



**ХАБАРОВСКИЙ КРАЕВОЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ПРИКАЗ

25.01.2024

№ 12

Об утверждении Регламента
информационного взаимодействия

В целях реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования Хабаровского края на 2024 год (далее – Регламент) в соответствии с Приложением.
2. Отделу программно-технического обеспечения (Попов Д.А.) разместить Регламент на официальном сайте ХКФОМС в сети Интернет в разделе «Документы» - «Документы ХКФОМС» - «Приказы»
3. Организационно-техническому отделу (Грибков И.В.) довести до сведения заместителей директора, руководителей представительств, заинтересованных начальников отделов ХКФОМС, медицинских организаций, страховых медицинских организаций настоящий приказ.
4. Признать утратившими силу приказ ХКФОМС от 02.02.2023 №25 «О внесении изменений в Регламент информационного взаимодействия».
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора по защите информации и правовому обеспечению Будника И.А.

РЕКОМЕНДОВАТЬ:

Страховой медицинской организации, медицинским организациям, работающим в системе обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края, осуществлять информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в соответствии с Регламентом.

Директор

Е.В. Пузакова

**Регламент информационного взаимодействия при ведении
персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского
страхования Хабаровского края с учетом региональных изменений
на 2024 год**

Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования Хабаровского края (далее – Регламент), осуществляется в системе обязательного медицинского страхования Хабаровского края в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением правительства Российской Федерации от 05.11.2022 № 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», приказом ФФОМС от 31.03.2021 № 34н «Об определении порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Список используемых сокращений:

| | |
|--------|------------------------------------------------------------------|
| РС ЕРЗ | Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц |
| ФЕРЗЛ | Федеральный единый регистр застрахованных лиц |
| МО | Медицинская организация |
| СМО | Страховая медицинская организация |
| ТП ОМС | Территориальная программа обязательного медицинского страхования |
| ПТО | Отдел программно-технического обеспечения |
| ОООМС | Отдел организации обязательного медицинского страхования |

| | |
|----------|-----------------------------------------------------------|
| РАЦ | Расчетно-аналитический центр |
| ОМТП ОМС | Отдел мониторинга территориальной программы |
| МЭК | Медико-экономический контроль |
| ОККМПЗ | Отдел контроля качества медицинской помощи застрахованным |

Информационное взаимодействие между ХКФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Хабаровского края представлено в Таблице 1.

Таблица 1.

| Мероприятие | Интервал выполнения (рабочие дни) | Исполнитель |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Ведение регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц (РС ЕРЗ). | Ежедневно | ПТО, СМО |
| Ведение реестра граждан, прикрепленных к медицинским организациям. | Ежедневно | ПТО, МО |
| Обеспечение работоспособности сервиса "Запрос страховой принадлежности РС ЕРЗ, ФЕРЗЛ" для МО и СМО. | Ежедневно | ПТО |
| ОМТП ОМС предоставляет изменения, вносимые в региональные справочники в компетенции отдела. | По мере возникновения, либо после решения Комиссии по разработке ТП ОМС | ОМТП ОМС |
| Актуализация региональных справочников, используемых медицинскими организациями при формировании сведений об оказанной медицинской помощи. Формирование новых региональных справочников. Размещение справочников на сайте ХКФОМС, в разделе «Реестры и справочники» - «Пакеты НСИ». | По мере возникновения, не менее чем за 3 рабочих дня до начала приема информационных файлов от МО | РАЦ (при технической поддержке отдела ПТО) |

| Мероприятие | Интервал выполнения (рабочие дни) | Исполнитель |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Реализация изменений в алгоритмах расчетов в соответствии с Дополнительными соглашениями к Территориальному тарифному соглашению, в алгоритмах проверок. | По мере возникновения, не менее чем за 3 рабочих дней до начала приема информационных файлов от МО | РАЦ, ОМТП ОМС, ПТО |
| Внедрение новых алгоритмов расчетов, новых проверок. | По мере возникновения | РАЦ, ПТО |
| Прием информационных файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи от МО. Проведение форматно-логического контроля и автоматизированной обработки информационных файлов МО, в т.ч. идентификация застрахованного лица по РС ЕРЗ, определение СМО, ответственной за оплату счета, выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования. | Ежемесячно, 1 - 2 рабочие дни месяца, следующего за отчетным | РАЦ, ПТО |
| Актуализация информации о плановых объемах и стоимости медицинской помощи в разрезе МО на отчетный период в соответствии с решениями Комиссии (в рабочем порядке) | 3 -5-й рабочие дни месяца, следующего за отчетным | ОМТП ОМС |
| Предоставление протоколов согласования оказанных внешних медицинских услуг. (Порядок формирования и предоставления протоколов в соответствии с Приложением 1) | Ежемесячно, 1 - 5 рабочие дни месяца, следующего за отчетным (одновременно с загрузкой реестров-счетов) | МО |
| Проведение ХКФОМС медико-экономического контроля реестров счетов. | Ежемесячно, в течение 3-х рабочих дней после окончания приёма | РАЦ |

| Мероприятие | Интервал выполнения (рабочие дни) | Исполнитель |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|
| | реестров. | |
| Выгрузка СМО реестров счетов без дефектов МЭК из информационной системы ХКФОМС | После проведенного МЭК | СМО |
| Формирование и направление заключений по результатам МЭК (в том числе повторного) в МО и СМО. | 2 рабочих дня после проведения МЭК | РАЦ |
| Возврат от МО согласованных заключений по результатам МЭК. | Последний день месяца, следующего за отчетным | МО |
| Предоставление в ХКФОМС сводного отчета о принятых к оплате медицинских услугах по программе ОМС в разрезе медицинских организаций Хабаровского края (Приложение 2) | Ежемесячно, до 18 числа месяца, следующего за отчетным | СМО |
| Формирование сводного отчета о принятых к оплате медицинских услугах по программе ОМС в разрезе медицинских организаций Хабаровского края (Приложение 3) | Ежемесячно, 20 числа месяца, следующего за отчетным | РАЦ |
| Загрузка результатов МЭЭ, ЭКМП в информационную систему ХКФОМС, учтенных и отраженных в сводном отчете за отчетный период. | Ежемесячно, до 19 числа месяца, следующего за отчетным | СМО, ОККМПЗ |
| Формирование реестров-счетов по межтерриториальным расчетам | Ежемесячно, 25-ый рабочий день месяца, следующего за отчетным | РАЦ |
| Ведение реестра МО, реестра СМО | Ежедневно | ОООМС |
| Ведение реестров экспертов качества | Ежедневно | ОККМПЗ |

Порядок формирования информационных файлов (кодовая страница,

формат архива данных, наименование пакетов, кодирование символов, типы используемых данных) реализуется в соответствии с таблицами, размещенными на официальном сайте Федерального фонда https://www.ffoms.gov.ru/documents/interaction/int_tfoms_mo_smo/ (п.8 Приказа ФФОМС №34н от 31.03.2021г).

