

РЕГЛАМЕНТ
информационного взаимодействия
между участниками системы обязательного медицинского страхования
Республики Крым, в части ведения персонифицированного учета сведений о
медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам и предоставления
медицинскими организациями счетов и реестров счетов за медицинские услуги,
оказанные по территориальной программе обязательного медицинского
страхования

2022

Настоящий регламент разработан в целях реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования на основании:

- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
- приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
- порядка оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Крым (Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Крым на текущий год в действующей редакции);
- методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования, на текущий год в действующей редакции;
- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
- 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».

Основные сокращения

В настоящем регламенте используются следующие сокращения:

Сокращение	Определение
ДФФС	Документ, подтверждающий факт страхования по ОМС (полис ОМС или временное свидетельство).
ЕНП	Единый номер полиса ОМС
ЕРЗ (ЕРП)	Единый регистр застрахованных лиц (полисов)
Органы ЗАГС	Органы записи актов гражданского состояния
ЗЛ	Застрахованное лицо
ИС	Информационная система
ИС РС ЕРЗ	Информационная система ведения Регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц
МО	Медицинская организация
МП	Медицинская помощь
МТР	Межтерриториальные расчёты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в Российской Федерации вне территории страхования по видам, включённым в базовую программу обязательного медицинского страхования
МЭК	Медико-экономический контроль
МЭЭ	Медико-экономическая экспертиза
НСИ	Нормативно-справочная информация - информация, заимствованная из нормативных документов и справочников, используемая при функционировании информационной системы

Сокращение	Определение
ОКАТО	Общероссийский классификатор административно-территориального деления.
ОМС	Обязательное медицинское страхование
Полис	Полис обязательного медицинского страхования
Правила ОМС	Правила обязательного медицинского страхования, утверждённые Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 158н от 28.02.2011г.
ПУ	Персонифицированный учет
РИС ОМС	Региональная информационная система обязательного медицинского страхования.
РС	Региональный сегмент
СМО	Страховая медицинская организация (работающая в данном субъекте)
СМП	Средний медицинский персонал
ТФОМС	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.
ФЛК	Форматно-логический контроль
ФОМС	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
ЦС	Центральный сегмент
ЭКМП	Экспертиза качества медицинской помощи
326-ФЗ	Федеральный закон об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 года
ПАК	Первичный автоматизированный контроль
КПО	Контроль выполнения плановых объемов медицинской помощи

1. Общие положения

Настоящий регламент определяет:

- Порядок предоставления МО счетов и реестров счетов к оплате за медицинские услуги, оказанные в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым;
- Правила предоставления информации в электронном виде при информационном взаимодействии между ТФОМС Республики Крым, СМО и МО при осуществлении персонифицированного учета оказанной МП;
- Правила предоставления информации в электронном виде СМО в ТФОМС Республики Крым результатов проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления МП по реестрам счетов МО в рамках Территориальной программы ОМС Республики Крым на текущий год в действующей редакции;
- Правила проведения ФЛК и МЭК при информационном взаимодействии между ТФОМС Республики Крым, СМО и МО при осуществлении персонифицированного учета оказанной МП;
- Реестры НСИ;
- Формы реестров счетов на оплату МП и порядок ведения реестров счетов на бумажном и электронном носителях.

2. Сроки и порядок предоставления электронных файлов

Сроки и порядок предоставления медицинскими организациями счетов и реестров счетов к оплате за медицинские услуги

Участники информационного взаимодействия в системе ОМС должны придерживаться следующих сроков и порядка предоставления сведений:

- 2.1 МО не реже 1 раза в 3 дня направляют в ТФОМС по защищенному каналу связи ViPNet (на адрес ViPNet-Клиента «82(ТФОМС Крым) Управление информационной политики»), а при его отсутствии - на магнитном носителе

МО, сформированные файлы предварительных реестров счетов оказанной МП в формате согласно п.3.1 данного регламента для определения страховой принадлежности, проведения предварительных ФЛК и МЭК, расчета стоимости случаев лечения. Данные реестры счетов к оплате не принимаются.

При получении от ТФОМС результатов обработки предварительных реестров они должны быть загружены в программное обеспечение МО с обязательной заменой страховой принадлежности, тарифа и стоимости лечения, ошибок предварительных ФЛК и МЭК. МО принимает меры по исправлению выявленных ошибок и повторно направляет предварительные реестры в ТФОМС для проверки;

- 2.2 МО с 1 числа следующего за отчетным месяца в течение 2-х рабочих дней направляют в ТФОМС по защищенному каналу связи ViPNet (на адрес ViPNet-Клиента «82(ТФОМС Крым) Управление информационной политики») все сформированные окончательные файлы реестров счетов оказанной МП. Файлы реестров счетов формируются по типу (основные, ВМП, диспансеризация, профосмотры, взаиморасчеты и т.д.) без разделения на СМО и МТР, и предоставляются в ТФОМС отдельными файлами в формате согласно п.3.2 данного регламента. Случаи, отклоненные по МЭК, с признаком исправительной записи выставляются отдельным счетом. При переформировании файла реестра счета в рамках приема реестров счетов за текущий отчетный период, во вновь создаваемый файл реестра счета могут входить только случаи, присутствовавшие в первоначальном файле реестра счета; добавление новых случаев не допускается. Имя пакета файла, номер счета и дата счета при переформировании файла реестра счета в рамках приема реестров счетов за текущий отчетный период должны оставаться неизменными для обеспечения возможности автоматической замены реестра счета последней версией по времени отправки файла реестра счета. Не допускается предоставление нескольких (более одного) файлов реестров счетов одного типа, кроме случаев формирования таких файлов в разных программных комплексах. Этот факт должен быть отражен обязательным

заполнением тега PROGRAM в секции ZGLV разными наименованиями программного комплекса.

2.3 ТФОМС в течение 3-х рабочих дней после предоставления МО файлов реестров счетов проводит определение страховой принадлежности, первичный автоматизированный контроль (далее - ПАК). МО принимает меры по исправлению выявленных ошибок и повторно направляет исправленные случаи в ТФОМС в следующем отчетном периоде без возможности дальнейших направлений в последующие отчетные периоды. Реестры, успешно прошедшие первичный автоматизированный контроль правильности заполнения, загружаются в базу данных реестров ТФОМС;

2.4 ТФОМС при условии успешного прохождения ПАК производит кроссирование и формирование реестров счетов в разрезе страховой принадлежности в формате согласно пп.3.3, 3.5, 3.6, 3.7 данного регламента. Номер счета и номер пакета остаются такими же, дата счета формируется на момент формирования реестров счетов.

ТФОМС направляет в МО:

- файлы реестров с ПАК в электронном виде в формате согласно п.3.2 данного регламента.

Отправка файлов осуществляется по защищенному каналу связи ViPNet. В организациях, где нет защищенного канала связи ViPNet, файлы передаются на магнитном носителе по мере обращения организации в ТФОМС.

2.5 ТФОМС в течение 3-х рабочих дней после кроссирования проводит МЭК и контроль выполнения плановых объемов (далее - КПО). После проведения КПО ТФОМС вносит в реестры счетов информацию о размере месячного подушевого норматива финансирования и о размере финансового обеспечения ФАП;

Порядок проведения КПО:

2.5.1 ТФОМС проводит КПО в разрезе МО и условий оказания медицинской помощи, в соответствии с Договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; КПО

проводится в два этапа: первым проводится контроль в разрезе финансирования, вторым – в разрезе объемов;

2.5.2 ТФОМС проводит КПО ежемесячно, нарастающим итогом (1/12, 2/12, 3/12 и т.д.); снятие производится ежемесячно при условии превышения квартального плана нарастающим итогом (3/12, 6/12, 9/12, 12/12);

2.5.3 Снятие случаев по превышению установленных объемов производится в разрезе СМО (пропорционально на основании данных по итогам предыдущих годов) с более поздней датой конца лечения; при равной дате конца лечения с меньшей суммой случая, выставленного к оплате;

2.6 ТФОМС в течение 1-го рабочего дня с момента окончания проведения проверок передает следующие документы:

ТФОМС направляет в МО:

- счета на оплату по МТР (Приложение №2) в формате Excel по защищенному каналу связи VipNet, на каждый файл реестра счета формируется отдельный счет на оплату по законченным случаям;
- заключения МЭК по МТР (Приложение №5) на бумажном носителе в 2-х экземплярах не позднее 25 рабочих дней после предоставления реестра счета и счета на оплату. После подписания заключений МЭК руководителем МО 1 экземпляр возвращается в ТФОМС в течение 15 рабочих дней с даты получения.

ТФОМС направляет в СМО:

- заключения МЭК (Приложение №4), либо заключения повторного МЭК (Приложение №6) на бумажном носителе в 3-х экземплярах;
- проверенные файлы реестров счетов с указанными суммами оплаты и выявленными дефектами в формате согласно пп.3.3, 3.5, 3.6, 3.7 данного регламента;
- Акт приема-передачи реестра счетов граждан, застрахованных по ОМС и Акт приема-передачи реестра счетов по взаиморасчетам граждан, застрахованных по ОМС (Приложение №3) в электронном виде.

2.7 МО в течение 2-х рабочих дней со дня передачи ТФОМС подписывает и передает оригиналы счетов на оплату по МТР в ТФОМС (Приложение №2) не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным;

2.8 СМО в течение 1-го рабочего дня с момента получения от ТФОМС документов передает по защищенному каналу связи ViPNet следующие документы:

СМО направляет в МО:

- счета на оплату (Приложение №1) в формате Excel, на каждый файл реестра счета формируется отдельный счет на оплату по законченным случаям;
- заключения МЭК (Приложение №4), либо заключения повторного МЭК (Приложение №6) на бумажном носителе в 3-х экземплярах. После подписания заключения МЭК руководителем МО 2-а экземпляра возвращаются в СМО не позднее 15 рабочих дней с момента получения;
- проверенные файлы реестров счетов с указанными суммами оплаты и выявленными дефектами в формате согласно пп.3.3, 3.5, 3.6, 3.7 данного регламента.

В МО, где нет защищенного канала связи ViPNet, файлы передаются на магнитном носителе МО по мере обращения МО в СМО.

Один экземпляр заключения МЭК остается в СМО.

СМО направляет в ТФОМС:

- заключения МЭК (Приложение №4), либо заключения повторного МЭК (Приложение №6) на бумажном носителе в 1-ом экземпляре, подписанные руководителем МО и заверенные печатью;
- Акт приема-передачи реестра счетов граждан, застрахованных по ОМС и Акт приема-передачи реестра счетов по взаиморасчетам граждан, застрахованных по ОМС (Приложение №3) на бумажном носителе в 2-х экземплярах, подписанные руководителем СМО и заверенные печатью.

**Сроки и порядок предоставления страховыми медицинскими
организациями результатов медико-экономических экспертиз и экспертиз
качества медицинской помощи**

- 2.9 СМО ежемесячно до 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, представляет в электронном виде в ТФОМС Республики Крым результаты МЭЭ/ЭКМП, сформированные на основании экспертиз законченных случаев, на адрес сети VipNet 82(ТФОМС Крым) Управление информационной политики (формат файлов п. 3.9) файлы актов:
- а) согласованных с МО;
 - б) при наличии протокола разногласий МО;
 - в) несогласованных с МО, по истечению 45 дней с даты их направления в МО (в случае отсутствия протокола разногласий МО);
 - г) подписанных СМО, направленных на согласование в МО со статусом «не подписан в МО». По результатам подписания акта, СМО направляют его с тем же номером, скорректированными санкциями (при необходимости) и измененным статусом «подписан в МО». Данные акты подаются штатно с ежемесячным отчетом.
- 2.10 ТФОМС Республики Крым в течение 3-х рабочих дней со дня получения результатов МЭЭ/ЭКМП, проводит ФЛК. Файлы актов, отклоненные по ФЛК с указанием ошибок, направляются в СМО.
- 2.11 СМО в течение 3-х рабочих дней со дня получения результатов ФЛК ТФОМС Республики Крым проводит мероприятия по устранению выявленных ошибок и представляет в ТФОМС Республики Крым исправленные файлы актов на адрес сети VipNet 82(ТФОМС Крым) Управление информационной политики.
- 2.12 ТФОМС Республики Крым в течение 3-х рабочих дней, со дня получения от СМО результатов МЭЭ/ЭКМП, с учетом исправлений, загружает их в ПО «Медэксперт». В случае наличия ошибок СМО в повторно представленных файлах актов - они подлежат корректировке и передаче СМО в ТФОМС Республики Крым в следующий отчетный период.

- 2.13 СМО в течении 2-х рабочих дней со дня передачи информации ТФОМС Республики Крым о результатах ФЛК, формирует Акт приема-передачи сведений о проведенных МЭЭ/ЭКМП, содержащий данные файлов актов, согласованных с МО и успешно прошедших ФЛК, по форме Приложения №7, и передает 2 экземпляра на бумажном носителе, подписанных руководителем (или уполномоченным лицом), в ТФОМС Республики Крым и в электронном формате на адрес сети VipNet 82 (ТФОМС Крым) Вед.сп.ОМЭР Попхадзе А.И.
- 2.14 Представленные СМО результаты МЭЭ/ЭКМП, данные Акта приема-передачи сведений о проведенных МЭЭ/ЭКМП должны соответствовать сведениям, включенным в отчет №ЗПЗ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования».
- 2.15 При отсутствии замечаний Акт приема-передачи сведений о проведенных МЭЭ/ЭКМП в 2-х экземплярах подписывается директором ТФОМС Республики Крым. 1 экземпляр возвращается в СМО.

3. Формат электронных данных при выставлении счетов на оплату за оказанную медицинскую помощь

При выставлении МО счетов на оплату медицинской помощи в электронном виде применяются форматы согласно 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» Приложение Д с территориальными дополнениями.

3.1 Информационное взаимодействие между ТФОМС и МО при подаче предварительных реестров.

Структура файлов предварительных реестров полностью повторяет структуру файлов основных счетов, счетов по диспансеризациям и осмотрам, счетов по 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 предварительного реестра формируется по следующему принципу:

PN.XML, где

- P - константа, обозначающая передаваемые данные.
- N - Имя файла согласно основного реестра счета, в котором в качестве организации-получателя указан ТФОМС (код Т85000).

Примеры наименований предварительных реестров:

PDPM850108Т85000_220113.XML;

PDVM850402Т85000_220176.XML;

RNM850108Т85000_22017.XML;

PTM850118Т85000_22019.XML.

