M ET_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/Z AP/Z_SL/S L/NAPR/N APR_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/Z AP/Z_SL/S L/CONS/ PR_CONS	O	N(1)	Классификатор целей консилиума N019
	DT_CONS	Дата проведения консилиума	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/CONS/	У	D	Обязательно к заполнению, если консилиум проведен (PR_CONS={1,2,3})
Сведения о случае лечения онкологического заболевания						
ONK_SL	DS1_T	Повод обращения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /	O	N(2)	Классификатор поводов обращения N018
	STAD	Стадия заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL	У	N(4)	Заполняется в соответствии со справочником N004.

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
			/ONK_N			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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	BSA	Площадь поверхности тела (м ²)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /B_DIAG	УМ	S	Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах
	B_PROT	Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /B_DIAG/ DIAG_DATE	O	D	
	DIAG_TIP	Тип диагностического показателя	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /B_DIAG/ DIAG_TIP	O	N(1)	
	DIAG_CODE	Код диагностического показателя	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /B_DIAG/ DIAG_CODE	O	N(3)	
	DIAG_RSLT	Код результата диагностики	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /B_DIAG/ DIAG_RSLT	У	N(3)	
	REC_RSLT	Признак получения результата диагностики	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /B_DIAG/ REC_RSLT	У	N(1)	

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах						
B_PROT	PROT	Код противопоказания или отказа	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /B_PROT/ PROT	O	N(1)	Заполняется в соответствии со справочником N001.
	D_PROT	Дата регистрации противопоказания или отказа	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /B_PROT/ D_PROT	O	D	
Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания						
ONK_US L	USL_TIP	Тип услуги	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /ONK_US L/ USL_TIP	O	N(1)	Заполняется в соответствии со справочником N013.
	HIR_TIP	Тип хирургического лечения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /ONK_US L/HIR_TIP	Y	N(1)	При USL_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равно 1.
	LEK_TIP_L	Линия лекарственной терапии	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /ONK_US L/LEK_TIP_L	Y	N(1)	При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равно 2
	LEK_TIP_V	Цикл лекарственной терапии	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /ONK_US L/LEK_TIP_V	Y	N(1)	При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равно 2
	LEK_PR	Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /ONK_US L/LEK_PR	YM	S	Обязательно к заполнению при USL_TIP=2 или USL_TIP=4
	PPTR	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /ONK_US L/PPTR	Y	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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /ONK_US L/LUCH_TIP	Y	N(1)	При USL_TIP=3 или USL_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017. Не подлежит заполнению при

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						USL_TIP не равно 3 или 4
Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате						
LEK_PR	REGNUM	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /ONK_US L/LEK_PR / REGNUM	O	T(6)	Заполняется в соответствии с классификатором N020
	CODE_SH	Код схемы лекарственной терапии	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /ONK_US L/LEK_PR / REGNUM	O	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/Z AP/Z_SL/S L/ONK_SL /ONK_US L/LEK_PR / DATE_INJ	OM	D	
Сведения о КСГ/КПГ						
KSG_KPG	N_KSG	Номер КСГ	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/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_KPG
	VER_KSG	Модель определения КСГ	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/VER_KSG	O	N(4)	Указывается версия модели определения КСГ (год)
	KSG_PG	Признак использования подгруппы КСГ	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/KSG_PG	O	N(1)	0 – подгруппа КСГ не применялась; 1 – подгруппа КСГ применялась

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	N_KPG	Номер КПП	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/N_KPG	У	T(4)	Номер КПП (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПП. Не подлежит заполнению при заполненном N_KSG
	KOEF_Z	Коэффициент затратоемкости	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/KOEF_Z	О	N(2.5)	Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПП
	KOEF_UP	Управленческий коэффициент	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/KOEF_UP	О	N(2.5)	Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПП. При отсутствии указывается «1»
	BZTSZ	Базовая ставка	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/BZTSZ	О	N(6.2)	Значение базовой ставки, указывается в рублях
	KOEF_D	Коэффициент дифференциации	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/KOEF_D	О	N(2.5)	Значение коэффициента дифференциации
	KOEF_U	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/KOEF_U	О	N(2.5)	Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи
	CRIT	Классификационный критерий	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/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 КПП, 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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	SL_K	Признак использования КСЛП	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/SL_K	O	N(1)	0 – КСЛП не применялся; 1 – КСЛП применялся
	IT_SL	Применённый коэффициент сложности лечения пациента	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/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/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/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/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/SL_KOEF F/IDSL	O	N(4)	В соответствии с региональным справочником.
	Z_SL	Значение коэффициента сложности лечения пациента	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/KSG_KP G/SL_KOEF F/Z_SL	O	N(1.5)	
Сведения об услуге						
USL	IDSERV	Номер записи в реестре услуг	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/ IDSERV	O	T(36)	Уникален в пределах случая
	LPU	Код МО	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/LP U	O	T(6)	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003
	LPU_1	Подразделение МО	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/LP U_1	У	T(8)	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	Код отделения	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/PO DR	У	N(12)	Отделение МО лечения из регионального справочника
	PROFIL	Профиль медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/PR OFIL	O	N(3)	Классификатор V002.
	VID_VME	Вид медицинского вмешательства	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/VI D_VME	У	T(18)	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению: для услуг диализа, для услуг, условие оказания