Структура и сведения, содержащиеся в информационных файлах (таблицах) Д1, Д2, Д3, Д4, Д5 с учетом региональных изменений, соответствуют Приложению к настоящему Приказу (Таблицы Д1, Д2, Д3, Д4, Д5).

Структура и сведения, содержащиеся в информационных файлах, используемых при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого застрахован гражданин, реализуются в соответствии с таблицами, размещенными на официальном сайте Федерального фонда <https://www.ffoms.gov.ru/documents/interaction/calcs/> (п.8 Приказа ФФОМС №34н от 31.03.2021г).

Информационное взаимодействие между ТФОМС и СМО при осуществлении загрузки результатов МЭЭ и ЭКМП от СМО (региональные изменения) соответствуют Приложению К к настоящему Приказу (Таблица К1).

Таблица Д1. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной.

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|------------------------------------------------|---------------------|-----|--------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Корневой элемент (Сведения о медпомощи) | | | | | |
| ZL_LIST | ZGLV | 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 «4.0» с отчетного периода «январь 2024» |
| | 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. |
| 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 F032 Приложения А. |
| | YEAR | O | N(4) | Отчетный год | |
| | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
| | NSCHET | O | T(15) | Номер счёта | |
| | DSCHET | O | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
| | PLAT | У | T(5) | Платательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |

| | | | | | |
|----------------------------|-----------|---|---------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | SUMMAV | O | N(15.2) | Сумма счета, выставленная МО на оплату | |
| | COMENTS | Y | T(250) | Служебное поле к счету | |
| | SUMMAP | Y | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
| | SANK_MEK | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС) |
| | SANK_MEE | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС) |
| | SANK_EKMP | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС) |
| Записи | | | | | |
| ZAP | N_ZAP | O | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
| | PR_NOV | O | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. |
| | PACIENT | O | S | Сведения о пациенте | |
| | Z_SL | O | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| Сведения о пациенте | | | | | |
| PACIENT | ID_PAC | O | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных |

| | | | | | |
|--|----------|---|--------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | данных. |
| | VPOLIS | О | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
| | SPOLIS | У | T(10) | Серия полиса старого образца | |
| | NPOLIS | У | T(20) | Номер полиса старого образца или временного свидетельства | Обязательно заполняется, если VPOLIS<>3 |
| | ENP | У | T(16) | Единый номер полиса обязательного медицинского страхования | Обязательно заполняется, если 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 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
| | 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 Приложения А; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
| | VNOV_D | У | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| Сведения о законченном случае | | | | | |
| Z_SL | IDCASE | 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 Приложения А). |
| | VIDPOM | О | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
| | FOR_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А |
| | NPR_MO | У | T(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 Приложения А. |

| | | | | | |
|--|----------|----|------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | госпитализацию) | 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. при выполнении исследований (CEL=21); 4. при выполнении внешних медицинских услуг (CEL=31, 50, 51, 45). |
| | 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. при выполнении исследований (CEL=21); 4. при выполнении внешних медицинских услуг (CEL=31, 50, 51, 45). |
| | LPU | O | T(6) | Код МО | Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F032. |
| | DATE_Z_1 | O | D | Дата начала лечения | |
| | DATE_Z_2 | O | D | Дата окончания лечения | |
| | KD_Z | У | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |
| | VNOV_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
| | RSLT | O | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А, V009). |

| | | | | | |
|--------------------------|----------|----|---------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (Приложение А, V012). |
| | OS_SLUCH | HM | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
| | VB_P | У | N(1) | Признак внутрибольничного перевода | Указывается «1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. |
| | SL | O | S | Сведения о случае | <i>Региональная особенность.</i> Указывается единожды. (В рамках законченного случая имеет место только один случай) |
| | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
| | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL |
| | OPLATA | У | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ. |
| | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
| | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая |
| | SANK_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK |
| Сведения о случае | | | | | |

| | | | | | |
|----|----------|---|-------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SL | SL_ID | O | T(36) | Идентификатор | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
| | LPU_1 | Y | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. Обязательно заполняется для объединившихся МО |
| | PODR | O | N(12) | Код отделения | <i>Региональная особенность.</i> Отделение МО лечения из регионального справочника. Данное поле обязательно для правильного формирования случая. Справочник Профили отделений на сайте ХК ФОМС |
| | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
| | PROFIL_K | Y | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020 Приложения А. Обязательно к заполнению для дневного и круглосуточного стационара (USL_OK=1 USL_OK=2) |
| | DET | O | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
| | P_CEL | Y | T(3) | Цель посещения | Классификатор целей посещения V025 Приложения А. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL_OK=3). |
| | CEL | O | N(2) | Цель обращения | <i>Региональная особенность.</i> Данное поле обязательно для правильного формирования случая. Справочник РТ16 Цели обращения на сайте ХК ФОМС. Цель обращения. Справочник «Цели обращения» |