3.2 Информационное взаимодействие между ТФОМС и МО при подаче общих реестров.

Структура файлов общих реестров полностью повторяет структуру файлов основных счетов, счетов по диспансеризациям и профосмотрам, взаиморасчетов, счетов по высокотехнологичной медицинской помощи (тег PLAT=85000).

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

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

N.XML, где

- N - Имя файла согласно основного реестра счета, в котором в качестве организации-получателя указан ТФОМС (код Т85000).

Примеры наименований общих реестров:

DPM850108T85000_220113.XML;
DVM850402T85000_220176.XML;
HM850108T85000_22017.XML;
TM850118T85000_22019.XML.

3.3 Информационное взаимодействие между ТФОМС и МО при осуществлении взаиморасчетов между медицинскими организациями.

Структура файлов реестров по взаиморасчетам полностью повторяет структуру файлов основных счетов. При этом обязательными к заполнению являются тэги NPR_N, NPR_DATE, NPR_MO, необязательными к заполнению являются тэги P_CEL, DN и C_ZAB.

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:

VPrNiPpNr_YYMMN.XML,

WPrNiPpNr_YYMMN.XML где

– V – константа, обозначающая передаваемые данные по взаиморасчетам по диспансеризации;

– W – константа, обозначающая передаваемые данные по взаиморасчетам по лечебно-диагностическим услугам и стационарным случаям по реанимации и случаям долечивания по ВМП.

– Pi – 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;

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.

Примеры наименований реестров по взаиморасчетам:

VM850109T85000_16018.XML;

WM850105T85000_160211.XML.

3.4 Информационное взаимодействие между СМО и ТФОМС при осуществлении снятия сумм по взаиморасчетам между медицинскими организациями.

В данной версии не используется.

3.5 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной, 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;

М – МО.

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

– Pr – Параметр, определяющий организацию-получателя:

Т – ТФОМС;

S – СМО;

М – 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.

Таблица 2. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи кроме высокотехнологичной, 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	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте.
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о законченных случаях оказания медицинской помощи
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.2».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество записей в файле	Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл.
	PROGRAM	O	T(30)	Наименование программного продукта, в котором	Заполняется заглавными английскими буквами. Например:

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				сформирован реестр	PROMED, VITACORE, VISTAMED
Счёт					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003..
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам ПАК, МЭК
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	
	DCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Y	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	При предоставлении объединенного счета за отчетный месяц в: 1) ТФОМС указывается код = 85000. 2) В СМО заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. 3) При МТР не заполняется.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма счета, выставленная МО на оплату	
	COMENTS	Y	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
	SUMMA_PF	Y	N(15.2)	Сумма подушевого финансирования	Заполняется СМО (ТФОМС)
	SUMMA_FA	Y	N(15.2)	Сумма финансового обеспечения ФАП	Заполняется СМО (ТФОМС)
	SUMMA_PR	Y	N(15.2)	Сумма показателя результативности	Заполняется СМО (ТФОМС) раз в квартал
	SANK_MEK	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					проведения МЭК
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП
	ACT_DATE_MEK	О	D	Дата акта проведения МЭК от СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
	ACT_NUM_MEK	О	T(30)	Номер акта проведенного МЭК от СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
Записи					
ZAP	N_ZAP	О	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	О	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. Для случаев с ошибками на ПАК, значение 1 не устанавливается.
	PACIENT	О	S	Сведения о пациенте	
	Z_SL	О	S	Сведения о законченном случае	Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	О	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. Случаи с признаком исправленной записи должны иметь одинаковый с первоначальным случаем код записи о пациенте.
	VPOLIS	О	N(1)	Тип документа, подтверждающего	Заполняется в соответствии с F008.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				факт страхования по ОМС	
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	У	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Обязательно к заполнению, если VPOLIS<>3
	ENP	У	T(16)	Единый номер полиса обязательного медицинского страхования	Поле обязательно к заполнению, при VPOLIS=3
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	INV	У	N(1)	Группа инвалидности	0 – нет инвалидности; 1 – 1 группа; 2 – 2 группа; 3 – 3 группа; 4 – дети-инвалиды. Заполняется только при впервые установленной инвалидности(1-4) или в случае отказа в признании лица инвалидом (0).
	MSE	У	N(1)	Направление на МСЭ	Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					экспертизы.
	NOVOR	О	T(9)	Признак новорождённого	Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 ; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков).
	VNOV_D	У	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре законченных случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	О	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006).
	VIDPOM	О	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	FOR_POM	О	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014
	NPR_N	У	T(10)	Номер направления МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию)	Заполнение обязательно для случаев поликлиники (обращения по заболеванию и посещения с профилактической и иной

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					целью) в плановой форме в МО третьего уровня, государственных диспансерах и центрах (за исключением профилей «Акушерство и гинекология», «Стоматология»), если пациент не прикреплен к данной МО.
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2). Код МО = 850000 МИНЗДРАВ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ; Код МО = 990000 ЧАСТНОЕ МО 3. Для случаев поликлиники (обращения по заболеванию и посещения с профилактической и иной целью) в плановой форме в МО третьего уровня, государственных диспансерах и центрах (за исключением профилей «Акушерство и гинекология», «Стоматология»), если пациент не прикреплен к данной МО.
	NPR_DATE	У	D	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Заполняется на основании направления на лечение. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2). 3. для случаев поликлиники (обращения по заболеванию и посещения с профилактической и иной целью) в плановой форме в МО третьего уровня, государственных диспансерах и центрах (за исключением профилей «Акушерство и гинекология», «Стоматология»), если пациент не прикреплен к данной МО.
	VBR	У	N(1)	Признак мобильной медицинской бригады	Указывается значение «1» для случаев диспансеризации в рамках взаиморасчетов с помощью мобильных медицинских бригад
	LPU	О	T(6)	Код МО	Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	DATE_Z_1	О	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	О	D	Дата окончания лечения	
	KD_Z	У	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара
	VNOV_M	УМ	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.
	RSLT	О	N(3)	Результат обращения	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009).
	ISHOD	О	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012).
	OS_SLUCH	НМ	N(2)	Признак "Особый случай" при	Указываются все имевшиеся особые случаи.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				регистрации обращения за медицинской помощью	1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. 20 – ветераны войн.
	VB_P	У	N(1)	Признак внутрибольничного перевода	Указывается «1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом.
	SL	OM	S	Сведения о случае	Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях.
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение.
	OPLATA	У	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.
	SUMP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по законченному случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK.
Сведения о случае					

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
SL	SL_ID	О	T(36)	Идентификатор	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.
	LPU_1	О	T(9)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника. Для СМП указывается номер станции (подстанции).
	PODR	У	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника. При USL_OK= 1, 2 поле заполняется в обязательном порядке. При USL_OK= 3 для ГБУЗ РК "Республиканская клиническая больница им.Н.А.Семашко" для LPU_1=850134899 поле заполняется в обязательном порядке и "КЛИНИКА ГЕНЕЗИС" для LPU_1=850126002 поле заполняется в обязательном порядке
	PROFIL	О	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002.
	PROFIL_K	У	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020. Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара.
	DET	О	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	P_CEL	У	T(3)	Цель посещения	Классификатор целей посещения V025. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL_OK=3).
	NHISTORY	О	T(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	P_PER	У	N(1)	Признак поступления/ перевода	Обязательно для дневного и круглосуточного стационара. 1 – Самостоятельно 2 – СМП 3 – Перевод из другой МО 4 – Перевод внутри МО с другого профиля 5 – Перевод из другой МО случая долечивания по ВМП (подается только в файле по взаиморасчетам) 6 – Перевод из другой МО в реанимационное отделение
	DATE_1	О	D	Дата начала лечения	
	DATE_2	О	D	Дата окончания лечения	
	KD	У	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/ пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара
	WEI	У	T(3)	Масса тела (кг)	Обязательно к заполнению если в DS1 указано значение заболевания U07.1 или U07.2 и REAB <> 1 и CRIT <> stt5
	DS0	Н	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). Указывается при наличии
	DS1	О	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). Не допускаются следующие значения: 1. первый символ кода основного диагноза «С»; 2. код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					D47; 3. код основного диагноза D70 и сопутствующий диагноз C97 или входит в диапазон C00-C80)
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	C_ZAB	У	N(1)	Характер основного заболевания	Классификатор характера заболевания V027 Обязательно к заполнению при оказании амбулаторной помощи, если основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z, U11*
	DN	У	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 - взят, 4 - снят по причине выздоровления, 6- снят по другим причинам. Обязательно для

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					заполнения, если P_CEL=1.3
	CODE_MES1	УМ	T(20)	Код КПП (при USL_OK=1, 2 и способе оплаты по КПП) Код услуги (при USL_OK = 3, 4)	Поле заполняется при способе оплаты случая по КПП при USL_OK=1, 2. При способе оплаты случая по КСГ поле не заполняется. Классификатор КПП, Классификатор услуг.
	CODE_MES2	УО	T(20)	Код КСГ	Поле заполняется при способе оплаты случая по КСГ. Классификатор КСГ
	COVID	У	S		Блок заполняется при наличии КСГ, которые соответствуют COVID-19
	NAPR	УМ	S	Сведения об оформлении направления	Заполняется только для обращений с использованием диагностических исследований.
	CRIT	УМ	T(10)	Классификационный критерий	Классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом Российской Федерации. Обязателен к заполнению: - в случае применения при оплате случая лечения по КСГ; - в случае применения при оплате случая лечения по КПП, если применен региональный-классификационный критерий
	SL_K	О	N(1)	Признак использования КСЛП	0 – КСЛП не применялся; 1 – КСЛП применялся
	IT_SL	У	N(1.5)	Применённый коэффициент сложности лечения пациента	Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая. Указывается только при использовании.
	SL_KOEF	УМ	S	Коэффициенты сложности лечения пациента	Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					Указывается при наличии IT_SL.
	REAB	У	N(1)	Признак реабилитации	Указывается значение «1» для случаев реабилитации
	PRVS	О	N(4)	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	Классификатор медицинских специальностей (V021). Указывается значение IDSPEC
	VERS_SPEC	О	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей
	IDDOKT	О	T(25)	Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	СНИЛС врача из регионального справочника врачей и СМП
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Тариф с учётом всех примененных коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом – стоимость, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС). Обязателен для случаев подушевого финансирования (поликлиника и скорая помощь)
	SUM_M	О	N(15.2)	Стоимость случая, выставленная к оплате	Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг.
	LEK_PR	УМ	S	Сведения о введенном лекарственном препарате	Обязательно для заполнения, если в DS1 указано значение заболевания U07.1 или

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					U07.2 и REAB < 1 и CRIT < stt5
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Допускается указание услуг с нулевой стоимостью. Указание услуг с нулевой стоимостью обязательно, если условие их оказания является тарифообразующим (например, при оплате по КСГ).
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	При Код МО = 990000, направившей на госпитализацию (Частное МО) в поле указывается наименование частной МО.
	HOSP_PARENT	У	N(1)	Госпитализация с представителем/родителем	Для круглосуточного стационара при нахождении вместе с представителем/родителем ставится 1. При этом должны быть заполнены поля представителя.
	SMP_EXIT	У	T(5)	Время выезда на вызов	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи. Формат ЧЧ:ММ, где ЧЧ-часы, ММ-минуты
	SMP_ARRIVAL	У	T(5)	Время прибытия на место вызова	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи. Формат ЧЧ:ММ, где ЧЧ-часы, ММ-минуты
	SMP_MESTO	У	N(2)	Место вызова	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи.
	MRS	У	N(1)	Модифицированная шкала Рэнкин	Принимает значения от 0 до 6. Обязательно для заполнения - в условиях круглосуточного стационара по профилям: неврология, медицинская реабилитация, нейрохирургия, - в условиях дневного

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					стационара по профилю медицинская реабилитация. В сочетании с кодами диагнозов G45, G46, I60, I61, I62, I63, I64 (входят все коды диагнозов подрубрики)
	AMB_MESTO	У	N(1)	Место обращения (посещения)	Заполняется для амбулаторных случаев. 0 - поликлиника, 1- на дому, 2 - центр здоровья, 3 - иные медицинские организации
	SMP_REASON	У	N(1)	Повод к вызову	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи. 1 – несчастный случай, 2 – острое внезапное заболевание, 3 – обострение хронического заболевания, 4 – патология беременности, 5 – роды, 6 – плановая перевозка, 7 – экстренная перевозка, 8 - другое
	SMP_ACCIDENT	У	N(2)	Причина несчастного случая	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи при несчастном случае. 1 – криминальная, 2 – дорожно-транспортное происшествие, 3 – производственная травма, 4 – сельскохозяйственная травма, 5 – бытовая травма, 6 – спортивная травма, 7 – отравление, 8 – утопление, 9 – суицид, 10 – пожар, 11 - другая
	LS	УМ	S	Сведения о лекарственных	Обязателен для случаев скорой медицинской

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				средствах	помощи с проведением тромболитика
	BARTEL	У	N(3)	Индекс Бартела на дату начала лечения	Значение в диапазоне от 0 до 100. Может заполняться в круглосуточном стационаре
	BARTEL2	У	N(3)	Индекс Бартела на дату окончания лечения	Значение в диапазоне от 0 до 100. Может заполняться в круглосуточном стационаре
Сведения о течении COVID-19					
COVID	SPO2	О	N(3)	Процент насыщения крови кислородом	Процент насыщения крови пациента кислородом (SpO2)
	T	О	N(2.1)	Температура тела	Температура тела пациента в °C
	BR	О	N(3)	Частота дыхательных движений	Частота дыхательных движений пациента в минуту (циклов вдох-выдох)
	PN	У	N(2)	Процент поражения легких	Процент поражения легких пациента пневмонией по результатам компьютерной томографии легких пациента (код исследования в блоке USL должен быть заполнен)
	IVL	О	N(1)	Признак наличия ИВЛ	Заполняется значением «1», при наличии подключения к системе искусственной вентиляции легких, при отсутствии – «0». Также обязательно заполнять код услуги ИВЛ в блоке USL.
	IVL_TYPE	У	N(1)	Тип ИВЛ	1- неинвазивная ИВЛ, 2- инвазивная ИВЛ Обязательно к заполнению при IVL=1.
	IVL_TIME	У	N(4.1)	Время нахождения на ИВЛ	Количество часов подключения пациента к системе искусственной вентиляции легких. Обязательно к заполнению при IVL=1.
	КТ	О	N(1)	Признак выполнения КТ	Заполняется значением «1», при выполнении компьютерной томографии легких пациента, при