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						которых является тарифообразующим, в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09).
	DET	Признак детского профиля	ZL_LIST/ ZAP/Z_SL/S L/USL/DE T	O	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/S L/USL/DA TE_IN	O	D	
	DATE_OUT	Дата окончания оказания услуги	ZL_LIST/ ZAP/Z_SL/S L/USL/DA TE_OUT	O	D	
	DS	Диагноз	ZL_LIST/ ZAP/Z_SL/S L/USL/DS	O	T(10)	Код из справочника МКБ до уровня подрубки
	CODE_USL	Код услуги	ZL_LIST/ ZAP/Z_SL/S L/USL/CO DE_USL	O	T(20)	Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг.
	KOL_USL	Количество услуг (кратность услуги)	ZL_LIST/ ZAP/Z_SL/S L/USL/KO L_USL	O	N(6.2)	
	TARIF	Тариф	ZL_LIST/ ZAP/Z_SL/S L/USL/TA RIF	У	N(15. 2)	
	SUMV_USL	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	ZL_LIST/ ZAP/Z_SL/S L/USL/SU MV_USL	O	N(15. 2)	Может принимать значение 0
	PRVS	Специальность медработника, выполнившего услугу	ZL_LIST/ ZAP/Z_SL/S L/USL/PR VS	O	N(4)	Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А V021).

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	CODE_MD	СНИЛС медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/CO DE_MD	O	T(25)	Заполняется в соответствии с территориальным справочником.
	NPL	Неполный объём	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/NP L	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/Z AP/Z_SL/S L/USL/CO MENTU	У	T(250)	
	REG21_USL	Региональные элементы в услуге	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/RE G21_USL	O	S	
Сведения о санкциях						
SANK	S_CODE	Идентификатор санкции	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/S_C ODE	O	T(36)	
	S_SUM	Сумма финансовой санкции	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/S_SU M	O	N(15. 2)	При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0
	S_TIP	Код вида контроля	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/S_TI P	O	N(2)	Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006, Приложение А
	SL_ID	Идентификатор случая	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/SL_I D	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/Z AP/Z_SL/S ANK/S_OS N	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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	DATE_ACT	Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/DAT E_ACT	O	D	
	NUM_ACT	Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/NUM _ACT	O	T(30)	
	CODE_EXP	Код эксперта качества медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/COD E_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/Z AP/Z_SL/S ANK/S_C OM	У	T(250)	Комментарий к санкции.
	S_IST	Источник	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/ S_IST	O	N(1)	1 – СМО/ТФОМС к МО.
	REG21_SAN K	Региональные элементы в санкции	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/REG 21_SANK	O	S	
Региональные элементы в законченном случае						
REG21_ Z_SL	EXTR	Направление (госпитализация)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R EG21_Z_S L/EXTR	У	N(2)	1 – плановая; 2 – экстренная.
	USL_OK_NP R	Условия оказания МП пациенту при направлении на лабораторное исследование в централизованную лабораторию	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R EG21_Z_S L/USL_OK _NPR	У	N(2)	Заполняется для лабораторного исследования, оказанного в централизованной лаборатории в соответствии с классификатором условий оказания МП V006
	MKB_O	Код диагноза в соответствии с международной классификацией болезней - онкология (МКБ-О), 3 издание	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R EG21_Z_S L/MKB_O	У	T(10)	
	DATE_DS	Дата постановления	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R EG21_Z_S	У	D	