| | | | | | |
|--|------------|---|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи | |
| | P_PER | Y | N(1) | Признак поступления/ перевода | Обязательно к заполнению следующим значением для дневного и круглосуточного стационара (USL_OK=1 USL_OK=2). 1 – Самостоятельно 2 – СМП 3 – Перевод из другой МО 4 – Перевод внутри МО с другого профиля |
| | DATE_1 | O | D | Дата начала лечения | |
| | DATE_2 | O | D | Дата окончания лечения | |
| | SMP_TIME_1 | Y | DT | Дата и время приёма вызова в скорую помощь | <i>Региональная особенность.</i> В формате: ГГГГ-ММ-ДДТЧЧ:ММ:СС (год, месяц, день, латинская Т, часы, минуты, секунды). Обязательно заполняется для целей обращения 26, 27 – Скорая помощь |
| | SMP_TIME_2 | Y | DT | Дата и время прибытия скорой помощи на место вызова | <i>Региональная особенность.</i> В формате: ГГГГ-ММ-ДДТЧЧ:ММ:СС (год, месяц, день, латинская Т, часы, минуты, секунды). Обязательно заполняется для целей обращения 26, 27 – Скорая помощь |
| | KD | Y | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/ пациенто-дни) | Обязательно к заполнению для круглосуточного и дневного стационара (USL_OK=1 USL_OK=2). |
| | WEI | Y | N(3.1) | Масса тела (кг) | Обязательно для заполнения с 01.01.2022, 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. Указывается при наличии |
| | DS1 | О | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. Не допускаются следующие значения: 1. первый символ кода основного диагноза "С"; 2. код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47. |
| | DS2 | УМ | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. 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. 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 и не соответствует кодам диагноза U11 и U11.9. |
| | DN | У | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 - взят, 4 - снят по причине выздоровления, 6- снят по другим причинам. Обязательно для заполнения, если P_CEL=1.3 |
| | CODE_MES1 | УМ | T(20) | Код стандарта медицинской | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |

| | | | | | |
|--|-----------|----|---------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | помощи | |
| | CODE_MES2 | У | T(20) | Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания | |
| | KSG_KPG | У | S | Сведения о КСГ/КПГ | Заполняется при оплате случая лечения по КСГ или КПГ |
| | REAB | У | N(1) | Признак реабилитации | Указывается значение «1» для случаев реабилитации |
| | PRVS | O | N(4) | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни) | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А 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) | Территориальный справочник. До момента создания КГБУЗ "МИАЦ" территориального справочника, используется код врача внутри МО |
| | ED_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи | |
| | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | Тариф с учётом всех примененных коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом – стоимость, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС) |
| | SUM_M | O | N(15.2) | Стоимость случая, выставленная к оплате | Может указываться нулевое значение. Может состоять из тарифа и стоимости некоторых услуг. |
| | LEK_PR | УМ | S | Сведения о введенном | Обязательно для заполнения с 01.01.2022, |

| | | | | | |
|--------------------|----------|----|--------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | лекарственном препарате | если в DS1 указано значение заболевания (U07.1 или U07.2) и REAB < 1 и CRIT < STT5 |
| | USL | УМ | S | Сведения об услуге | <p>Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая.</p> <p>Допускается указание услуг с нулевой стоимостью.</p> <p>Указание услуг с нулевой стоимостью обязательно, если условие их оказания является тарифообразующим (например, при оплате по КСГ).</p> |
| | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле | |
| Сведения о КСГ/КПГ | | | | | |
| KSG_KPG | N_KSG | У | T(20) | Номер КСГ | Номер КСГ (V023) с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ. Не подлежит заполнению при заполненном N_KPG |
| | VER_KSG | О | N(4) | Модель определения КСГ | Указывается версия модели определения КСГ (год) |
| | KSG_PG | О | N(1) | Признак использования подгруппы КСГ | 0 – подгруппа КСГ не применялась; 1 – подгруппа КСГ применялась |
| | N_KPG | У | T(4) | Номер КПГ | Номер КПГ (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПГ. Не подлежит заполнению при заполненном N_KSG |
| | KOEF_Z | О | N(3.5) | Коэффициент затроекности | Значение коэффициента затроекности группы/подгруппы КСГ или КПГ |
| | KOEF_UP | О | N(2.5) | Управленческий коэффициент | Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПГ. При отсутствии указывается «1» |
| | BZTSZ | О | N(6.2) | Базовая ставка | Значение базовой ставки, указывается в рублях |
| | KOEF_D | О | N(2.5) | Коэффициент дифференциации | Значение коэффициента дифференциации |

| | | | | | |
|-----------------------------------------|---------|----|--------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | KOEF_U | O | N(2.5) | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи |
| | K_ZP | O | N(3.5) | Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы | Значение коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы для КСГ. При отсутствии указывается «1». |
| | CRIT | УМ | T(10) | Классификационный критерий | Классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом Российской Федерации. Обязателен к заполнению: 1. в случае применения при оплате случая лечения по КСГ; 2. в случае применения при оплате случая лечения по КПП, если применен региональный классификационный критерий; |
| | SL_K | O | N(1) | Признак использования КСЛП | 0 – КСЛП не применялся; 1 – КСЛП применялся |
| | IT_SL | У | N(1.5) | Применённый коэффициент сложности лечения пациента | Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая. Указывается только при использовании. |
| | SL_KOEF | УМ | S | Коэффициенты сложности лечения пациента | Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента. Указывается при наличии IT_SL. |
| Коэффициенты сложности лечения пациента | | | | | |
| SL_KOEF | IDSL | O | N(4) | Номер коэффициента сложности лечения пациента | <i>Региональная особенность.</i> В соответствии с региональным справочником. Справочник "Коэффициенты сложности лечения" SL_KOEF на сайте ХК ФОМС. |

| | | | | | |
|----------------------------------------------|----------|---|--------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Z_SL | O | N(1.5) | Значение коэффициента сложности лечения пациента | |
| Сведения о введенном лекарственном препарате | | | | | |
| LEK_PR | DATA_INJ | O | D(10) | Дата введения лекарственного препарата | |
| | CODE_SH | O | T(10) | Код схемы лечения пациента/код группы препарата | Обязательно для заполнения, если в DS1 указано значение заболевания (U07.1 или U07.2) и REAB <> 1 и ((CRIT <> STT5 и USL_OK = 1) или (USL_OK = 3 и (((IDSP = 29) и FOR_POM = 3) или (P_CEL = 1.0 или P_CEL = 3.0)))) и DS2 <> IN (O00-O99, Z34-Z35) и возраст пациента на дату начала лечения больше или равно 18 лет. Заполняется значением поля "Код схемы/группы препаратов" справочника V032 "Сочетание схемы лечения и группы препаратов (CombTreat)": Код степени тяжести-Код схемы лечения-Код группы препаратов |
| | REGNUM | Y | 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 | Y | T(100) | Код маркировки лекарственного препарата | Код маркировки лекарственного препарата |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------|------------|---|--------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | LEK_DOSE | У | S | Сведения о дозе введения лекарственного препарата | Обязательно для заполнения, если в справочнике V031 "Группа препаратов" заполнено поле "Признак обязательности указания МНН» |
| Сведения о дозе введения лекарственного препарата | | | | | |
| | ED_IZM | O | 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 | O | N(5.2) | Доза введения лекарственного препарата | |
| | METHOD_INJ | O | 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 1.2.643.5.1.13.13.11.1468) |
| | COL_INJ | O | N(5) | Количество введений | |
| 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 F032 |
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. Обязательно заполняется для объединившихся МО |
| | PODR | O | N(12) | Код отделения | <i>Региональная особенность.</i> Отделение МО лечения из регионального справочника. Данное поле обязательно для правильного формирования случая. Справочник Профили отделений на сайте ХК ФОМС |