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					отсутствии – «0». При этом обязательно заполнять код исследования в блоке USL.
	IMP_CONS	O	N(1)	Признак нарушений сознания	Заполняется значением «1», при наличии в анамнезе больного (или же при наличии соответствующей клинической картины) нарушений сознания, при отсутствии – значением «0».
Сведения об оформлении направления					
NAPR	NAPR_N	O	T(10)	Номер направления	
	NAPR_DATE	O	D	Дата направления	
	NAPR_MO	O	T(6)	Код МО, куда оформлено направление	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	NAPR_V	O	N(2)	Вид направления	3 - Направление на дообследование
	MET_ISSL	O	N(2)	Метод диагностического исследования	2 - Инструментальная диагностика (для ультразвуковых, эндоскопических, гистологических, молекулярно-генетических исследований) 4 - Дорогостоящие методы лучевой диагностики (для КТ, МРТ)
	NAPR_USL	O	T(15)	Медицинская услуга (код), указанная в направлении	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001).
Коэффициенты сложности лечения пациента					
SL_KOEF	IDSL	O	N(4)	Номер коэффициента сложности лечения пациента	В соответствии с региональным справочником.
	Z_SL	O	N(6.4)	Значение коэффициента сложности лечения пациента	
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					F003
	LPU_1	O	T(9)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	У	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника. При USL_OK= 1, 2 поле заполняется в обязательном порядке.
	PROFIL	O	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002.
	VID_VME	У	T(20)	Вид медицинского вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа.
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	
	DS	O	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи).
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг.
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Может принимать значение 0
	MED_DEV	УМ	S	Сведения о	Обязательно для

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека	заполнения по кодам услуг, входящих в справочник V036 "Перечень услуг, требующих имплантацию медицинских изделий (ServImplDv)"
	MR_USL_N	УМ	S	Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу	
	NPL	У	N(1)	Неполный объём	Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме. 1 – документированный отказ больного, 2 – медицинские противопоказания, 3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.) 4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков.
	COMENTU	У	T(250)	Служебное поле	
	PROFIL_K	У	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020. Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара.
	TOOTH	У	N(2)	Номер зуба	Для стоматологических манипуляций указывается номер зуба в соответствии с зубной формулой
	STM_BLACK	У	N(1)	Класс по Блэку	Может заполняться для стоматологических услуг (от 1 до 6)
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	O	N(15.2)	Сумма финансовой санкции	При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля	F006 Классификатор видов контроля.
	SL_ID	УМ	T(36)	Идентификатор случая	Идентификатор случая, в котором выявлена причина для

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S_SUM не равна 0
	S_OSN	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S_SUM не равна 0
	DATE_ACT	О	D	Дата заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	NUM_ACT	О	T(30)	Номер заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	О	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
	S_VID	У	N(2)	Вид санкции	1 – повторный МЭК, 2 – снятие ФСС, 3 – корректировка взаиморасчетов
	S_YEAR	У	N(4)	Год фактического снятия	Обязательны к заполнению при заполненном S_VID
	S_MONTH	У	N(2)	Месяц, в котором производится снятие	
Сведения о лекарственных средствах					
LS	LS_ID	О	T(20)	Код ЛС	Код из справочника ЛС
	LS_FORM	О	N(2)	Форма выпуска препарата	Код из справочника форм выпуска препарата
	LS_ED_COL	О	N(15.2)	Дозировка препарата (курсовая)	При заполнении необходимо указывать кол-во доз (ампул, таблеток и т.д.), которые принял пациент в данном законченном случае лечения
Сведения о введенном лекарственном препарате					
LEK_PR	DATA_INJ	О	D	Дата введения лекарственного препарата	
	CODE_SH	О	T(10)	Код схемы лечения пациента/код группы препарата	Для диагнозов U07.1 или U07.2 заполняется значением поля "Код схемы/группы препаратов" справочника V032 "Сочетание схемы лечения"

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					и группы препаратов (CombTreat)"
	REGNUM	У	T(6)	Идентификатор лекарственного препарата	Обязательно для заполнения, если в справочнике V031 "Группы препаратов для лечения заболевания COVID-19 (GroupDrugs)" заполнено поле "Признак обязательности указания МНН". Заполняется значением поля "Идентификатор лекарственного препарата" справочника N020 "Классификатор лекарственных препаратов, применяемых при проведении лекарственной терапии (OnkLekp)"
	COD_MARK	У	T(100)	Код маркировки лекарственного препарата	Заполняется при наличии
	LEK_DOSE	У	S	Сведения о дозе введения лекарственного препарата	Обязательно для заполнения, если в справочнике V031 "Группа препаратов" заполнен признак "Признак обязательности указания МНН"
Сведения о дозе введения лекарственного препарата					
LEK_DOSE	ED_IZM	О	T(3)	Единица измерения дозы лекарственного препарата	Заполняется в соответствии с уникальным идентификатором справочника Министерства Здравоохранения РФ "Единицы измерения" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1358)
	DOSE_INJ	О	N(5.2)	Доза введения лекарственного препарата	
	METHOD_INJ	О	T(3)	Путь введения лекарственного препарата	Заполняется значением поля "Код" справочника Министерства Здравоохранения РФ "Пути введения лекарственных препаратов, в том числе для льготного обеспечения граждан лекарственными средствами" (OID

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					1.2.643.5.1.13.13.11.1468)
	COL_INJ	O	N(5)	Количество введений	
Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека					
MED_DE V	DATE_MED	O	D	Дата установки медицинского изделия	
	CODE_MEDDEV	O	N(6)	Код вида медицинского изделия	Заполняется в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий справочника Министерства Здравоохранения РФ "Виды медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и иных устройств для пациентов с ограниченными возможностями" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1079)
	NUMBER_SER	O	T(100)	Серийный номер	При отсутствии указывать маркировочный код
Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу					
MR_USL_N	MR_N	O	N(3)	Номер по порядку	
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC.
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, выполнившего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником.

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

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

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

TPiNiPpNr_YYMMN.XML, где:

T – константа, обозначающая передаваемые данные.

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

- T – ТФОМС;
- S – СМО;
- M – МО.

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

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Nr – 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.

Таблица 3. Файл со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.2».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГТГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
	SD_Z	O	N(9)	Количество записей в файле	Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл.
	PROGRAM	O	T(30)	Наименование программного продукта, в котором сформирован реестр	Заполняется заглавными английскими буквами. Например: PROMED, VITACORE, VISTAMED
Счёт					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК.
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	У	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	При предоставлении объединенного счета за отчетный месяц в: 1) ТФОМС указывается код = 85000. 2) В СМО заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. 3) При МТР не заполняется.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная МО на оплату	
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП
	ACT_DATE_MEK	О	D	Дата акта проведения МЭК от СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
	ACT_NUM_MEK	О	T(30)	Номер акта проведенного МЭК от СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
Записи					
ZAP	N_ZAP	О	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	О	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. Для случаев с ошибками ПАК значение 1 не устанавливается.
	PACIENT	О	S	Сведения о пациенте	
	Z_SL	О	S	Сведения о законченном случае	Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	О	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. Случаи с признаком перевыставленной записи должны иметь одинаковый с первоначальным случаем код записи о пациенте.
	VPOLIS	О	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	У	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Обязательно к заполнению, при заполненном VPOLIS
	ENP	У	T(16)	Единый номер полиса обязательного медицинского страхования	Поле обязательно к заполнению, при VPOLIS=3
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКATO территории страхования	
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	MSE	У	N(1)	Направление на МСЭ	Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.
	NOVOR	О	T(9)	Признак новорождённого	Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					соответствии с классификатором V005; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков).
	VNOV_D	У	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	О	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 .).
	VIDPOM	О	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 ..
	FOR_POM	О	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 .
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2); 3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО
	NPR_DATE	У	D	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Заполняется на основании направления на лечение. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2) 3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии со справочником F003 ..
	DATE_Z_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	O	D	Дата окончания лечения	
	KD_Z	O	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациент о-дни)	
	VNOV_M	УМ	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	RSLT	O	N(3)	Результат обращения	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009).
	ISHOD	O	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (V012).
	OS_SLUCH	HM	N(2)	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.
	SL	OM	S	Сведения о случае	
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение.
	OPLATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.
	SUMP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK	UM	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций по законченному случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK.
Сведения о случае					
SL	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	VID_HMP	O	T(12)	Вид высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 .
	METHOD_HMP	O	N(3)	Метод высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 .
	MODEL_HMP	Y	N(5)	Идентификатор модели пациента для данного метода	Обязателен для случаев высокотехнологичной медицинской помощи, начиная с 2021 года. Значение поля IDMPAC справочника V022
	LPU_1	O	T(9)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения в соответствии с региональным справочником
	PODR	Y	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником
	PROFIL	O	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002.
	PROFIL_K	O	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020.
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	NPR_N	Y	T(10)	Номер направления	
	TAL_D	O	D	Дата выдачи талона на ВМП	Заполняется на основании талона на ВМП
	TAL_NUM	O	T(20)	Номер талона на ВМП	
	TAL_P	O	D	Дата планируемой госпитализации	
	NHISTORY	O	T(50)	Номер истории болезни	
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	
	DS0	N	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии
	DS1	O	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	C_ZAB	У	N(1)	Характер основного заболевания	Классификатор характера заболевания V027. Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97).
	DS_ONK	О	N(1)	Признак подозрения на злокачественное новообразование	Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. В поликлинике (обращения по заболеванию и посещения с профилактической целью) должен быть указан DS_ONK=1 для следующих условий: а) до наличия случая с заполненным блоком диагностики и случая с фактом проведения консилиума; б) при направлении пациента на биопсию
	CODE_MES1	УМ	T(20)	Код МЭС	Классификатор МЭС.
	CODE_MES2	У	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	Указывается при наличии утверждённого стандарта.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма	Наименование	Дополнительная информация
	NAPR	УМ	S	Сведения об оформлении направления	<p>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 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97).</p> <p>Обязательно к заполнению при диагнозе ЗНО в поликлинике (обращения по заболеванию и посещения с профилактической целью) и результате «Направлен на обследования», «Направлен на консультацию», «Направлен на консультацию в другое ЛПУ», «Направлен на госпитализацию», «Направлен в стационар на дому», «Направлен в дневной стационар», «Направлен в реабилитационное отделение».</p> <p>При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит.</p>
	CONS	УМ	S	Сведения о проведении консилиума	<p>Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения.</p> <p>Обязательно к заполнению при подозрении на злокачественное новообразование (DS_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97).</p> <p>Обязательно к заполнению при наличии сведений в медицинской документации.</p> <p>При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит.</p>
	ONK_SL	У	S	Сведения о случае лечения	Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				онкологического заболевания	злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97).
	PRVS	О	N(4)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC
	VERS_SPEC	О	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей, например «V021».
	IDDOKT	О	T(25)	Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни	СНИЛС врача в соответствии с региональным справочником врачей и СМП
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97)
	SUM_M	О	N(15.2)	Стоимость случая, выставленная к оплате	Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг.
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
					диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии.
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	
	STENT	У	N(2)	Количество стентов	
Сведения об оформлении направления					
NAPR	NAPR_N	О	T(10)	Номер направления	
	NAPR_DATE	О	D	Дата направления	
	NAPR_MO	У	T(6)	Код МО, куда оформлено направление	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО
	NAPR_V	О	N(2)	Вид направления	Классификатор видов направления V028.
	MET_ISSL	У	N(2)	Метод диагностического исследования	Если NAPR_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029.
	NAPR_USL	У	T(15)	Медицинская услуга (код), указанная в направлении	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET_ISSL
Сведения о проведении консилиума					
CONS	PR_CONS	О	N(1)	Цель проведения консилиума	Классификатор целей консилиума N019.
	DT_CONS	У	D	Дата проведения консилиума	Обязательно к заполнению, если консилиум проведен (PR_CONS={1,2,3})
Сведения о случае лечения онкологического заболевания					
ONK_SL	DS1_T	О	N(2)	Повод обращения	Классификатор поводов обращения N018.
	STAD	У	N(3)	Стадия заболевания	Заполняется в соответствии со справочником N002. Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2}).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма Т	Наименование	Дополнительная информация
	ONK_T	У	N(4)	Значение Tumor	Заполняется в соответствии со справочником N003. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	ONK_N	У	N(4)	Значение Nodus	Заполняется в соответствии со справочником N004. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	ONK_M	У	N(4)	Значение Metastasis	Заполняется в соответствии со справочником N005. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	MTSTZ	У	N(1)	Признак выявления отдалённых метастазов	Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1_T=1 или DS1_T=2). При выявлении отдалённых метастазов обязательно к заполнению значением 1
	SOD	У	N(4.2)	Суммарная очаговая доза	Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0».
	K_FR	У	N(2)	Количество фракций проведения лучевой терапии	Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0»
	WEI	У	N(3.1)	Масса тела (кг)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
	HEI	У	N(3)	Рост (см)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела
	BSA	У	N(1.2)	Площадь поверхности тела (м 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	УМ	S	Диагностический блок	Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах. Обязательно к заполнению при наличии сведений в медицинской документации.
	B_PROT	УМ	S	Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах	Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения. Обязательно к заполнению при наличии сведений в медицинской документации.
	ONK_USL	ОМ	S	Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания	
Диагностический блок					
B_DIAG	DIAG_DATE	O	D	Дата взятия материала	Указывается дата взятия материала для проведения диагностики.
	DIAG_TIP	O	N(1)	Тип диагностического показателя	Обязательно к заполнению значениями: 1 – гистологический признак; 2 – маркёр (ИГХ).
	DIAG_CODE	O	N(3)	Код диагностического показателя	При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 Приложения А.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
					При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010
	DIAG_RSLT	У	N(3)	Код результата диагностики	Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC_RSLT=1). При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008 Приложения А. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011
	REC_RSLT	У	N(1)	Признак получения результата диагностики	Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики
Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах					
B_PROT	PROT	О	N(1)	Код противопоказания или отказа	Заполняется в соответствии со справочником N001.
	D_PROT	О	D	Дата регистрации противопоказания или отказа	
Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания					
ONK_USL	USL_TIP	О	N(1)	Тип услуги	Заполняется в соответствии со справочником N013.
	HIR_TIP	У	N(1)	Тип хирургического лечения	При USL_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равно 1.
	LEK_TIP_L	У	N(1)	Линия лекарственной терапии	При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равно 2
	LEK_TIP_V	У	N(1)	Цикл лекарственной терапии	При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равно 2
	LEK_PR	УМ	S	Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате	Обязательно к заполнению при USL_TIP=2 или USL_TIP=4

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
	PPTR	У	N(1)	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса	Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала
	LUCH_TIP	У	N(1)	Тип лучевой терапии	При USL_TIP=3 или USL_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 3 или 4
Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате					
LEK_PR	REGNUM	О	T(6)	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии	Заполняется в соответствии с классификатором N020
	CODE_SH	О	T(10)	Код схемы лекарственной терапии	Заполняется в соответствии с классификатором V024
	DATE_INJ	OM	D	Дата введения лекарственного препарата	
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	О	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003
	LPU_1	О	T(9)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	У	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника
	PROFIL	О	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002.
	PROFIL_K	О	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского	Указывается в соответствии с

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
				вмешательства	номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа. Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии (USL TIP={1,3,4})
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	
	DS	O	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)	Может принимать значение 0
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	СНИЛС врача
	COMENTU	У	T(250)	Служебное поле	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах законченного случая.
	S_SUM	O	N(15.2)	Сумма финансовой санкции	При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля	Классификатор видов контроля F006
	SL_ID	УМ	T(36)	Идентификатор случая	Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S_SUM не равна 0
	S_VID	У	N(2)	Вид санкции	1 – повторный МЭК, 2 – снятие ФСС, 3 – корректировка взаиморасчетов
	S_OSN	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S_SUM не равна 0
	DATE_ACT	O	D	Дата заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	NUM_ACT	O	T(30)	Номер заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
	S_YEAR	У	N(4)	Год фактического снятия	Обязательны к заполнению при заполненном S_VID
	S_MONTH	У	N(2)	Месяц, в котором производится снятие	

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

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

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

XPiNiPpNr_YYMM N.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 медицинских осмотров несовершеннолетних (профилактических);

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

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

Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:

- Т – ТФОМС;
- S – СМО;
- М – МО.