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		диагноза впервые выявленного у пациента онкологического заболевания	L/DATE_DS			
	LPU_DS	Код МО, в которой поставлен диагноз впервые выявленного у пациента онкологического заболевания	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R EG21_Z_S L/LPU_DS	У	T(6)	Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	DATE_DN	Дата постановки пациента с онкологическим заболеванием на диспансерное наблюдение	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/R EG21_Z_S L/DATE_DN	У	D	
Региональные элементы в случае						
REG21_SL	MSGUID	Уникальный идентификационный номер случая	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL/MSGUID	О	T(36)	
	PROFIL_TS	Профиль в соответствии с Тарифным соглашением	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL/PROFIL_TS	О	N(3)	Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС.
	C_AMB	Цель посещения амбулаторной медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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);

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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/Z AP/Z_SL/S L/REG21_ SL/TARIF_ BAS	О	N(15. 2)	Заполняется без учета коэффициентов индексации Тарифов.
	MP_PO	Оказание МП в приемном отделении	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_ SL/MP_PO	О	N(1)	1 – да; 0 – нет.
	COD_LEVEL	Уровень оказания медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_ SL/SL/CO D_LEVEL	О	N(1)	1 – I уровень (муниципальный); 2 – II уровень (межрайонный); 3 – III уровень (клинический).
	COD_LVL	Подуровень оказания медицинской помощи	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_ SL/COD_L VL	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/Z AP/Z_SL/S	У	T(30)	Разделитель — символ «;»

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
			L/REG21_SL/FL			(точка с запятой). Заполняется в соответствии с приложением 7 к регламенту взаимодействия участников ОМС.
	COD_VD	Код врачебной должности (среднего мед. персонала)	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL/COD_V D	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/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL/COD_Z S	О	T(3)	Заполняется в соответствии с приложениями 4,5,6 к регламенту взаимодействия участников ОМС (дополняется нулями слева).
	TROMB	Проведение тромболизиса	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/REG21_SL/TROM B	У	N(1)	Заполняется для случаев оказания СМП (USL_Ок=4) и помощи в стационаре (USL-ОК=1). 1 – да; 0 – нет.
	V_ABORT	Вид аборта	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/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/Z AP/Z_SL/S L/USL/REG21_USL/PROFIL_TS	О	N(3)	Заполняется в соответствии с приложением 10 к регламенту взаимодействия участников ОМС.

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
	FL_DENT	Формула зуба	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S L/USL/RE G21_USL /FL_DENT	У	T(2)	Заполняется при оказании стоматологической помощи.
Региональные элементы в санкции						
REG21_SANK	MSGUID	Уникальный идентификационный номер случая	ZL_LIST/Z AP/Z_SL/S ANK/REG 21_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	Формат	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	OM	S	Содержит персональные данные пациента
Заголовок файла						
ZGLV	VERSION	Версия	PERS_LIST	О	T(5)	Текущей редакции

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		взаимодействия	/ZGLV/VERSION			соответствует значению «3.2»
	DATA	Дата	PERS_LIST /ZGLV/DATA	O	D	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	Имя файла	PERS_LIST /ZGLV/FILENAME	O	T(26)	Имя файла без расширения.
	FILENAME1	Имя основного файла	PERS_LIST /ZGLV/FILENAME1	O	T(26)	Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения.
Данные						
PERS	ID_PAC	Код записи о пациенте	PERS_LIST /PERS/ID_PAC	O	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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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	O	N(1)	Заполняется в соответствии с классификатором V005.
	DR	Дата рождения пациента	PERS_LIST /PERS/DR	O	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;

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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	PERS_LIST /PERS/OT_	У	T(40)	Заполняются данные о

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
		представителя пациента	P			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

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						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 «б», 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	T(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	T(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	T(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	T(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,

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						которым оказана МП за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы
	DOCORG	Наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность	PERS_LIST/PERS/DOCORG	У	T(1000)	При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к заполнению для застрахованных лиц, которым оказана МП за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы
	SNILS	СНИЛС пациента или представителя	PERS_LIST/PERS/SNILS	У	T(14)	СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.
	OKATOG	Код места жительства по ОКАТО	PERS_LIST/PERS/OKATOG	У	T(11)	Заполняется при наличии сведений
	OKATOP	Код места пребывания по ОКАТО	PERS_LIST/PERS/OKATOP	У	T(11)	Заполняется при наличии сведений
	COMENTP	Служебное поле	PERS_LIST/PERS/COMENTP	У	T(250)	
	REG21_PERS	Региональные элементы данных	PERS_LIST/PERS/REG21_PERS	О	S	
Региональные элементы в данных						
REG21_PERS	ADR_PASP	Адрес регистрации	PERS_LIST/PERS/REG21_PERS/ADR_PASP	О	T(250)	
	ENP	ЕНП	PERS_LIST/PERS/REG21_PERS/ENP	У	N(16)	Единый номер застрахованного из единого реестра застрахованных Заполняется при наличии