| | | | | | |
|--|----------|---|---------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор Приложения А. V002 |
| | VID_VME | Y | T(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа. Обязательно заполняется для услуг исследования (CEL=21, 31,50). |
| | 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 | <i>Региональная особенность.</i> Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг. Справочник классификатор медицинских услуг на сайте ХК ФОМС |
| | ZUB | Y | N(2) | Номер зуба | <i>Региональная особенность.</i> Обязательно для заполнения для целей обращения 22, 23 для услуг по перечню (Приложение 4 к Регламенту). Заполняется в соответствии с международной двухцифровой системой Виола. |
| | 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, выставленная к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|----|--------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | MED_DEV | УМ | S | Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека | Обязательно для заполнения по кодам услуг, входящих в справочник V036 "Перечень услуг, требующих имплантацию медицинских изделий (ServImplDv)". |
| | MR_USL_N | ОМ | S | Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу | |
| | NPL | У | N(1) | Неполный объем | Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объеме. 1 – документированный отказ больного, 2 – медицинские противопоказания, 3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.) 4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков. |
| | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле | |
| Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека | | | | | |
| MED_DEV | DATE_MED | О | D(10) | Дата установки медицинского изделия | |
| | CODE_MEDDEV | О | 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 | О | T(100) | Серийный номер | При отсутствии указывать маркировочный код |
| Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу | | | | | |
| MR_USL_N | MR_N | О | N(3) | Номер по порядку | |
| | PRVS | О | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Заполняется кодом специальности в соответствии с классификатором |

| | | | | | |
|----------------------------|----------|----|---------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | медицинских специальностей (должностей) (V021). |
| | CODE_MD | O | T(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | <i>Региональная особенность.</i> В соответствии с территориальным справочником. До момента создания КГБУЗ "МИАЦ" территориального справочника используется код врача внутри МО |
| Сведения о санкциях | | | | | |
| SANK | S_CODE | O | T(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах законченного случая. |
| | S_SUM | O | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
| | S_TIP | O | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором F006 , Приложение А |
| | SL_ID | УМ | T(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S_SUM не равна 0 |
| | S_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S_SUM не равно 0 |
| | DATE_AKT | O | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |
| | NUM_AKT | O | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |
| | CODE_EXP | УМ | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F042 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А), для экспертиз качества медицинской помощи (S_TIP >= 50) |
| | S_COM | У | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
| | S_IST | O | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

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

| 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 случаях оказания медицинской помощи |
| Заголовок файла | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.1». |
| | 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. |
| Счёт | | | | | |
| SCHET | CODE | O | N(8) | Код записи счёта | Уникальный код (например, порядковый номер). |
| | CODE_MO | O | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. |
| | YEAR | O | N(4) | Отчетный год | |
| | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
| | NSCHET | O | T(15) | Номер счёта | |
| | DSCHET | O | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
| | PLAT | Y | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
| | SUMMAV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная МО на оплату | |
| | COMENTS | Y | T(250) | Служебное поле к счёту | |

| | | | | | |
|----------------------------|-----------|---|---------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | SUMMAP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
| | SANK_MEK | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
| | SANK_MEE | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
| | SANK_EKMP | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
| Записи | | | | | |
| ZAP | N_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
| | PR_NOV | О | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. |
| | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте | |
| | Z_SL | О | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| Сведения о пациенте | | | | | |
| PACIENT | ID_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. |
| | VPOLIS | О | N(1) | Тип документа, подтверждающ его факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
| | SPOLIS | У | T(10) | Серия документа, подтверждающ его факт страхования по ОМС | |

| | | | | | |
|--|----------|---|--------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | NPOLIS | О | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
| | 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 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
| | SMO_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
| | SMO_OK | У | T(5) | 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 соответствии с классификатором V005 Приложения А; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------|---|-------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | VNOV_D | У | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| Сведения о законченном случае | | | | | |
| Z_SL | IDCASE | 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 Приложения А). |
| | VIDPOM | О | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
| | FOR_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А |
| | NPR_MO | У | T(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2); 3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-B09 или D45-D47) при направлении из другой МО |
| | NPR_DATE | У | D | Дата направления на | Заполняется на основании направления на лечение. |

| | | | | | |
|--|----------|----|------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | 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-B09 или D45-D47) при направлении из другой МО |
| | LPU | O | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии со справочником F032 Приложения А. |
| | 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/пациенто-дни) | |
| | VNOV_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
| | RSLT | O | N(3) | Результат обращения | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009). |
| | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012). |
| | OS_SLUCH | НМ | N(1) | Признак "Особый" | Указываются все имевшиеся особые случаи. |

| | | | | | |
|--------------------------|-----------|----|---------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | случай" при 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. |
| | SL | O | S | Сведения о случае | |
| | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
| | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL, 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 | YM | 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. |
| | VID_HMP | O | T(12) | Вид высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 Приложение А |
| | METOD_HMP | O | N(4) | Метод высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 Приложение А |

| | | | | | |
|--|----------|---|-------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения в соответствии с региональным справочником. Обязательно заполняется для объединившихся МО. |
| | PODR | О | N(12) | Код отделения | <i>Региональная особенность.</i> Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником. Данное поле обязательно для правильного формирования случая. Справочник Профили отделений на сайте ХК ФОМС |
| | PROFIL | О | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
| | PROFIL_K | О | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020 Приложения А. |
| | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
| | TAL_D | О | D | Дата выдачи талона на ВМП | Заполняется на основании талона на ВМП |
| | TAL_NUM | О | T(20) | Номер талона на ВМП | |
| | TAL_P | О | D | Дата планируемой госпитализаци и | |
| | CEL | О | N(2) | Цель обращения | <i>Региональная особенность.</i> Цель обращения. Справочник «Цель обращения». Данное поле обязательно для правильного формирования случая. Справочник РТ16 Цели обращения на сайте ХКФОМС |
| | NHISTORY | О | T(50) | Номер истории болезни | |
| | DATE_1 | О | D | Дата начала лечения | |
| | DATE_2 | О | D | Дата окончания лечения | |
| | DS0 | Н | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии |

| | | | | | |
|--|-----------|----|-------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | DS1 | О | 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. |
| | C_ZAB | У | N(1) | Характер основного заболевания | Классификатор характера заболевания V027 Приложения А. Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) |
| | DS_ONK | О | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
| | CODE_MES1 | УМ | T(20) | Код стандарта медицинской помощи | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
| | CODE_MES2 | У | T(20) | Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания | |
| | NAPR | УМ | S | Сведения об оформлении направления | Заполняется в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного |

| | | | | | |
|--|--------|----|------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | <p>новообразования (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47)</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)</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 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)</p> |
| | PRVS | О | N(4) | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | <p>Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC</p> |

| | | | | | |
|-------------------------------------------|-----------|----|---------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | VERS_SPEC | O | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей, например «V021». |
| | IDDOKT | O | T(25) | Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | Территориальный справочник. До момента создания КГБУЗ "МИАЦ" территориального справочника используется код врача внутри МО |
| | 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) |
| | SUM_M | O | N(15.2) | Стоимость случая, выставленная к оплате | |
| | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии. |
| | COMENTSL | У | T(250) | Службное поле | |
| Сведения об оформлении направления | | | | | |
| NAPR | NAPR_DATE | O | D | Дата направления | |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------|---|-------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | NAPR_MO | У | T(6) | Код МО, куда оформлено направление | Код МО - юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО |
| | NAPR_V | О | N(2) | Вид направления | Классификатор видов направления V028 Приложения А |
| | MET_ISSL | У | N(2) | Метод диагностического исследования | Если NAPR_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 Приложения А |
| | NAPR_USL | У | T(15) | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET_ISSL |
| Сведения о проведении консилиума | | | | | |
| CONS | PR_CONS | О | N(1) | Цель проведения консилиума | Классификатор целей консилиума N019 Приложения А |
| | 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 Приложения А |
| | STAD | У | N(3) | Стадия заболевания | Заполняется в соответствии со справочником N002 Приложения А Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2}) |
| | ONK_T | У | N(4) | Значение Tumor | Заполняется в соответствии со справочником N003 Приложения А Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
| | ONK_N | У | N(4) | Значение Nodus | Заполняется в соответствии со справочником N004 Приложения А Обязательно к заполнению |

| | | | | | |
|--|-------|---|--------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
| | ONK_M | У | N(4) | Значение Metastasis | Заполняется в соответствии со справочником N005 Приложения А Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
| | MTSTZ | У | N(1) | Признак выявления отдалённых метастазов | Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1_T=1 или DS1_T=2) При выявлении отдаленных метастазов обязательно к заполнению значением 1. |
| | SOD | У | N(4.2) | Суммарная очаговая доза | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение "0". |
| | K_FR | У | N(2) | Количество фракций проведения лучевой терапии | Обязательно к заполнению при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP=3 или USL_TIP=4). Может принимать значение "0". |
| | WEI | У | N(3.1) | Масса тела (кг) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела. |
| | HEI | У | N(3) | Рост (см) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной |
| | BSA | У | N(1.2) | Площадь поверхности тела (м ²) | противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела. |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------|-----------|----|------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | B_DIAG | УМ | S | Диагностический блок | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах |
| | B_PROT | УМ | S | Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказа пациента от проведения определенных типов лечения |
| | 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 | Заполняется значениями: 1 - гистологический признак; 2 - маркер (ИГХ). |
| | DIAG_CODE | O | N(3) | Код диагностического показателя | При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 Приложения А. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 Приложения А. |
| | DIAG_RSLT | У | N(3) | Код результата диагностики | Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC_RSLT=1). При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008 Приложения А. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 Приложения А. |
| | REC_RSLT | У | N(1) | Признак получения результата диагностики | Заполняется значением "1" в случае получения результата диагностики |
| Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | | | | |
| B_PROT | PROT | O | N(1) | Код противопоказа | Заполняется в соответствии со справочником N001 |

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|----|------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | ния или отказа | Приложения А. |
| | D_PROT | O | D | Дата регистрации противопоказания или отказа | |
| Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | | | | | |
| ONK_USL | USL_TIP | O | N(1) | Тип услуги | Заполняется в соответствии со справочником N013 Приложения А. |
| | HIR_TIP | Y | N(1) | Тип хирургического лечения | При USL_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 1. |
| | LEK_TIP_L | Y | N(1) | Линия лекарственной терапии | При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 2 |
| | LEK_TIP_V | Y | N(1) | Цикл лекарственной терапии | При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 2 |
| | LEK_PR | YM | S | Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | Обязательно к заполнению при USL_TIP=2 или USL_TIP=4 |
| | PPTR | Y | 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 | Y | N(1) | Тип лучевой терапии | При USL_TIP=3 или USL_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 3 или 4 |
| Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------|----------|----|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LEK_PR | REGNUM | O | T(6) | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии. | Заполняется в соответствии с классификатором N020 Приложения А |
| | CODE_SH | O | T(10) | Код схемы лекарственной терапии | Заполняется: 1. Кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024 при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше; 2. значением «нет» при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет, и злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей |
| | DATE_INJ | OM | D | Дата введения лекарственного препарата | |
| 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 F032 |
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. Обязательно заполняется для объединившихся МО. |
| | PODR | O | N(12) | Код отделения | <i>Региональная особенность.</i> Отделение МО лечения из регионального справочника. Данное поле обязательно для правильного формирования случая. Справочник Профили отделений на |

| | | | | | сайте ХКФОМС |
|--|----------|---|---------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор Приложения А. V002 |
| | VID_VME | У | T(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается код метода ВМП в соответствии с V019 Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии (USL_TIP={1,3,4}) <i>Региональное уточнение:</i> . для основной профильной услуги (098XXX) – не указывается; для услуги ВМП (772XXX) - в соответствии с V019 для составной операции - указывается по 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 | |
| | DATE_OUT | O | D | Дата окончания оказания услуги | |
| | DS | O | T(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубки |
| | 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 | Может принимать значение 0 |