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

Pr – Параметр, определяющий организацию -получателя:

Т – ТФОМС;

S – СМО;

М – МО.

№р – 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.

Таблица 4. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.2».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл.
	PROGRAM	O	T(30)	Наименование программного продукта, в котором	Заполняется заглавными английскими буквами. Например: PROMED, VITACORE,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
				сформирован реестр	VISTAMED
Счёт					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	У	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	При предоставлении объединенного счета за отчетный месяц в: 1) ТФОМС указывается код = 85000. 2) В СМО заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. 3) При МТР не заполняется.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма счета, выставленная МО на оплату	
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
					заполняется после проведения ЭКМП
	DISP	O	T(3)	Тип диспансеризации	Классификатор типов диспансеризации V016
	PR_V	Y	N(1)	Признак профмероприятий в рамках взаиморасчетов (МУР)	Поле заполняется (равно 1) только при оказании профмероприятий в рамках взаиморасчетов (МУР)
	ACT_DATE_MEK	O	D	Дата акта проведения МЭК от СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
	ACT_NUM_MEK	O	T(30)	Номер акта проведенного МЭК от СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
Записи					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. Для случаев с ошибками на ПАК, значение 1 не устанавливается.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	Z_SL	O	S	Сведения о законченном случае	Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	Y	T(20)	Номер документа, подтверждающего	Обязательно к заполнению, при заполненном VPOLIS

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				факт страхования по ОМС	
	ENP	У	T(16)	Единый номер полиса обязательного медицинского страхования	Поле обязательно к заполнению, при VPOLIS=3
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	NOVOR	О	T(9)	Признак новорождённого	Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков).
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в	Соответствует порядковому

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
				реестре случаев	номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006.).
	VIDPOM	O	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	FOR_POM	O	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившей на профмероприятие	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Заполнение обязательно в случаях оказания профмероприятий в рамках взаиморасчетов (PR_V=1)
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	VBR	O	N(1)	Признак мобильной медицинской бригады	0 – нет; 1 – да.
	DATE_Z_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	O	D	Дата окончания лечения	
	P_OTK	O	N(1)	Признак отказа	Значение по умолчанию: «0». В случае отказа указывается значение «1».
	RSLT_D	O	N(2)	Результат диспансеризации	Классификатор результатов диспансеризации V017
	RSLT	O	N(3)	Результат обращения	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009).
	ISHOD	O	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (V012).
	OS_SLUCH	HM	N(2)	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. 10- инвалиды Великой Отечественной войны; 11- лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда"; 12- бывшие несовершеннолетние узники концлагерей; 13- Учащиеся общеобразовательных организаций по очной форме 14 – Работающие граждане, не достигшие возраста, дающего право на назначение пенсии по старости и т.п.
	SOC_STATUS	O	N(1)	Социальный статус	Указывается социальный статус 1- Работающий; 2- Неработающий
	SL	O	S	Сведения о случае	
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Равна значению SUM_M вложенного элемента SL.
	OPLATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.
	SUMP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK	YM	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций по	Итоговые санкции

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
				законченному случаю	определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK.
Сведения о случае					
SL	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.
	LPU_1	O	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	У	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником
	PROFIL	O	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002.
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	P_CEL	O	T(3)	Цель посещения	Классификатор целей посещения V025.
	NHISTORY	O	T(50)	Номер карты	
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа.
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	
	DS1	O	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	DS1_PR	У	N(1)	Установлен впервые (основной)	Обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра
	DS_ONK	O	N(1)	Признак подозрения на злокачественное новообразование	Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
					В поликлинике (обращения по заболеванию и посещения с профилактической целью) должен быть указан DS_ONK=1 для следующих условий: а) до наличия случая с заполненным блоком диагностики и случая с фактом проведения консилиума; б) при направлении пациента на биопсию
	PR_D_N	У	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 – взят. 3 – не подлежит ДН. Обязательно к заполнению, если P_OTK=0
	DS2_N	УМ	S	Сопутствующие заболевания	
	NAZ	УМ	S	Назначения	Указывается отдельно для каждого назначения.
	PRVS	О	N(4)	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	Классификатор медицинских специальностей (V021). Указывается значение IDSPEC
	VERS_SPEC	О	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей
	IDDOKT	О	T(25)	Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	СНИЛС врача из регионального справочника врачей и СМП
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	
	SUM_M	О	N(15.2)	Стоимость случая, выставленная к оплате	Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
					стоимости некоторых услуг.
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Может не заполняться только в случае отказа от диспансеризации.
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	
Сопутствующие заболевания					
DS2_N	DS2	O	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS2_PR	У	N(1)	Установлен впервые (сопутствующий)	Обязательно указывается «1», если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации / профилактического медицинского осмотра
	PR_DS2_N	O	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания: 1 - состоит, 2 – взят. 3 – не подлежит ДН
Назначения					
NAZ	NAZ_N	O	N(2)	Номер по порядку	
	NAZ_R	O	N(2)	Вид назначения	Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II. 1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления; 2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию; 3 – направлен на обследование; 4 – направлен в дневной стационар; 5 – направлен на госпитализацию;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
					6 – направлен в реабилитационное отделение.
	NAZ_IDDOKT	У	N(4)	Специальность медицинского работника, выдавшего направление	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлены коды 1 или 2. Классификатор V021.
	NAZ_V	У	N(1)	Метод диагностического исследования	Заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029, если NAZ_R=3.
	NAZ_USL	У	T(15)	Медицинская услуга (код), указанная в направлении	Заполняется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001) только при направлении на обследование в случае подозрения на ЗНО (NAZ_R=3 и DS_ONK=1)
	NAPR_DATE	У	D	Дата направления	Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ_R={2,3} и DS_ONK=1)
	NAPR_MO	У	T(6)	Код МО, куда оформлено направление	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ_R={2,3} и DS_ONK=1)
	NAZ_PMP	У	N(3)	Профиль медицинской помощи	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлены коды 4 или 5. Классификатор V002.
	NAZ_PK	У	N(3)	Профиль койки	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлен код 6. Классификатор V020.
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	О	T(36)	Номер записи в	Уникален в пределах случая

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				реестре услуг	
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	O	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	Y	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	
	P_OTK	O	N(1)	Признак отказа от услуги	Значение по умолчанию: «0». В случае отказа указывается значение «1».
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг
	STATUS_USL	Y	N(1)	Статус выполнения услуги	1-Выполнено в другом ЛПУ 2-Пройдено ранее 3 – Не проведено по медицинским показаниям
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	
	MR_USL_N	YM	S	Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу	При заполненном STATUS_USL может не заполняться.
	COMENTU	Y	T(250)	Служебное поле	
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах законченного случая.
	S_SUM	O	N(15.2)	Сумма финансовой санкции	При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля	Классификатор видов контроля F006

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
	SL_ID	УМ	T(36)	Идентификатор случая	Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S_SUM не равна 0
	S_VID	У	N(2)	Вид санкции	1 – повторный МЭК, 2 – снятие ФСС, 3 – корректировка взаиморасчетов
	S_OSN	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S_SUM не равна 0
	DATE_ACT	О	D	Дата заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	NUM_ACT	О	T(30)	Номер заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	О	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
	S_YEAR	У	N(4)	Год фактического снятия	Обязательны к заполнению при заполненном S_VID
	S_MONTH	У	N(2)	Месяц, в котором производится снятие	
Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу					
MR_USL_N	MR_N	О	N(2)	Номер по порядку	
	PRVS	О	N(4)	Специальность медработника, выполнившего медицинскую услугу	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC.
	CODE_MD	О	T(25)	Код медицинского работника, выполнившего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником.

3.8 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной 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:

SPiNiPpNr_YYMMN.XML, где

- С – константа, обозначающая передаваемые данные.
- Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:
 - Т – ТФОМС;
 - S – СМО;
 - М – МО.
- Ni – Номер источника (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
- Pp – Параметр, определяющий организацию-получателя:
 - Т – ТФОМС;
 - S – СМО;
 - М – МО.
- Nr – 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.

Таблица 5. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте.
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о законченных случаях оказания медицинской помощи
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.2».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество записей в файле	Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл.
	PROGRAM	O	T(30)	Наименование программного продукта, в котором сформирован реестр	Заполняется заглавными английскими буквами. Например: PROMED, VITACORE, VISTAMED
Счёт					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам ПАК, МЭК
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	У	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	При предоставлении объединенного счета за отчетный месяц в: 1) ТФОМС указывается код = 85000. 2) В СМО заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. 3) При МТР не заполняется.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма счета,	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
)	выставленная МО на оплату	
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП
	ACT_DATE_MEK	О	D	Дата акта проведения МЭК от СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
	ACT_NUM_MEK	О	T(30)	Номер акта проведенного МЭК от СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС)
Записи					
ZAP	N_ZAP	О	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	О	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. Для случаев с ошибками на ПАК, значение 1 не устанавливается.
	PACIENT	О	S	Сведения о пациенте	
	Z_SL	О	S	Сведения о законченном случае	Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи включаются в счет при наличии в одном из случаев, входящих в законченный случай, сведений о выявлении подозрения на

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					злокачественное новообразование (DS_ONK=1), или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47), или нейтропении (код основного диагноза D70 при сопутствующем диагнозе, равном С97 или входящем в диапазон С00-С80)
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. Случаи с признаком исправленной записи должны иметь одинаковый с первоначальным случаем код записи о пациенте.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	Y	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Обязательно к заполнению, при заполненном VPOLIS
	ENP	Y	T(16)	Единый номер полиса обязательного медицинского страхования	Поле обязательно к заполнению, при VPOLIS=3
	ST_OKATO	Y	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					образца при наличии данных
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	INV	У	N(1)	Группа инвалидности	0 – нет инвалидности; 1 – 1 группа; 2 – 2 группа; 3 – 3 группа; 4 – дети-инвалиды. Заполняется только при впервые установленной инвалидности(1-4) или в случае отказа в признании лица инвалидом (0).
	MSE	У	N(1)	Направление на МСЭ	Указывается «1» в случае передачи направления на МСЭ медицинской организацией в бюро медико-социальной экспертизы.
	NOVOR	О	T(9)	Признак новорождённого	Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 ; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков).
	VNOV_D	У	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	О	N(11)	Номер записи в реестре законченных случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	О	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006).
	VIDPOM	О	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	FOR_POM	О	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014
	NPR_N	У	T(10)	Номер направления МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию)	Заполнение обязательно для случаев поликлиники (обращения по заболеванию и посещения с профилактической и иной целью) в плановой форме в МО третьего уровня, государственных диспансерах и центрах (за исключением профилей «Акушерство и гинекология», «Стоматология»), если пациент не прикреплен к данной МО.
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оказания: Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1);</p> <p>2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2)</p> <p>3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование, или установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47),или нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО Код МО = 850000 МИНЗДРАВ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ; Код МО = 990000 ЧАСТНОЕ МО</p> <p>4. для случаев поликлиники (обращения по заболеванию и посещения с профилактической и иной целью) в плановой форме в МО третьего уровня, государственных диспансерах и центрах (за исключением профилей «Акушерство и гинекология», «Стоматология»), если пациент не прикреплен к данной МО.</p>
	NPR_DATE	У	D	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	<p>Заполняется на основании направления на лечение. Заполнение обязательно в случаях оказания:</p> <p>1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1);</p> <p>2. в условиях дневного</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
					<p>стационара (USL_OK =2)</p> <p>3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование, или установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47), или нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО.</p> <p>4. для случаев поликлиники (обращения по заболеванию и посещения с профилактической и иной целью) в плановой форме в МО третьего уровня, государственных диспансерах и центрах (за исключением профилей «Акушерство и гинекология», «Стоматология»), если пациент не прикреплен к данной МО.</p>
	LPU	O	T(6)	Код МО	Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	DATE_Z_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_Z_2	O	D	Дата окончания лечения	
	KD_Z	У	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/ пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара
	VNOV_M	УМ	N(4)	Вес при рождении	<p>Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.</p> <p>Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
	RSLT	O	N(3)	Результат обращения	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009).
	ISHOD	O	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012).
	OS_SLUCH	HM	N(2)	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. 20 – ветераны войн.
	VB_P	Y	N(1)	Признак внутрибольничного перевода	Указывается «1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом.
	SL	OM	S	Сведения о случае	Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях.
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL, не может иметь нулевое значение.
	OPLATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.
	SUMP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по законченному случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK.
Сведения о случае					
SL	SL_ID	O	T(36)	Идентификатор	Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая.
	LPU_1	O	T(9)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника. Для СМП указывается номер станции (подстанции).
	PODR	У	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника. При USL_OK= 1, 2 поле заполняется в обязательном порядке. При USL_OK= 3 для ГБУЗ РК "Республиканская клиническая больница им.Н.А.Семашко" для LPU_1=850134899 поле заполняется в обязательном порядке и "КЛИНИКА ГЕНЕЗИС" для LPU_1=850126002 поле заполняется в обязательном порядке
	PROFIL	O	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002.
	PROFIL_K	У	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020. Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара.
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	P_CEL	У	T(3)	Цель посещения	Классификатор целей посещения V025. Обязательно к заполнению только для амбулаторной