Таблица Д.6. Файл актов экспертиз

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ACT_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле.
	ACT	OM	S	Данные	Содержит данные об акте
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	1.1
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	CODE_SMO	O	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002.
Акт					
ACT	ID_ACT	O	T(36)	Код записи об акте	
	NUM_ACT	O	T(20)	Номер акта	Заполняется СМО.
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля	Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006
	WAIT_ACT	Y	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	O	N(4)	Номер позиции записи	
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	NSCHET	Y	T(15)	Номер счёта	Заполняется всегда, кроме ситуаций, когда акт экспертизы невозможно

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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	O	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	УМ	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

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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/ FNAM E	O	T(24)	
	FNAME_I	Имя исходного файла	FLK_P/ FNAM E_I	O	T(24)	
	PR	Причина отказа	FLK_P/ PR	HM	S	
Причины отказа						
PR	OSHIB	Код ошибки	FLK_P/ PR/OS HIB	O	T(12)	Идентификатор проверки в соответствии с классификаторам и Q015 и Q022
	IM_POL	Имя поля	FLK_P/ PR/IM_ POL	У	T(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	T(100)	Значение поля, вызвавшее ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	NSCHET	Номер счета	FLK_P/ PR/NS CHET	У	T(15)	Номер счета, в котором обнаружена ошибка.
	BAS_EL	Имя базового элемента	FLK_P/ PR/BA	У	T(20)	Не заполняется только в том

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
			S_EL			случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	N_ZAP	Номер записи	FLK_P/ PR/N_Z AP	У	T(36)	Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка.
	ID_PAC	Код записи о пациенте	FLK_P/ PR/ID_ PAC	У	T(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/IDC ASE	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	T(36)	Идентификатор случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «SL», в том числе во

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018	Тип	Формат	Дополнительная информация
						входящих в него услугах).
	IDSERV	Номер записи в реестре услуг	FLK_P/ PR/ID SERV	У	T(36)	Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL»).
	COMMENT	Комментарий	FLK_P/ PR/CO MMEN T	У	T(250)	Описание ошибки.

Таблица Д.8 Структура файла счета МТР

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
SCHET_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле.
	SCHET	O	S	Данные	Содержит данные о счете.
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	1.0
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО	
Счет					
SCHET	ID_SCHET	O	T(36)	Код записи о счете	
	NUM_SCHET	O	T(10)	Номер счета	
	SUBJECT	O	T(200)	Предмет счета	
	DATE_SCHET	O	D	Дата счета	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	KOL	O	N(3)	Кол-во случаев	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SUM	O	N(15.2)	Сумма к оплате	
	PLAT	O	S	Платательщик	
	SUPPLIER	O	S	Поставщик	
	GL_VRACH	O	T(200)	ФИО главного врача	
	GL_BUH	O	T(200)	ФИО главного бухгалтера	
Платательщик					
PLAT	INN_P	O	N(11)	ИНН	
	KPP_P	O	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	O	N(9)	БИК	
	ADRES_P	O	T(200)	Адрес	
	NAME_P	O	T(250)	Наименование плательщика	
Поставщик					
SUPPLIER	INN_S	O	N(11)	ИНН	
	KPP_S	O	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	O	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	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле.
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи.
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия	3.0

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				взаимодействия	
	NUM	O	N(4)	Номер файла	
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	CODE_MO	O	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	O	N(2)	Отчетный месяц	
Записи					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах файла.
	FAM	O	T(40)	Фамилия пациента или представителя	(*)
	IM	O	T(40)	Имя пациента или представителя	
	OT	O	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 07.04.2011 № 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

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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	T(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

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					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	T(100)	Наименование СМО	Заполняется в ответе на ЗСП от МО в соответствии с ответом ЦК ЕРЗ. (*)
	MSGUID	О	T(36)	Уникальный идентификационный номер случая	
	DATE_1	О	D	Дата начала лечения	
	DATE_2	О	D	Дата окончания лечения	На эту дату рассчитывается, в какой СМО застрахован пациент.
	P_NOVOR	О	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

Структура информационных пакетов

Информация о пролеченных больных, направляемая МО в адрес Территориального фонда ОМС Чувашской Республики, объединяется в файл пакета информационного обмена. Файл пакета информационного обмена за отчетный период должен состоять из следующих файлов:

- реестры счетов в электронном формате (*.oms), согласно Приказа ФФОМС от 07.04.2011 №79, имя файла должно удовлетворять требованиям правил именования файлов информационного обмена;

- счета (*_S.pdf), имя файла состоит из имени файла реестра счета в электронном формате с добавлением символов «_S»;

- реестры счетов pdf-формате (*_R.pdf), имя файла состоит из имени файла реестра счета в электронном формате с добавлением символов «_R»;

- реестры направлений (*_Napr.pdf), имя файла состоит из имени файла реестра счета в электронном формате с добавлением символов «_Napr» (при необходимости).