| | | | | | |
|----------------------------|----------|----|---------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | к оплате (руб.) | |
| | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А V021). Указывается значение IDSPEC |
| | CODE_MD | O | T(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | В соответствии с территориальным справочником. До момента создания МИАЦ территориального справочника используется код врача внутри МО |
| | COMENTU | У | 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 | Заполняется в соответствии с Классификатором F006 , Приложение А |
| | SL_ID | УМ | T(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S_SUM не равна 0 |
| | S_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S_SUM не равно 0 |
| | DATE_AKT | O | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |
| | NUM_ACT | O | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |
| | CODE_EXP | УМ | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F042 (Реестр экспертов качества медицинской помощи , Приложение А), для |

| | | | | | |
|--|-------|---|--------|-------------|----------------------------------------------------------------|
| | | | | | экспертиза качества медицинской помощи (S_TIP>=50) |
| | S_COM | У | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
| | S_IST | О | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

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

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|------------------------------------------------|---------------------|-----|--------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Корневой элемент (Сведения о медпомощи) | | | | | |
| ZL_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
| | SCHET | О | S | Счёт | Информация о счёте |
| | ZAP | OM | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| Заголовок файла | | | | | |
| ZGLV | VERSION | О | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.1». |
| | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
| | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
| | SD_Z | О | N(9) | Количество случаев | Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| Счёт | | | | | |
| SCHET | CODE | О | N(8) | Код записи счёта | Уникальный код (например, порядковый номер). |
| | CODE_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 Приложения А. |
| | YEAR | О | N(4) | Отчетный год | |
| | MONTH | О | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
| | NSCHET | О | T(15) | Номер счёта | |
| | DSCHET | О | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |

| | | | | | |
|----------------------------|-----------|---|---------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | PLAT | У | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
| | SUMMAV | О | N(15.2) | Сумма счета, выставленная МО на оплату | |
| | COMENTS | У | T(250) | Служебное поле к счету | |
| | SUMMAP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
| | SANK_MEK | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
| | SANK_MEE | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. |
| | SANK_EKMP | У | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. |
| | DISP | О | T(3) | Тип диспансеризации | Классификатор типов диспансеризации V016 |
| Записи | | | | | |
| ZAP | N_ZAP | О | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета. |
| | PR_NOV | О | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. |
| | PACIENT | О | S | Сведения о пациенте | |
| | Z_SL | О | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи |
| Сведения о пациенте | | | | | |
| PACIENT | ID_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. |

| | | | | | |
|--|----------|---|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | VPOLIS | О | N(1) | Тип документа, подтверждающий его факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
| | SPOLIS | У | T(10) | Серия полиса обязательного медицинского страхования, выданного до вступления в силу Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (далее – полис старого образца) | |
| | NPOLIS | У | T(20) | Номер полиса старого образца или временного свидетельства | |
| | ENP | У | T(16) | Единый номер полиса обязательного медицинского страхования | |
| | 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 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
| | 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 Приложения А; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
| Сведения о законченном случае | | | | | |
| Z_SL | IDCASE | O | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
| | USL_OK | O | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | <i>Региональная особенность.</i> Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А). |
| | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
| | FOR_POM | O | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | <i>Региональная особенность.</i> Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А |
| | LPU | O | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F032. |
| | 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 | У | N(2) | Результат диспансеризации | Обязательно к заполнению в соответствии с классификатором |

| | | | | | |
|--------------------------|----------|----|---------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | результатов диспансеризации V017, если ZL_LIST/ZAP/Z_SL/P_OTK =0 |
| | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | <i>Региональная особенность.</i> Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012). |
| | OS_SLUCH | HM | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
| | SL | O | S | Сведения о случае | |
| | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
| | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Равна 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 законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK |
| Сведения о случае | | | | | |
| SL | SL_ID | O | T(36) | Идентификатор | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |

| | | | | | |
|--|----------|---|-------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. Обязательно заполняется для объединившихся МО. |
| | PODR | О | N(8) | Код отделения | <i>Региональная особенность.</i> Отделение МО лечения. Данное поле обязательно для проверки правильного формирования случая. Справочник "Профили отделений" на сайте ХК ФОМС |
| | PROFIL | О | N(3) | Профиль | <i>Региональная особенность.</i> Классификатор V002 Приложения А. |
| | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | <i>Региональная особенность.</i> 0 - нет, 1 - да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
| | CEL | О | N(2) | Цель обращения | <i>Региональная особенность.</i> Цель обращения. Данное поле обязательно для проверки правильного формирования случая. Справочник "РТ16 Цели обращения" на сайте ХК ФОМС |
| | NHISTORY | О | T(50) | Номер карты | |
| | DATE_1 | О | D | Дата начала лечения | Для услуг, оказанных до диспансеризации, указывается дата их оказания, для отказа – дата отказа. |
| | DATE_2 | О | D | Дата окончания лечения | |
| | DS1 | О | T(10) | Диагноз основной | Обязательно к заполнению кодом до уровня подрубрики в соответствии со справочником МКБ, если ZL_LIST/ZAP/Z_SL/P_OTK=0 |
| | 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 | О | N(1) | Признак | Заполняется значениями: |

| | | | | | |
|----------------------------------|----------|----|---------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | подозрения на злокачественное новообразование | 0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
| | PR_D_N | У | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 – состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению Обязательно к заполнению, если ZL_LIST/ZAP/Z_SL/P_OTK=0 |
| | DS2_N | УМ | S | Сопутствующие заболевания | |
| | PRVS | О | N(4) | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон | <i>Региональная особенность.</i> Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А V021). Указывается значение параметра "Code" |
| | NAZ | УМ | S | Сведения об оформлении направления | Указывается отдельно для каждого направления. |
| | ED_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи | |
| | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | |
| | SUM_M | О | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | |
| | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая. Может не заполняться только в случае отказа от диспансеризации. |
| | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле | |
| Сопутствующие заболевания | | | | | |
| DS2_N | DS2 | О | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае |