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
					помощи (USL_OK=3).
	NHISTORY	O	T(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	
	P_PER	У	N(1)	Признак поступления/ перевода	Обязательно для дневного и круглосуточного стационара. 1 – Самостоятельно 2 – СМП 3 – Перевод из другой МО 4 – Перевод внутри МО с другого профиля 5 – Перевод из другой МО случая долечивания по ВМП (подается только в файле по взаиморасчетам) 6 – Перевод из другой МО в реанимационное отделение
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	
	KD	У	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/ пациенто-дни)	Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара
	DS1	O	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи(USL_OK=4).
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	C_ZAB	У	N(1)	Характер основного заболевания	Классификатор характера заболевания V027 Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи
	DS_ONK	О	N(1)	Признак подозрения на злокачественное новообразование	Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. В поликлинике (обращения по заболеванию и посещения с профилактической целью) должен быть указан DS_ONK=1 для следующих условий: а) до наличия случая с заполненным блоком диагностики и случая с фактом проведения консилиума; б) при направлении пациента на биопсию
	DN	У	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о диспансерном наблюдении

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 - взят, 4 - снят по причине выздоровления, 6- снят по другим причинам. Обязательно для заполнения, если P_CEL=1.3
	CODE_MES1	УМ	T(20)	Код КППГ (при USL_OK=1, 2 и способе оплаты по КППГ) Код услуги (при USL_OK = 3, 4)	Поле заполняется при способе оплаты случая по КППГ при USL_OK=1, 2. При способе оплаты случая по КСГ поле не заполняется. Классификатор КППГ, Классификатор услуг.
	CODE_MES2	УО	T(20)	Код КСГ	Поле заполняется при способе оплаты случая по КСГ. Классификатор КСГ
	NAPR	УМ	S	Сведения об оформлении направления	Обязательно к заполнению в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования(первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97). Обязателен к заполнению при диагнозе ЗНО в поликлинике (обращения по заболеванию и посещения с профилактической целью) и результате «Направлен на обследования», «Направлен на консультацию», «Направлен на консультацию в другое ЛПУ», «Направлен на госпитализацию», «Направлен в стационар на дому», «Направлен в дневной стационар», «Направлен в реабилитационное отделение». Обязателен к заполнению для обращений с использованием диагностических исследований.
	CONS	УМ	S	Сведения о проведении	Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				консилиума	<p>тактики обследования или лечения.</p> <p>Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования(первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97).</p> <p>Обязательно к заполнению при наличии сведений в медицинской документации.</p>
	ONK_SL	У	S	Сведения о случае лечения онкологического заболевания	<p>Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97),</p> <p>если USL_OK не равен 4 и REAB не равен 1 и DS_ONK не равен 1)</p>
	CRIT	УМ	T(10)	Классификационный критерий	<p>Классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом Российской Федерации.</p> <p>Обязателен к заполнению:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	О	N(1)	Признак использования КСЛП	<p>0 – КСЛП не применялся;</p> <p>1 – КСЛП применялся</p>
	IT_SL	У	N(1.5)	Применённый коэффициент сложности лечения пациента	<p>Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая.</p> <p>Указывается только при</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					использовании.
	SL_KOEF	УМ	S	Коэффициенты сложности лечения пациента	Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента. Указывается при наличии IT_SL.
	REAB	У	N(1)	Признак реабилитации	Указывается значение «1» для случаев реабилитации
	PRVS	O	N(4)	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	Классификатор медицинских специальностей (V021). Указывается значение IDSPEC
	VERS_SPEC	O	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей
	IDDOKT	O	T(25)	Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	СНИЛС врача из регионального справочника врачей и СМП
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	<p>Тариф с учётом всех применённых 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).</p> <p>Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97).</p> <p>Обязателен для случаев подушевого финансирования (поликлиника и скорая помощь)</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SUM_M	О	N(15.2)	Стоимость случая, выставленная к оплате	Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг.
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Допускается указание услуг с нулевой стоимостью. Указание услуг с нулевой стоимостью обязательно, если условие их оказания является тарифообразующим (например, при оплате по КСГ). Обязательно к заполнению в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97).
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	При Код МО = 990000, направившей на госпитализацию (Частное МО) в поле указывается наименование частной МО.
	HOSP_PARENT	У	N(1)	Госпитализация с представителем/родителем	Для круглосуточного стационара при нахождении вместе с представителем/родителем ставится 1. При этом должны быть заполнены поля представителя.
	SMP_EXIT	У	T(5)	Время выезда на вызов	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи. Формат ЧЧ:ММ, где ЧЧ-часы, ММ-минуты

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SMP_ARRIVAL	У	T(5)	Время прибытия на место вызова	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи. Формат ЧЧ:ММ, где ЧЧ-часы, ММ-минуты
	SMP_MESTO	У	N(2)	Место вызова	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи.
	MRS	У	N(1)	Модифицированная шкала Рэнкин	Принимает значения от 0 до 6. Обязательно для заполнения - в условиях круглосуточного стационара по профилям: неврология, медицинская реабилитация, нейрохирургия, - в условиях дневного стационара по профилю медицинская реабилитация. В сочетании с кодами диагнозов G45, G46, I60, I61, I62, I63, I64 (входят все коды диагнозов подрубрики)
	AMB_MESTO	У	N(1)	Место обращения (посещения)	Заполняется для амбулаторных случаев. 0 - поликлиника, 1- на дому, 2 - центр здоровья, 3 - иные медицинские организации
	SMP_REASON	У	N(1)	Повод к вызову	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи. 1 – несчастный случай, 2 – острое внезапное заболевание, 3 – обострение хронического заболевания, 4 – патология беременности, 5 – роды, 6 – плановая перевозка, 7 – экстренная перевозка, 8 - другое
	SMP_ACCIDENT	У	N(2)	Причина несчастного случая	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи при несчастном случае. 1 – криминальная,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
					2 – дорожно-транспортное происшествие, 3 – производственная травма, 4 – сельскохозяйственная травма, 5 – бытовая травма, 6 – спортивная травма, 7 – отравление, 8 – утопление, 9 – суицид, 10 – пожар, 11 - другая
	ADD_CRITERION	У	T(10)	Дополнительный классификационный критерий, применяемый для кодирования отдельных КСГ	it1 - SOFA не менее 5 и непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более; it2 - Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более; sh001 - sh902 - Схема лекарственной терапии (001 - 425, 901, 902); rb2 - 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ); rb3 - 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ); rb4 - 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ); rb5 - 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ); rb6 - 6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
	BARTEL	У	N(3)	Индекс Бартела на дату начала лечения	Значение в диапазоне от 0 до 100. Может заполняться в круглосуточном стационаре
	BARTEL2	У	N(3)	Индекс Бартела на дату окончания лечения	Значение в диапазоне от 0 до 100. Может заполняться в круглосуточном стационаре

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	MRT_KT	У	N(1)	Признак наличия МРТиКТ для данного случая	Обязателен при оказании услуги МРТиКТ. 0 – отсутствует 1 – присутствует. При значении 1 должна быть заполнена услуга с соответствующим кодом МРТиКТ. Классификатор услуг МРТиКТ
Сведения об оформлении направления					
NAPR	NAPR_N	О	T(10)	Номер направления	
	NAPR_DATE	О	D	Дата направления	
	NAPR_MO	У	T(6)	Код МО, куда оформлено направление	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО
	NAPR_V	О	N(2)	Вид направления	Классификатор видов направления V028.
	MET_ISSL	У	N(2)	Метод диагностического исследования	Если NAPR_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029.
	NAPR_USL	У	T(15)	Медицинская услуга (код), указанная в направлении	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET_ISSL
Сведения о проведении консилиума					
CONS	PR_CONS	О	N(1)	Цель проведения консилиума	Классификатор целей консилиума N019.
	DT_CONS	У	D	Дата проведения консилиума	Обязательно к заполнению, если консилиум проведен (PR_CONS={1,2,3})
Сведения о случае лечения онкологического заболевания					
ONK_SL	DS1_T	О	N(2)	Повод обращения	Классификатор поводов обращения N018.
	STAD	У	N(3)	Стадия заболевания	Заполняется в соответствии со справочником N002. Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					(DS1_T={0,1,2,3,4}).
	ONK_T	У	N(4)	Значение Tumor	Заполняется в соответствии со справочником N003. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	ONK_N	У	N(4)	Значение Nodus	Заполняется в соответствии со справочником N004. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	ONK_M	У	N(4)	Значение Metastasis	Заполняется в соответствии со справочником N005. Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет
	MTSTZ	У	N(1)	Признак выявления отдалённых метастазов	Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1_T=1 или DS1_T=2). При выявлении отдалённых метастазов обязательно к заполнению значением 1
	SOD	У	N(4.2)	Суммарная очаговая доза	Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0»
	K_FR	У	N(2)	Количество фракций проведения лучевой терапии	Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение «0»
	WEI	У	N(3.1)	Масса тела (кг)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
					поверхности тела
	HEI	У	N(3)	Рост (см)	Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела
	BSA	У	N(1.2)	Площадь поверхности тела (м 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	УМ	S	Диагностический блок	Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах. Обязательно к заполнению при наличии сведений в медицинской документации.
	B_PROT	УМ	S	Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах	Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения. Обязательно к заполнению при наличии сведений в медицинской документации.
	ONK_USL	ОМ	S	Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания	Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2) при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2})
Диагностический блок					
B_DIAG	DIAG_DATE	O	D	Дата взятия материала	Указывается дата взятия материала для проведения диагностики.
	DIAG_TIP	O	N(1)	Тип диагностического показателя	Обязательно к заполнению значениями: 1 – гистологический

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					признак; 2 – маркер (ИГХ).
	DIAG_CODE	О	N(3)	Код диагностического показателя	При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010
	DIAG_RSLT	У	N(3)	Код результата диагностики	Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC_RSLT =1). При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011.
	REC_RSLT	У	N(1)	Признак получения результата диагностики	Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики
Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах					
B_PROT	PROT	О	N(1)	Код противопоказания или отказа	Заполняется в соответствии со справочником N001.
	D_PROT	О	D	Дата регистрации противопоказания или отказа	
Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания					
ONK_USL	USL_TIP	О	N(1)	Тип услуги	Заполняется в соответствии со справочником N013.
	HIR_TIP	У	N(1)	Тип хирургического лечения	При USL_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 1.
	LEK_TIP_L	У	N(1)	Линия лекарственной терапии	При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 2
	LEK_TIP_V	У	N(1)	Цикл лекарственной терапии	При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 2

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	LEK_PR	УМ	S	Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате	Обязательно к заполнению при USL_TIP=2 или USL_TIP=4
	PPTR	У	N(1)	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса	Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала
	LUCH_TIP	У	N(1)	Тип лучевой терапии	При USL_TIP=3 или USL_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 3 или 4
Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате					
LEK_PR	REGNUM	O	T(6)	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии	Заполняется в соответствии с классификатором N020
	CODE_SH	O	T(10)	Код схемы лекарственной терапии	Заполняется в соответствии с классификатором V024
	DATE_INJ	OM	D	Дата введения лекарственного препарата	
Коэффициенты сложности лечения пациента					
SL_KOEF	IDSL	O	N(4)	Номер коэффициента сложности лечения пациента	В соответствии с региональным справочником.
	Z_SL	O	N(6.4)	Значение коэффициента сложности лечения пациента	
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в	Уникален в пределах случая

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				реестре услуг	
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003
	LPU_1	O	T(9)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	У	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника. При USL_OK= 1, 2 поле заполняется в обязательном порядке.
	PROFIL	O	N(3)	Профиль медицинской помощи	Классификатор V002.
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению: – для услуг диализа, – для услуг, условие оказания которых является тарифообразующим, в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии, диагностических мероприятий при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим диагнозом C00-C80 или C97)
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	DATE_IN	O	D	Дата начала	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				оказания услуги	
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	
	DS	O	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи).
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг.
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)	Может принимать значение 0
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	СНИЛС медицинского работника в соответствии с региональным справочником врачей и СМП
	NPL	Y	N(1)	Неполный объём	Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объёме. 1 – документированный отказ больного, 2 – медицинские противопоказания, 3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.) 4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков.
	COMENTU	Y	T(250)	Служебное поле	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	PROFIL_K	У	N(3)	Профиль койки	Классификатор V020. Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара.
	TOOTH	У	N(2)	Номер зуба	Для стоматологических манипуляций указывается номер зуба в соответствии с зубной формулой
	STM_BLACK	У	N(1)	Класс по Блэку	Может заполняться для стоматологических услуг (от 1 до 6)
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах законченного случая.
	S_SUM	O	N(15.2)	Сумма финансовой санкции	При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля	Классификатор видов контроля F006
	SL_ID	УМ	T(36)	Идентификатор случая	Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S_SUM не равна 0
	S_OSN	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S_SUM не равна 0
	DATE_ACT	O	D	Дата заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	NUM_ACT	O	T(30)	Номер заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
	S_VID	У	N(2)	Вид санкции	1 – повторный МЭК, 2 – снятие ФСС, 3 – корректировка взаиморасчетов
	S_YEAR	У	N(4)	Год фактического снятия	Обязательны к заполнению при заполненном S_VID
	S_MONTH	У	N(2)	Месяц, в котором производится	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				снятие	

3.9 Сведения о проведенных МЭЭ и ЭКМП страховыми медицинскими организациями.

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:

EPiNiTNp_YYMMN.XML, где

E – константа, обозначающая передаваемые данные.

S – Параметр, определяющий организацию-отправителя – страховую медицинскую организацию;

Ni – Реестровый номер СМО;

T – Параметр, определяющий организацию –получателя – ТФОМС

Np –двузначный код ТФОМС;

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.