Каждый файл в пакете предварительно подписывается электронной подписью.

Файл пакета для разных СМО формируются отдельно.

Файл пакета должны быть упакован в архив формата ZIP.

Имя файла пакета формируется по следующему принципу:

YYYYMM_BBBBBB_SSSSS_W_N.ZIP, где

YYYY – год отчетного периода;

MM – номер месяца отчетного периода;

BBBBBB – код МО;

SSSSS – код СМО;

W – признак первичности:

P - первичные счета;

E - повторные счета, не связанные с превышением объемов (ошибки);

A - повторные счета, отклоненные с превышением объемов;

N – порядковый номер пакета (один знак) присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу отдельно для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде, отдельно для первичных, отдельно для повторных с ошибками, отдельно для повторных с превышением объема.

Например: медицинская организация РКБ, счета АО "СК "ЧУВАШИЯ-МЕД" за январь месяц, пакет №1, первичные счета: **202101_212401_21002_P_1.zip**, в котором заархивированы все счета (*_S.pdf), реестры счетов в электронном формате (*.oms), реестры счетов в pdf-формате (*_R.pdf), реестры направлений (*_Napr.pdf) (при необходимости). Все документы должны быть предварительно подписаны электронной подписью.

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	Объем 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)
	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 _____

**2. РЕЕСТР ПРОЛЕЧЕННЫХ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЗАСТРАХОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ
ДРУГИХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.**

РЕЕСТР СЧЕТА № _____ 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	Объем 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) _____ (подпись)

М.П.

М.П.

Расчет суммы к перечислению средств ОМС

_____ (наименование СМО)

по МО _____ (наименование МО)

за _____ месяц _____ года

Расчет:

Наименование показателя	№ строки	Всего, рублей
Сумма финансирования на месяц	1	
в том числе:		
- скорая медицинская помощь	1.1.	
- амбулаторная медицинская помощь (с учетом взаиморасчетов, проводимых в рамках подушевого финансирования «Внешних услуг», а также с учетом финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов)	1.2.	
- стационарная медицинская помощь	1.3.	
- медицинская помощь в условиях дневных стационаров	1.4.	
Оплачены лабораторные услуги всего (Таблица 2)	2	
в том числе по случаям:		
- амбулаторная медицинская помощь	2.1.	
- стационарная медицинская помощь	2.2.	
- медицинская помощь в условиях дневных стационаров	2.3.	
Оплачены отдельные медицинские услуги всего (Таблица 3)	3	
в том числе по случаям:		
- амбулаторная медицинская помощь	3.1.	
- стационарная медицинская помощь	3.2.	
- медицинская помощь в условиях дневных стационаров	3.3.	
Подлежит перечислению $4 = 1 - 2 - 3$	4	
Справочно:		
Оплачены лабораторные услуги по МО, оказывающим лабораторные услуги:	5=2	
	5.1.	
	5.2.	
...	...	
Справочно:		

Оплачены отдельные медицинские услуги по МО, оказывающим лабораторные услуги:	6=3	
	6.1.	
	6.2.	
...	...	

Таблица 2. Оплачены лабораторные услуги :

№ п/п	Наименование медицинской организации – исполнителя	Число пролеченных больных	Количество услуг	Сумма, рублей
1	2	3	4	5

Таблица 3. Оплачены отдельные медицинские услуги :

№ п/п	Наименование медицинской организации – исполнителя	Число пролеченных больных	Количество услуг	Сумма, рублей
1	2	3	4	5

Руководитель страховой медицинской организации

_____ (подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Главный бухгалтер страховой медицинской организации

_____ (подпись, расшифровка подписи)

Руководитель финансовой службы страховой медицинской организации

_____ (подпись, расшифровка подписи)

Главный врач

_____ (подпись, расшифровка подписи)

Исполнитель (ФИО, телефон) _____

Дата _____