| | | | | | |
|-------------------|------------|---|-------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | установления в соответствии с медицинской документацией. |
| | DS2_PR | У | N(1) | Установлен впервые (сопутствующий) | Обязательно указывается «1», если данный сопутствующий диагноз выявлен впервые в результате проведенной диспансеризации / профилактического медицинского осмотра |
| | PR_DS2_N | О | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу сопутствующего заболевания: 1 - состоит, 2 – взят, 3 – не подлежит диспансерному наблюдению. |
| Назначения | | | | | |
| NAZ | NAZ_N | О | N(2) | Номер по порядку | |
| | NAZ_R | О | N(2) | Вид направления (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_IDDOKT | О | T(25) | Код медицинского работника, выдавшего направление | <i>Региональная особенность.</i> В соответствии с территориальным справочником. До момента создания КГБУЗ "МИАЦ" территориального справочника используется код врача внутри МО |

| | | | | | |
|---------------------------|-----------|---|-------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | NAZ_SP | У | N(4) | Специальность врача | Заполняется, если в поле NAZ_R проставлены коды 1 или 2. Классификатор V021. |
| | NAZ_V | У | N(1) | Метод диагностическ ого исследования | Заполняется, в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 Приложения А, если NAZ_R=3. |
| | NAZ_USL | У | T(15) | Медицинская услуга (код) | 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 F032 Приложения А. Заполнение обязательно только в случаях оформления направления в случае подозрения на ЗНО: на консультацию в другую МО или на обследование (NAZ_R={2,3} и DS_ONK=1) |
| | NAZ_PMP | У | N(3) | Профиль медицинской помощи | Заполняется, если в 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 реестре услуг | Уникален в пределах случая |
| | LPU | О | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F032. |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------|---|---------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. Обязательно заполняется для объединившихся МО. |
| | PODR | O | N(12) | Код отделения | <i>Региональная особенность.</i> Отделение МО лечения из регионального справочника. Данное поле обязательно для проверки правильного формирования случая. Справочник Профили отделений на сайте ХК ФОМС |
| | PROFIL | O | N(3) | Профиль | <i>Региональная особенность.</i> Классификатор V002 Приложения А. |
| | DET | O | N(1) | Признак детского профиля | <i>Региональная особенность.</i> 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 услуги | Значение по умолчанию: «0». В случае отказа указывается значение «1». |
| | CODE_USL | O | T(20) | Код услуги | Территориальный классификатор услуг |
| | KOL_USL | O | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) | <i>Региональная особенность.</i> |
| | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | |
| | SUMV_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
| | MR_USL_N | O | S | Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу | |
| | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле | |
| Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|----------|----|---------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MR_USL_N | MR_N | O | N(3) | Номер по порядку | |
| | PRVS | У | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А, V021). Обязательно к заполнению, если ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/P_OTK=0 |
| | CODE_MD | У | T(25) | Код медицинского работника, выполнившего услугу | Обязательно к заполнению в соответствии с территориальным справочником, если ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/P_OTK=0 <i>Региональная особенность.</i> До момента создания КГБУЗ "МИАЦ" территориального справочника используется код врача внутри МО |
| Сведения о санкциях | | | | | |
| SANK | S_CODE | O | T(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах законченного случая. |
| | S_SUM | O | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
| | S_TIP | O | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006 , Приложение А |
| | SL_ID | УМ | T(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S_SUM не равна 0 |
| | S_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S_SUM не равно 0 |
| | DATE_AKT | O | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |
| | NUM_AKT | O | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |

| | | | | | |
|--|----------|----|--------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | CODE_EXP | УМ | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F042 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А), для экспертиз качества медицинской помощи (S_TIP>=50) |
| | S_COM | У | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
| | S_IST | О | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

Таблица Д.4 Файл со сведениями об оказанной 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 | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
| | SCHET | О | S | Счёт | Информация о счёте |
| | ZAP | ОМ | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи |
| Заголовок файла | | | | | |
| ZGLV | VERSION | О | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «4.0» с отчетного периода «январь 2024» |
| | DATA | О | D | Дата | В формате ГТТГ-ММ-ДД |
| | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
| | SD_Z | О | N(9) | Количество записей в файле | Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл. |
| Счёт | | | | | |
| SCHET | CODE | О | N(8) | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер). |
| | CODE_MO | О | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 Приложения А. |
| | YEAR | О | N(4) | Отчетный год | |
| | MONTH | О | 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 | Y | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
| | SUMMAV | O | N(15.2) | Сумма счёта, выставленная МО на оплату | |
| | COMENTS | Y | T(250) | Служебное поле к счёту | |
| | SUMMAP | Y | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС). |
| | SANK_MEK | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС) |
| | SANK_MEE | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС) |
| | SANK_EKMP | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП. Заполняется, если источником сведений является СМО (ТФОМС) |
| Записи | | | | | |
| ZAP | N_ZAP | O | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счёта. |
| | PR_NOV | O | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. |
| | PACIENT | O | S | Сведения о пациенте | |

| | | | | | |
|----------------------------|----------|---|-------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Z_SL | O | S | Сведения о законченном случае | Сведения о законченном случае оказания медицинской помощи включаются в счет при наличии в одном из случаев, входящих в законченный случай сведений о выявлении подозрения на злокачественное новообразование (DS_ONK=1), или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) |
| Сведения о пациенте | | | | | |
| PACIENT | ID_PAC | O | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных. |
| | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А. |
| | SPOLIS | У | T(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | |
| | NPOLIS | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
| | ST_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого |

| | | | | | |
|--|----------|---|--------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | образца при наличии данных |
| | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. |
| | SMO_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО. |
| | SMO_OK | У | T(5) | ОКАТО территории страхования | |
| | 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 Приложения А; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---------|---|-------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
| | VNOV_D | У | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
| Сведения о законченном случае | | | | | |
| Z_SL | IDCASE | 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 Приложения А). |
| | VIDPOM | О | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А. |
| | FOR_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А |
| | NPR_MO | У | T(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F032 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оказания: 1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR_POM=3 и USL_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL_OK =2); 3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47) 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) при направлении из другой МО |
| | LPU | O | T(6) | Код МО | Код МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003. |
| | DATE_Z_1 | O | D | Дата начала лечения | |
| | DATE_Z_2 | O | D | Дата окончания лечения | |
| | KD_Z | У | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для стационара и дневного стационара |

| | | | | | |
|--|----------|----|---------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | VNOV_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать. |
| | RSLT | 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(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
| | VB_P | У | N(1) | Признак внутрибольничного перевода | Указывается«1» только при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом. |
| | SL | О | S | Сведения о случае | Может указываться несколько раз для случаев с внутрибольничным переводом при оплате по КСГ, обращениях по заболеваниям в амбулаторных условиях. |
| | IDSP | О | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 |
| | SUMV | О | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | Равна сумме значений SUM_M вложенных элементов SL |
| | OPLATA | У | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ. |