В файле с результатами экспертизы содержатся случаи с разными форматами подачи (основной счет, ВМП и диспансеризация). В связи с этим, если поле обязательное, но в формате подачи данного поля нет, то пустое значение не выгружается. Тег в данном случае также не выгружается.

Таблица 6. Файл с результатами экспертизы версии «3.0»

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
ACT_LIS T	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	ACT	O	S	Акт	Реквизиты акта
	SCHET LIST	OM	S		Информация о счетах

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.0»
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	Заполняется в соответствии с отчетным периодом предоставляемых актов
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	
	SMO	O	T(5)	СМО	Реестровый номер СМО (В соответствии с классификатором F002)
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения
Реквизиты акта					
ACT	ACT_ID	O	T(36)	Идентификатор акта	Идентификатор акта из ИС СМО
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	ACT_N	O	T(50)	Номер акта экспертизы	
	ACT_DATE	O	D	Дата проведения экспертизы	
	ACT_DATE_MO	O	D	Дата отправки акта в МО	
	ACT_TIP	O	N(1)	Тип экспертизы	2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	ACT_VID	O	N(2)	Вид экспертизы	Региональный справочник видов экспертиз
	ACT_THEM	Y	T(250)	Причина проведения тематической экспертизы	Текстовое описание причины проведения. Обязательно к заполнению для тематической экспертизы
	ACT_OCHN	O	N(1)	Очность экспертизы	1 – очная, 2 – не очная
	ACT_RESULT	O	N(1)	Ответ от МО	0 - Ответ не получен 1 - Согласован 2 - Согласован с протоколом разногласий 3 - Применены санкции по истечении 45 дней (в случае отсутствия протокола разногласий МО)
	ACT_SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	ACT_SUMMAP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО	Заполняется СМО Равняется выставленной сумме минус санкции по случаю (без штрафов)
	ACT_SANK_MEE	YO	N(15.2)	Финансовые санкции (удержание по МЭЭ)	Сумма удержания по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. Только удержания МЭЭ (без штрафов)
	ACT_SANK_EKMP	YO	N(15.2)	Финансовые санкции (удержание по ЭКМП)	Сумма удержания по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. Только удержания ЭКМП (без

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					штрафов)
	ACT_FINE_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (штраф по МЭЭ)	Сумма штрафа по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	ACT_FINE_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (штраф по ЭКМП)	Сумма штрафа по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
	ACT_DATE_END	У	D	Дата закрытия акта (завершение окончательных расчетов по акту)	Обязательна при наличии удержаний в акте
Информация о счетах					
SCHET_LIST	SCHET	O	S	Пакет	Информация о счете
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания МП, вошедшие в акт
Информация о счете					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	Может содержать только цифры
	DCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	У	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО	Заполняется СМО
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
Записи					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. Для случаев с ошибками на ПАК,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					значение 1 не устанавливается.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	OM	S	Сведения о случае	
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. Случаи с признаком исправленной записи должны иметь одинаковый с первоначальным случаем код записи о пациенте.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008 .
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	Y	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Обязательно к заполнению, при заполненном VPOLIS
	ENP	Y	T(16)	Единый номер полиса обязательного медицинского страхования	Поле обязательно к заполнению, при VPOLIS=3
	ST_OKATO	Y	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	Y	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002 . При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	Y	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	Y	T(5)	ОКАТО территории страхования	
	SMO_NAM	Y	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
	NOVOR	O	T(9)	Признак новорожденного	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;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков).
	VNOV_D	У	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
Сведения о случае					
SLUCH	SL_IDCASE	У	N(11)	Номер записи в реестре законченных случаев	Соответствует значению из счета МО. Заполняется для версии счетов 3.1 соответствует тегу IDCASE - Номер записи в реестре законченных случаев. Для счетов версии ниже 3.1 тег не выгружается
	IDCASE	О	T(36)	Номер записи в реестре случаев	Для счетов версии 3.1 соответствует тегу SL_ID из счета МО Для счетов версии ниже 3.1 соответствует тегу IDCASE из счета МО
	USL_OK	О	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006).
	VIDPOM	О	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	FOR_POM	О	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014
	NPR_N	У	T(10)	Номер направления МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию)	Заполнение обязательно для случаев поликлиники (обращения по заболеванию и посещения с профилактической и иной целью) в плановой форме в МО третьего уровня, государственных диспансерах и центрах (за исключением профилей «Акушерство и гинекология», «Стоматология»), если пациент не прикреплен к данной МО.
	NPR_MO	У	T(6)	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1);</p> <p>2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2). Код МО = 850000 МИНЗДРАВ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ; Код МО = 990000 ЧАСТНОЕ МО</p> <p>3. для случаев поликлиники (обращения по заболеванию и посещения с профилактической и иной целью) в плановой форме в МО третьего уровня, государственных диспансерах и центрах (за исключением профилей «Акушерство и гинекология», «Стоматология»), если пациент не прикреплен к данной МО.</p>
	NPR_DATE	У	D	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	<p>Заполняется на основании направления на лечение. Заполнение обязательно в случаях оказания:</p> <p>1. плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = (1, 2));</p> <p>2. неотложной медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=2 и USL_OK =1);</p> <p>3. для случаев поликлиники (обращения по заболеванию и посещения с профилактической и иной целью) в плановой форме в МО третьего уровня, государственных диспансерах и центрах (за исключением профилей «Акушерство и гинекология», «Стоматология»), если пациент не прикреплен к данной МО.</p>
	EXTR	УО	N(2)	Направление (госпитализация)	<p>1 – плановая; 2 – экстренная При USL_OK= 1, 2 поле заполняется в обязательном порядке.</p>
	LPU	О	T(6)	Код МО	Реестровый код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	О	T(9)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					регионального справочника. Для СМП указывается номер станции (подстанции)
	PODR	O	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Классификатор V002.
	PROFIL_BED	У	T(6)	Профиль койки	Заполняется при USL_OK = 1, 2 Классификатор профилей коек.
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	P_CEL	У	T(3)	Цель посещения	Классификатор целей посещения V025. Обязательно к заполнению для амбулаторных условий.
	NHISTORY	O	T(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	Должен соответствовать реальному первичному медицинскому документу
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	
	DS0	H	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии
	DS1	O	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DN	У	N(1)	Диспансерное наблюдение	Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 - взят, 4 - снят по причине выздоровления, 6- снят по другим причинам. Обязательно для заполнения, если P_CEL=1.3
	VNOV_M	УМ	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NAZ	УМ	S	Назначения	Указывается отдельно для каждого назначения.
	CODE_MES1	УО	T(20)	Код КПП (при USL_OK=1, 2 и способе оплаты по КПП) Код услуги (при USL_OK = 3, 4)	Поле заполняется при способе оплаты случая по КПП при USL_OK=1, 2. При способе оплаты случая по КСГ поле не заполняется. Классификатор КПП, Классификатор услуг.
	CODE_MES2	УО	T(20)	Код КСГ	Поле заполняется при способе оплаты случая по КСГ. Классификатор КСГ
	RSLT	O	N(3)	Результат обращения/ госпитализации	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009).
	ISHOD	O	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (V012).
	PRVS	O	N(4)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон	Классификатор медицинских специальностей (V015). Указывается значение параметра «Code»
	VERS_SPEC	•	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Указывается код используемого справочника медицинских специальностей. Отсутствие поля обозначает использование справочника V004
	IDDOKT	O	T(25)	Код врача, закрывшего талон/историю болезни	СНИЛС врача из регионального справочника врачей и СМП
	OS_SLUCH	НМ	N(2)	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество; 20 - ветераны войн
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010
	ED_COL	У	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Обязателен для случаев подушевого финансирования (поликлиника и скорая помощь)
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	
	OPLATA	У	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате 1 – полная;

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					2 – полный отказ; 3 – частичный отказ.
	SUMP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС). Равняется выставленной сумме минус санкции по случаю (без штрафов).
	SUMV_PAC	У	N(15.2)	Сумма личных средств, затраченных застрахованным лицом	
	SUMP_PAC	У	N(15.2)	Сумма возмещения личных средств, затраченных застрахованным лицом	Заполняется при наличии информации от МО
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Равна сумме описанных ниже санкций. Суммируются только удержания по случаю (без штрафов).
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	
	EXP	ОМ	S	Сведения об экспертах	Заполняется сведениями об экспертах при проведении МЭЭ или ЭКМП от СМО
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	
	HOSP_PARENT	У	N(1)	Госпитализация с представителем/родителем	Для круглосуточного стационара при нахождении вместе с представителем/родителем ставится 1. При этом должны быть заполнены поля представителя
	SMP_EXIT	У	T(5)	Время выезда на вызов	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи. Формат ЧЧ:ММ, где ЧЧ-часы, ММ-минуты
	SMP_ARRIVAL	У	T(5)	Время прибытия на место вызова	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи. Формат ЧЧ:ММ, где ЧЧ-часы, ММ-минуты
	SMP_MESTO	У	N(2)	Место вызова	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи.
	MRS	У	N(1)	Модифицированная шкала Рэнкин	Принимает значения от 0 до 5. Обязательно для заполнения - в условиях круглосуточного стационара по профилям: неврология, медицинская реабилитация, нейрохирургия, - в условиях дневного стационара по профилю медицинская реабилитация. В сочетании с кодами диагнозов G45, G46, I60, I61, I62, I63, I64 (входят все коды диагнозов подрубрики)
	KSLP	УМ	S	Сведения о КСЛП	Заполняется в дневном и круглосуточном стационаре при

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					использовании КСГ и наличии коэффициентов сложности лечения пациента
	AMB_MESTO	У	N(1)	Место обращения (посещения)	Заполняется для амбулаторных случаев. 0 - поликлиника, 1- на дому, 2 - центр здоровья, 3 - иные медицинские организации
	SMP_REASON	У	N(1)	Повод к вызову	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи. 1 – несчастный случай, 2 – острое внезапное заболевание, 3 – обострение хронического заболевания, 4 – патология беременности, 5 – роды, 6 – плановая перевозка, 7 – экстренная перевозка, 8 - другое
	SMP_ACCIDENT	У	N(2)	Причина несчастного случая	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи при несчастном случае. 1 – криминальная, 2 – дорожно-транспортное происшествие, 3 – производственная травма, 4 – сельскохозяйственная травма, 5 – бытовая травма, 6 – спортивная травма, 7 – отравление, 8 – утопление, 9 – суицид, 10 – пожар, 11 - другая
	LS	УМ	S	Сведения о лекарственных средствах	Обязателен для случаев скорой медицинской помощи с проведением тромболитика (с 2018 года)
	ADD_CRITERION	У	T(10)	Дополнительный классификационный критерий, применяемый для кодирования отдельных КСГ	it1 - SOFA не менее 5 и непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более; it2 - Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более; sh001 - sh902 - Схема лекарственной терапии (001 - 264, 901, 902); rb2 - 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ); rb3 - 3 балла по шкале реабилитационной

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					маршрутизации (ШРМ); rb4 - 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ); rb5 - 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ); rb6 - 6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
	BARTEL	У	N(3)	Индекс Бартела на дату начала лечения	Значение в диапазоне от 0 до 100. Может заполняться в круглосуточном стационаре
	BARTEL2	У	N(3)	Индекс Бартела на дату окончания лечения	Значение в диапазоне от 0 до 100. Может заполняться в круглосуточном стационаре
	MRT_KT	У	N(1)	Признак наличия МРТиКТ для данного случая	Обязателен при оказании услуги МРТиКТ. 0 – отсутствует 1 – присутствует. При значении 1 должна быть заполнена услуга с соответствующим кодом МРТиКТ. Классификатор услуг МРТиКТ
Назначения					
NAZ	NAZ_N	О	N(2)	Номер по порядку	
	NAZ_R	О	N(2)	Вид назначения	Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II. 1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления; 2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию; 3 – направлен на обследование; 4 – направлен в дневной стационар; 5 – направлен на госпитализацию; 6 – направлен в реабилитационное отделение.
	NAZ_SP	У	N(4)	Специальность врача	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлены коды 1 или 2. Классификатор V021.
	NAZ_V	У	N(1)	Вид обследования	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлен код 3.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					1 – лабораторная диагностика; 2 – инструментальная диагностика; 3 – методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих; 4 – дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография)
	NAZ_PMP	У	N(3)	Профиль медицинской помощи	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлены коды 4 или 5. Классификатор V002.
	NAZ_PK	У	N(3)	Профиль койки	Заполняется, если в поле NAZ_R проставлен код 6. Классификатор V020.
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	О	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	О	N(15.2)	Финансовая санкция (удержание)	Сумма удержания по данному коду причины отказа
	S_SUM2	О	N(15.2)	Финансовая санкция (штраф)	Сумма штрафа по данному коду причины отказа
	S_TIP	О	N(2)	Код вида контроля	F006 Классификатор видов контроля.
	SL_ID	УМ	T(36)	Идентификатор случая	Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S_SUM не равна 0
	S_OSN	О	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи.
	S_COM	О	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции. Текстовое описание причины установления кода дефекта
	S_IST	О	N(1)	Источник	1 – СМО к МО
	S_MEK	У	N(1)	Код причины проведения МЭК	1 – снятие ФСС, 2 – повторный МЭК
	S_SANK	О	N(1)	Признак наличия санкции по данному дефекту (0-по данному дефекту не была применена санкция, 1-была применена санкция)	При наличии нескольких дефектов по случаю один из них (дефект с максимальным снятием), по которому была применена санкция, необходимо отметить данным признаком
Сведения о экспертах					
EXP	CODE_EXP	О	T(8)	Код эксперта	Обязателен при проведении МЭЭ или ЭКМП от СМО, независимо от наличия

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					санкции. Заполняется кодом эксперта из справочника F004 при ЭКМП, уникальным кодом эксперта из справочника СМО при МЭЭ.
	EXP_FIO	O	T(122)	ФИО врача-эксперта	
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникален в пределах случая
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003
	LPU_1	O	T(9)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	Y	N(12)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Классификатор V002.
	VID_VME	Y	T(20)	Вид медицинского вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001)
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи.
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги (лечения)	
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги (лечения)	
	DS	Y	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг
	STATUS_USL	Y	N(1)	Статус выполнения услуги	1-Выполнено в другом ЛПУ 2-Пройдено ранее
	KOL_USL	Y	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)	
	PRVS	Y	N(9)	Специальность медработника, выполнившего услугу	
	CODE_MD	Y	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником
	COMENTU	Y	T(250)	Служебное поле	
	STM_BLACK	Y	N(1)	Класс по Блэку	Может заполняться для стоматологических услуг (от 1 до

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					б)
Сведения о КСЛП					
KSLP	KSLP_ID	O	N(1)	Код КСЛП	Код из справочника КСЛП
	KSLP_VAL	O	N(15.2)	Значение КСЛП	
Сведения о лекарственных средствах					
LS	LS_ID	O	T(20)	Код ЛС	Код из справочника ЛС
	LS_FORM	O	N(2)	Форма выпуска препарата	Код из справочника форм выпуска препарата
	LS_ED_COL	O	N(15.2)	Дозировка препарата (курсовая)	При заполнении необходимо указывать кол-во доз (ампул, таблеток и т.д.), которые принял пациент в данном законченном случае лечения

Таблица 7. Файл с результатами экспертизы версии «3.1» (действует для новых реестров счетов версии «3.1.1 и выше» с отчетного месяца ноября 2018 года)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
ACT_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	ACT	O	S	Акт	Реквизиты акта
	SCHET_LIST	OM	S		Информация о счетах
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значению «3.1»
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	Заполняется в соответствии с отчетным периодом предоставляемых актов
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	
	SMO	O	T(5)	СМО	Реестровый номер СМО (В соответствии с классификатором F002)
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения
Реквизиты акта					
ACT	ACT_ID	O	T(36)	Идентификатор акта	Идентификатор акта из ИС СМО
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО	Код МО – юридического лица.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					Заполняется в соответствии со справочником F003.
	ACT_N	O	T(50)	Номер акта экспертизы	
	ACT_DATE	O	D	Дата проведения экспертизы	
	ACT_N_OLD	Y	T(50)	Номер заменяемого акта экспертизы	Обязательно к заполнению при замене акта СМО новым актом
	ACT_DATE_OLD	Y	D	Дата проведения экспертизы заменяемого акта экспертизы	Обязательно к заполнению при замене акта СМО новым актом
	ACT_DATE_MO	O	D	Дата отправки акта в МО	
	ACT_TIP	O	N(1)	Тип экспертизы	2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	ACT_VID	O	N(2)	Вид экспертизы	Региональный справочник видов экспертиз
	ACT_THEM_ID	Y	N(2)	Код проведения тематической экспертизы	Заполняется код тематики из регионального справочника «Классификатор тематик». Обязательно к заполнению для тематической экспертизы
	ACT_THEM	Y	T(250)	Причина проведения тематической экспертизы	Текстовое описание причины проведения. Обязательно к заполнению для тематической экспертизы
	ACT_OCHN	O	N(1)	Очность экспертизы	1 – очная, 2 – не очная
	ACT_RESULT	O	N(1)	Ответ от МО	0 - Ответ не получен 1 - Согласован 2 - Согласован с протоколом разногласий 3 - Применены

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					санкции по истечении 45 дней (в случае отсутствия протокола разногласий МО)
	ACT_SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	ACT_SUMMAP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО	Заполняется СМО Равняется выставленной сумме минус санкции по случаю (без штрафов)
	ACT_SANK_ME E	YO	N(15.2)	Финансовые санкции (удержание по МЭЭ)	Сумма удержания по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. Только удержания МЭЭ (без штрафов)
	ACT_SANK_EK MP	YO	N(15.2)	Финансовые санкции (удержание по ЭКМП)	Сумма удержания по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. Только удержания ЭКМП (без штрафов)
	ACT_FINE_ME E	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (штраф по МЭЭ)	Сумма штрафа по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	ACT_FINE_EK MP	Y	N(15.2)	Финансовые санкции (штраф по ЭКМП)	Сумма штрафа по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
	ACT_DATE_EN D	Y	D	Дата закрытия акта (завершение окончательных расчетов по акту)	Обязательна при наличии удержаний в акте
Информация о счетах					
SCHET_LIST	SCHET	O	S	Пакет	Информация о счете
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания МП, вошедшие в акт
Информация о счете					
SCHET	CODE	O	T(8)	Код записи счета	Уникальный код (например,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	Может содержать только цифры
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Y	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	COMENTS	Y	T(250)	Служебное поле к счёту	
	SUMMAP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО	Заполняется СМО
Записи					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счёта.
	Z_SL	O	S	Законченный случай	Информация о законченном случае
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	O	N(11)	Номер записи в реестре законченных случаев	Соответствует значению из счёта МО.
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Равна сумме значений SUM_M вложенных

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					элементов SL, не может иметь нулевое значение.
	SUMP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SUMV_PAC	У	N(15.2)	Сумма личных средств, затраченных застрахованным лицом	
	SUMP_PAC	У	N(15.2)	Сумма возмещения личных средств, затраченных застрахованным лицом	Заполняется при наличии информации от МО
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая.
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по законченному случаю	Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных ниже. Суммируются только удержания по случаю (без штрафов).
	EXP	ОМ	S	Сведения об экспертах	Заполняется сведениями об экспертах при проведении МЭЭ или ЭКМП от СМО
	PR_MULTI	О	N(1)	Признак мульти-дисциплинарной экспертизы	0 – нет 1 - да
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	О	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	О	N(15.2)	Финансовая санкция (удержание)	Сумма удержания по данному коду причины отказа
	S_SUM2	О	N(15.2)	Финансовая санкция (штраф)	Сумма штрафа по данному коду причины отказа
	S_TIP	О	N(2)	Код вида контроля	F006 Классификатор видов контроля.
	SL_ID	У	T(36)	Идентификатор	Идентификатор

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				случая	случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая.
	S_OSN	O	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи.
	DATE_ACT	O	D	Дата заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	NUM_ACT	O	T(30)	Номер заключения МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	CODE_EXP	O	T(8)	Код эксперта	Обязательно к заполнению в соответствии с F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А) для экспертиз качества медицинской помощи (S_TIP>=30), для медико-экономической экспертизы заполняется уникальным кодом эксперта из реестра экспертов СМО.
	EXP_FIO	O	T(122)	ФИО врача-эксперта	
	S_COM	O	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции. Текстовое описание причины установления кода дефекта
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО к МО
	S_SANK	O	N(1)	Признак наличия санкции по данному дефекту (0-по данному дефекту не была	При наличии нескольких дефектов по случаю один из них (дефект с максимальным

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				применена санкция, 1-была применена санкция)	снятием), по которому была применена санкция, необходимо отметить данным признаком
Сведения об эксперте					
EXP	CODE_EXP	O	T(8)	Код эксперта	Обязателен при проведении МЭЭ или ЭКМП от СМО, независимо от наличия санкции. Заполняется кодом эксперта из справочника F004 при ЭКМП, уникальным кодом эксперта из справочника СМО при МЭЭ.
	EXP_FIO	O	T(122)	ФИО врача-эксперта	

3.10 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 – 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, LD, LR: в соответствии с именем основного файла.

Таблица 8. Файл персональных данных

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
PERS_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	PERS	OM	S	Данные	Содержит персональные данные пациента
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «3.1».
	DATA	O	D	Дата	В формате ГТТГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME1	O	T(26)	Имя основного файла	Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения.
	PROGRAM	O	T(30)	Наименование программного продукта, в котором сформирован реестр	Заполняется заглавными английскими буквами. Например: PROMED, VITACORE, VISTAMED
Данные					
PERS	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи.
	FAM	Y	T(40)	Фамилия пациента	FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается. OT (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение. Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.
	IM	Y	T(40)	Имя пациента	
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента	
	W	O	N(1)	Пол пациента	Заполняется в соответствии с классификатором V005.
	DR	O	D	Дата рождения пациента	Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					<p>принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4».</p> <p>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».</p> <p>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</p>
	DOST	УМ	N(1)	Код надёжности идентификации и пациента	<p>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.</p> <p>Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место.</p>
	TEL	У	T(100)	Номер телефона пациента	<p>Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений. Информация для страхового представителя.</p>
	FAM_P	У	T(40)	Фамилия представителя пациента	<p>Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. FAM_P (фамилия</p>
	IM_P	У	T(40)	Имя представителя пациента	
	OT_P	У	T(40)	Отчество представителя	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				пациента	представителя) и/или ИМ_Р (имя представителя)
	W_P	У	N(1)	Пол представителя пациента	указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.
	DR_P	У	D	Дата рождения представителя пациента	<p>В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.</p> <p>ОТ_Р (отчество представителя) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST_P можно опустить соответствующее значение.</p> <p>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».</p> <p>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».</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно</p>
	DOST_P	УМ	N(1)	Код надёжности идентификации и представителя	<p>1 – отсутствует отчество;</p> <p>2 – отсутствует фамилия;</p> <p>3 – отсутствует имя;</p> <p>4 – известен только месяц и год даты рождения;</p>

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место.
	MR	У	T(100)	Место рождения пациента или представителя	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность.
	DOCTYPE	У	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность». При указании ЕНП может не заполняться
	DOC SER	У	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП может не заполняться. Должны соблюдаться требования по маске серии документов
	DOC NUM	У	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП может не заполняться. Должны соблюдаться требования по маске номера документов
	DOC DATE	У	D	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП может не заполняться
	DOC ORG	У	T(250)	Наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность	При указании ЕНП может не заполняться
	SNILS	У	T(14)	СНИЛС пациента или представителя	СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.
	OKAT OG	У	T(11)	Код места жительства по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений. Должно указываться с максимальной известной точностью,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					неизвестная точная часть дополняется нулями
	ОКАТОР	У	T(11)	Код места пребывания по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений. Должно указываться с максимальной известной точностью, неизвестная точная часть дополняется нулями
	СОМЕНТР	У	T(250)	Служебное поле	

Имя файла форматно-логического контроля формируется по следующему принципу:

FLK_XXX.XML, где

FLK – константа, обозначающая передаваемые данные.
XXX – имя исходного основного файла.

Таблица 9. Структура файла с протоколом ФЛК

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
FLK_P	FNAME	О	T(24)	Имя файла протокола ФЛК	
	FNAME_I	О	T(24)	Имя исходного файла	
	PR	НМ	S	Причина отказа	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках.
Причины отказа					
PR	OSHIB	О	N(3)	Код ошибки	В соответствии с классификатором Q004
	IM_POL	У	T(20)	Имя поля	Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	BAS_EL	У	T(20)	Имя базового	Имя базового

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				элемента	элемента для поля, в котором обнаружена ошибка.
	N_ZAP	У	T(36)	Номер записи	Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка.
	IDCASE	У	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Номер законченного случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «Z_SL», в том числе во входящих в него элементах «SL» и услугах).
	SL_ID	У	T(36)	Идентификатор случая	Идентификатор случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «SL», в том числе во входящих в него услугах).
	IDSERV	У	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL»).
	COMMENT	У	T(250)	Комментарий	Описание ошибки.

4. Перечень нормативно-справочной информации (далее – НСИ), классификаторов и реестров

4.1 При учете медицинской помощи используются следующие справочники и классификаторы:

Код	Наименование
M001	Международная <u>классификация</u> болезней и состояний, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10)
V002	Классификатор профилей оказанной медицинской помощи
V003	Классификатор работ (услуг) при лицензировании медицинской помощи
V005	Классификатор пола застрахованного
V006	Классификатор условий оказания медицинской помощи
V008	Классификатор видов медицинской помощи
V009	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью
V010	Классификатор способов оплаты медицинской помощи
V012	Классификатор исходов заболевания
V014	Классификатор форм оказания медицинской помощи
V015	Классификатор медицинских специальностей
V016	Классификатор типов диспансеризации
V017	Классификатор результатов диспансеризации
V018	Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи
V019	Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи
F002	Единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
F003	Единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
F005	Классификатор статусов оплаты медицинской помощи
F007	Классификатор ведомственной принадлежности медицинской организации
F008	Классификатор типов документов, подтверждающих факт страхования по ОМС
F011	Классификатор типов документов, удостоверяющих личность
F012	Справочник ошибок форматно-логического контроля
F014	Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи
	Региональный классификатор кодов клинико-профильных групп (КСГ) в условиях стационара
	Региональный классификатор кодов клинико-профильных групп (КСГ) в условиях дневного стационара
	Региональный классификатор кодов стоматологических услуг, оказываемых в

	амбулаторных условиях
	Региональный классификатор кодов посещений в амбулаторных условиях
	Региональный классификатор кодов вызовов скорой медицинской помощи
	Региональный классификатор кодов по диспансеризации
	Региональный классификатор подразделений МО
	Региональный классификатор отделений МО
	Справочник соответствия профиля медицинской помощи и специальности врача
	Региональный справочник диагнозов для кодирования по шкале Рэнкина
	Региональный справочник видов экспертиз
V020	Классификатор профилей койки
V021	Классификатор медицинских специальностей
V024	Классификатор классификационных критериев
V025	Классификатор целей посещения
V027	Классификатор характеров заболевания
V028	Классификатор видов направления
V029	Классификатор методов диагностического исследования
V030	Схемы лечения заболевания COVID-19
V031	Группы препаратов для лечения заболевания COVID-19
V032	Сочетание схемы лечения и группы препаратов
V033	Соответствие кода препарата схеме лечения
V036	Перечень услуг, требующих имплантацию медицинских изделий
V037	Перечень методов ВМП, требующих имплантацию медицинских изделий
N001	Классификатор противопоказаний и отказов
N002	Классификатор стадий
N003	Классификатор Tumor
N004	Классификатор Nodus
N005	Классификатор Metastasis
N007	Классификатор гистологии
N008	Классификатор результатов гистологии
N009	Классификатор соответствия гистологии диагнозам

N010	Классификатор маркёров
N011	Классификатор значений маркёров
N012	Классификатор соответствия маркёров диагнозам
N013	Классификатор типов лечения
N014	Классификатор типов хирургического лечения
N015	Классификатор линий лекарственной терапии
N016	Классификатор циклов лекарственной терапии
N017	Классификатор типов лучевой терапии
N018	Классификатор поводов обращения
N019	Классификатор целей консилиума
N020	Классификатор лекарственных препаратов, применяемых при проведении лекарственной терапии
N021	Классификатор соответствия лекарственного препарата схеме лекарственной терапии

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

5. Перечень Приложений

- 5.1 Счет в СМО за медицинскую помощь гражданам РФ, застрахованным в соответствующей СМО;
- 5.2 Счет в СМО за медицинскую помощь гражданам РФ, застрахованных на других территориях;
- 5.3 Акт приема-передачи реестра счетов граждан, застрахованных по ОМС;
Акт приема-передачи реестра счетов по взаиморасчетам граждан, застрахованных по ОМС;

- 5.4 Заключение медико-экономического контроля за оказанную помощь лицам, застрахованным на территории Республики Крым;
- 5.5 Заключение медико-экономического контроля за оказанную помощь лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации;
- 5.6 Заключение повторного медико-экономического контроля по результатам медико-экономического контроля, проведенного ТФОМС Республики Крым.

Получатель:

Адрес:
Телефон:
ИНН/КПП:
Расчётный счёт:
Корр. счёт, л/с:
Банк:
БИК:

Плательщик:

Адрес:
Телефон:
ИНН/КПП:
Расчётный счет:
Получатель:
Банк:
БИК:

СЧЕТ № _____ от « _____ » _____ 20__ г.

**на оплату медицинской помощи, оказанной медицинской организацией
лицам, застрахованным в _____**

(наименование СМО)

за отчетный месяц _____ 20__ г. по реестру

Предъявлено к оплате, по условиям и способам оплаты медицинской помощи:	Единица измерения	Кол-во, закончен ных случаев	Сумма, руб.
1. скорая медицинская помощь в т.ч.:			
- вызов СМП (подушевое финансирование)	вызов		
- вызов СМП с тромболизисом	вызов		
2. амбулаторно-поликлиническая помощь в т.ч.:			
- подушевое финансирование	х	х	
- финансирование ФАП	х	х	
- профилактическая цель (без стоматологической)	посещение		
- заболевание (без стоматологической)	обращение		
- неотложная (без стоматологической)	посещение		
- стоматологическая помощь	УЕТ		
- услуги (гемодиализа и перинеального диализа)	услуга		
- лечебно-диагностические услуги	услуга		
- неотложная в приемном отделении стационара	посещение		
- диспансеризация и профилактические осмотры	случай		
3. круглосуточный стационар в т.ч.:			
- стационарная помощь (без ВМП)	законченный случай		
- высокотехнологичная медицинская помощь	законченный случай		
4. дневной стационар:	законченный случай		
Итого:	х	х	
Предъявлено к оплате, по межучрежденческим расчетам (Исполнитель): ¹	Единица измерения	Кол-во	Сумма, руб.

1. скорая медицинская помощь в т.ч.:			
- вызов СМП	вызов		
2. амбулаторно-поликлиническая помощь в т.ч.:			
- профилактическая цель (без стоматологической)	посещение		
- заболевание (без стоматологической)	обращение		
- лечебно-диагностические услуги	услуга		
3. круглосуточный стационар	койко-день		
Итого:	х	х	
Снято по межучрежденческим расчетам (Заказчик): ²	Единица измерения	Кол-во	Сумма, руб.
1. скорая медицинская помощь в т.ч.:			
- вызов СМП	вызов		
2. амбулаторно-поликлиническая помощь в т.ч.:			
- профилактическая цель (без стоматологической)	посещение		
- заболевание (без стоматологической)	обращение		
- лечебно-диагностические услуги	услуга		
3. круглосуточный стационар	койко-день		
Итого:	х	х	
Всего к оплате:			

Всего к оплате (сумма прописью): 125 100,00 рублей (сто двадцать пять тысяч сто рублей 00 копеек),

в том числе с учетом снятия по межучрежденческим расчетам (сумма прописью): 119 850,00 рублей (сто девятнадцать тысяч восемьсот пятьдесят рублей 00 копеек)

Руководитель МО

должность

подпись

ФИО

Главный бухгалтер МО

подпись

ФИО

1 Вставляется в счет и заполняется при наличии межучрежденческих расчетов организации-Исполнителя

2 Вставляется в счет и заполняется при наличии межучрежденческих расчетов организации-Заказчика

Получатель:

Адрес:
Телефон:
ИНН/КПП:
Расчётный счёт:
Корр. счёт, л/с:
Банк:
БИК:

Плательщик:

Адрес:
Телефон:
ИНН/КПП:
Расчётный счет:
Получатель:
Банк:
БИК:

СЧЕТ № _____ от « _____ » _____ 20__ г.

**на оплату медицинской помощи, оказанной медицинской организацией
лицам, застрахованным на других территориях Российской Федерации
за отчетный месяц _____ 20__ г. по реестру _____**

Предъявлено к оплате, по условиям и способам оплаты медицинской помощи:	Единица измерения	Кол-во	Сумма, руб.
1. скорая медицинская помощь:	вызов		
Итого:	х	х	
2. амбулаторно-поликлиническая помощь в т.ч.:			
- профилактическая цель (без стоматологической)	посещение		
- заболевание (без стоматологической)	обращение		
- неотложная (без стоматологической)	посещение		
- стоматологическая помощь	УЕТ		
- услуги (гемодиализа и перинеального диализа)	услуга		
- лечебно-диагностические услуги	услуга		
- неотложная в приемном отделении стационара	посещение		
- диспансеризация и профилактические осмотры	случай		
Итого:	х	х	
3. круглосуточный стационар в т.ч.:			
- стационарная помощь (без ВМП)	законченный случай		
- высокотехнологичная медицинская помощь	законченный случай		
Итого:	х	х	
4. дневной стационар:	законченный случай		
Итого:	х	х	
Всего к оплате:			

Всего к оплате (сумма прописью): 125 100,00 рублей (сто двадцать пять тысяч сто рублей 00 копеек)

Дата:

Руководитель МО _____

должность

подпись

ФИО

Главный бухгалтер МО

подпись

ФИО

Акт № _____
приема-передачи реестра счетов по взаиморасчетам граждан, застрахованных по ОМС

(наименование СМО)
 за отчетный период _____ 20__ г.
 (месяц)

Медицинская организация		Счет			Предъявлено к оплате								Отклонено от оплаты							
№	Наименование	Имя файла	№ счета	Дата счета	Кол-во, случаев	Сумма, руб.	из них						Сумма, руб.	из них				в т.ч. корректировка взаиморасчетов	в т.ч. повторный МЭК	в т.ч. ФСС
							поликлиника		Стационар, руб.	Дневной стационар, руб.	Скорая помощь, руб.			Поликлиника, руб.	Стационар, руб.	Дневной стационар, руб.	Скорая помощь, руб.			
							Подушевое, руб.	Тарифы, руб.			Подушевое, руб.	Тарифы, руб.						Сумма снятия, руб.	Сумма снятия, руб.	Сумма снятия, руб.
Итого:																				
Санкции в текущем месяце по счетам предыдущих периодов																				
Итого:																				

Подписи сторон:

От передавшей стороны

От принявшей стороны

 (руководитель или иное ответственное лицо)

 (руководитель или иное ответственное лицо)

«__» _____ 20__ г.

«__» _____ 20__ г.

Заключение
медико-экономического контроля
№ _____ от _____ 20__ года

за оказанную помощь лицам, застрахованным на территории Республики Крым ООО "СМК "КРЫММЕДСТРАХ" в медицинской организации _____ (Код МО - _____)

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым провёл медико-экономический контроль за отчетный месяц февраль 2022 года по реестру счета (HM850101S85002_22028.zip) и счёту № _____ от _____ 202__, в количестве _____ законченных случаев на общую сумму _____ рублей.

Условие оказания МП	Профиль МП (койки) или специалиста*	Предоставлено к оплате		Отказано в оплате		Оплатить	
		Кол-во	Сумма, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	Кол-во	Сумма, руб.
Поликлиника	инфекционным болезням						
Стационар	инфекционным болезням						
Итого:							

В том числе, за отчетный период _____ 20__ года медицинская помощь оказана по:

Вид помощи	Сумма, руб.
Подушевое финансирование	
ФАП финансирование	
Итого:	

В результате проверки установлено, что за отчетный период _____ 20__ года отклонены следующие позиции законченных случаев в счете на оплату оказанной медицинской помощи:

№ п/п в реестре	Условие оказания МП	№ полиса ОМС	Код по МКБ-10*	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код нарушения	Расшифровка кода нарушения	Сумма неоплаты (руб.)
Итого по заключению на сумму:								
в т. ч. по коду:								

Сумма, принятая к оплате, итого: 5 636 263,21 рублей (Пять миллионов шестьсот тридцать шесть тысяч двести шестьдесят три рубля 21 копейка).

Исполнитель _____

Начальник ФЭУ
ТФОМС Республики Крым _____

Заместитель директора ТФОМС

Республики Крым

МП

Руководитель МО, ознакомившийся с
заключением

МП

Дата _____

Заключение

медико-экономического контроля

№ _____ от _____ 20__ года

за оказанную помощь лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в медицинской организации _____ (Код МО - _____)

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым провёл медико-экономический контроль за отчетный месяц февраль 2022 года по реестру счета (HM850101S85002_22028.zip) и счёту № _____ от _____ 202__, в количестве _____ законченных случаев на общую сумму _____ рублей.

Условие оказания МП	Профиль МП (койки) или специалиста*	Предоставлено к оплате		Отказано в оплате		Оплатить	
		Кол-во	Сумма, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	Кол-во	Сумма, руб.
Поликлиника	инфекционным болезням						
Стационар	инфекционным болезням						
Итого:							

В том числе, за отчетный период _____ 20__ года медицинская помощь оказана по:

Вид помощи	Сумма, руб.
Подушевое финансирование	
ФАП финансирование	
Итого:	

В результате проверки установлено, что за отчетный период _____ 20__ года отклонены следующие позиции законченных случаев в счете на оплату оказанной медицинской помощи:

№ п/п в реестре	Условие оказания МП	№ полиса ОМС	Код по МКБ-10*	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код нарушения	Расшифровка кода нарушения	Сумма неоплаты (руб.)
Итого по заключению на сумму:								
в т. ч. по коду:								

Сумма, принятая к оплате, итого: 5 636 263,21 рублей (Пять миллионов шестьсот тридцать шесть тысяч двести шестьдесят три рубля 21 копейка).

Исполнитель _____

Начальник ФЭУ
ТФОМС Республики Крым _____

Заместитель директора ТФОМС _____

Республики Крым

МП

Руководитель МО, ознакомившийся с
заключением

МП

Дата _____

Заключение
повторного медико-экономического контроля по результатам медико-экономического контроля, проведенного ТФОМС Республики Крым

№ _____ от _____ 20__ года
за оказанную помощь лицам, застрахованным на территории Республики Крым
ООО "СМК "КРЫММЕДСТРАХ" в медицинской организации _____
(Код МО - _____)

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым провёл повторный медико-экономический контроль за отчетный месяц январь 2022 года по реестру счета (HM850120S85002_220146.zip) и счёту № _____ от _____ 202__, в количестве _____ законченных случаев на общую сумму _____ рублей.

В результате проверки установлено, что за отчетный период _____ 202__ года отклонены следующие позиции законченных случаев в счете на оплату оказанной медицинской помощи:

Условие оказания МП	Профиль МП	№ полиса ОМС	Код по МКБ-10*	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код нарушения	Расшифровка кода нарушения	Сумма, отклоненная по результатам повторного МЭК, руб.
Итого:								

Сумма, отклоненная по результатам повторного медико-экономического контроля, итого: 1 557,00 рублей (Одна тысяча пятьсот пятьдесят семь рублей 00 копеек).

Исполнитель _____

Начальник ФЭУ
ТФОМС Республики Крым _____

Заместитель директора ТФОМС
Республики Крым _____
МП

Руководитель МО, ознакомившийся с
заключением _____
МП

Дата _____

Акт приема-передачи сведений
 о проведенных МЭЭ/ЭКМП _____
 (наименование СМО)
 за _____ 20__ года

№	Медицинская организация		Акт экспертизы											
	Код МО	Наименование МО	Имя файла	№ акта	Дата акта	Тип экспертизы	Вид экспертизы	Условие оказания МП	Кол-во законченных случаев (всего в акте)	Кол-во законченных случаев с нарушениями (всего в акте)	Сумма выставленная к оплате, руб.	Сумма принятая к оплате, руб.	Сумма удержания (уменьшения оплаты), руб.	Сумма штрафа, руб.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Итого														

Представитель СМО
 Должность, ФИО, подпись, печать

Представитель ТФОМС Республики Крым
 Директор, ФИО, подпись, печать

Реестр актов МЭЭ/ЭКМП,
 проведенных по случаям оказания медицинской помощи,
 отсутствующим в персонифицированном учете _____
 (наименование СМО)
 за _____ 20__ года

№	Медицинская организация		Акт экспертизы								
	Код МО	Наименование МО	Имя файла	№ акта	Дата акта	Тип экспертизы	Вид экспертизы	Условие оказания МП	Кол-во законченных случаев (всего в акте)	Кол-во законченных случаев с нарушениями (всего в акте)	Сумма штрафа, руб.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Итого											

Представитель СМО

Должность, ФИО, подпись, печать

Сводный реестр для медицинской организации-заказчика

_____ (код МО – _____)
(наименование МО-заказчика)
за отчетный период _____

Код МО-исполнителя	Наименование МО-исполнителя	Сумма, предъявленная к оплате согласно реестру счетов, за оказанные внешние услуги МО-исполнителем
		ИТОГО:

(Должность исполнителя (наименование СМО))

(ФИО)

(Подпись)

Дата _____

В соответствии с Порядком по взаиморасчетам между медицинскими организациями, производимыми страховыми медицинскими организациями

**Приложение к Реестру персонифицированных сведений
об оказанных пациентам внешних медицинских услуг**

№ _____ от _____ 20__ (номер реестра счетов _____)

МО-исполнитель:

Код МО-исполнителя:

МО-заказчик:

Код МО-заказчика:

СМО:

Код СМО:

Характеристика реестра оказанной медицинской помощи:

Число оказанных медицинских услуг: _____

Суммарная стоимость медицинских услуг, представленных к оплате (руб.): _____

Результаты автоматизированного медико-экономического контроля:

Число выявленных записей, содержащих сведения о дефектах медицинской помощи _____

Число нарушений при оказании медицинской помощи: _____

На сумму (руб.): _____

Итоговая сумма, принятая к оплате (руб.): _____

Код МО-заказчика	Файл	Период отчета	Номер записи	Номер полиса	ФИО	№ направления	Дата выдачи направления	Дата начала случая	Дата окончания случая	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Стоимость единицы	Сумма	МО-Исполнитель	Согласование оплаты	Отметка	Комментарий

в том числе не согласовано						
ИТОГО к оплате:						