| | | | | | |
|--------------------------|----------|----|---------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
| | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | Описывает санкции, примененные в рамках данного законченного случая. |
| | SANK_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по законченному случаю | Итоговые санкции определяются на основании санкций, описанных в элементе SANK |
| Сведения о случае | | | | | |
| SL | SL_ID | O | T(36) | Идентификатор случая | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения в соответствии с региональным справочником. Обязательно заполняется для объединившихся МО |
| | PODR | O | N(12) | Код отделения | <i>Региональная особенность.</i> Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником. Данное поле обязательно для правильного формирования случая. Справочник "Профили отделений" на сайте ХК ФОМС |
| | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
| | PROFIL_K | У | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020 Приложения А. Обязательно к заполнению для дневного и круглосуточного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2) |
| | DET | O | N(1) | Признак детского профиля | 0-нет, 1-да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. |
| | P_CEL | У | T(3) | Цель посещения | Классификатор целей посещения V025 Приложения А. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL OK=3) |

| | | | | | |
|--|------------|---|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | CEL | O | N(2) | Цель обращения | <i>Региональная особенность.</i> Цель обращения. Справочник «Цель обращения». Данное поле обязательно для правильного формирования случая. Справочник "PT16 Цели обращения" на сайте ХК ФОМС |
| | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/талона амбулаторного пациента/карты вызова скорой медицинской помощи | |
| | P_PER | Y | N(1) | Признак поступления/перевода | Обязательно к заполнению следующими значениями для дневного и круглосуточного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2): 1 - Самостоятельно 2 - СМП 3 - Перевод из другой МО 4 - Перевод внутри МО с другого профиля |
| | DATE_1 | O | D | Дата начала лечения | |
| | DATE_2 | O | D | Дата окончания лечения | |
| | SMP_TIME_1 | Y | DT | Дата и время приёма вызова в скорую помощь | <i>Региональная особенность.</i> В формате: ГГГГ-ММ-ДДТЧЧ:ММ:СС (год, месяц, день, латинская Т, часы, минуты, секунды). Обязательно заполняется для целей обращения 26, 27 – Скорая помощь |
| | SMP_TIME_2 | Y | DT | Дата и время прибытия скорой помощи на место вызова | <i>Региональная особенность.</i> В формате: ГГГГ-ММ-ДДТЧЧ:ММ:СС (год, месяц, день, латинская Т, часы, минуты, секунды). Обязательно заполняется для целей обращения 26, 27 – Скорая помощь |

| | | | | | |
|--|--------|----|-------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | KD | У | N(3) | Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни) | Обязательно для заполнения для круглосуточного стационара и дневного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2) |
| | DS0 | Н | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. Указывается при наличии |
| | DS1 | О | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. |
| | DS2 | УМ | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 (неуказание подрубрики допускается для случаев оказания скорой медицинской помощи (USL_OK=4)). Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
| | DS3 | УМ | T(10) | Диагноз осложнения заболевания | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10. 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) для круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторной помощи |
| | DS_ONK | О | N(1) | Признак подозрения на злокачественн | Заполняется значениями: 0 - при отсутствии подозрения на |

| | | | | | |
|--|-----------|----|-------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | ое новообразован ие | злокачественное новообразование; 1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
| | DN | У | N(1) | Диспансерное наблюдение | Указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): 1 - состоит, 2 - взят, 4 - снят по причине выздоровления, 6 - снят по другим причинам. Обязательно для заполнения, если P_CEL=1.3 |
| | CODE_MES1 | УМ | T(20) | Код стандарта медицинской помощи | |
| | CODE_MES2 | У | T(20) | Код стандарта медицинской помощи сопутствующе го заболевания | Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
| | NAPR | УМ | S | Сведения об оформлении направления | Обязательно к заполнению в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47). |

| | | | | | |
|--|-----------|----|--------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | CONS | УМ | S | Сведения о проведении консилиума | Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения. Обязательно к заполнению при установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47). |
| | ONK_SL | У | S | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47), если (USL_OK не равен 4 и REAB не равен 1 и DS_ONK не равен 1) |
| | KSG_KPG | У | S | Сведения о КСГ/КПГ | Заполняется при оплате случая лечения по КСГ или КПГ |
| | REAB | У | N(1) | Признак реабилитации | Указывается значение «1» для случаев реабилитации |
| | PRVS | О | N(4) | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон (историю болезни) | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А V021). |
| | 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) | Региональный справочник |
| | ED_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи | |

| | | | | | |
|--|-------|----|---------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | Тариф с учетом всех примененных коэффициентов (при оплате случая по КСГ с внутрибольничным переводом - стоимость, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС). Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47). |
| | 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). |
| | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле | |

Сведения об оформлении направления

| | | | | | |
|------|-----------|---|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAPR | 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 F032 Приложения А. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО |
| | NAPR_V | О | N(2) | Вид направления | Классификатор видов направления V028 Приложения А |
| | MET_ISSL | У | N(2) | Метод диагностического исследования | Если NAPR_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 Приложения А |
| | NAPR_USL | У | T(15) | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET_ISSL |

Сведения о проведении консилиума

| | | | | | |
|------|---------|---|------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| CONS | PR_CONS | О | N(1) | Цель проведения консилиума | Классификатор целей консилиума N019 Приложения А |
| | 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 Приложения А |
| | STAD | У | N(3) | Стадия заболевания | Заполняется в соответствии со справочником N002 Приложения А. Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения или наблюдении (DS1_T={0,1,2,3,4}) |

| | | | | | |
|--|-------|---|--------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ONK_T | У | N(4) | Значение Tumor | Заполняется в соответствии со справочником N003 Приложения А Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
| | ONK_N | У | N(4) | Значение Nodus | Заполняется в соответствии со справочником N004 Приложения А Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
| | ONK_M | У | N(4) | Значение Metastasis | Заполняется в соответствии со справочником N005 Приложения А Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
| | MTSTZ | У | N(1) | Признак выявления отдалённых метастазов | Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1_T=1 или DS1_T=2) При выявлении отдаленных 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 | |
| | WEI | У | N(3.1) | Масса тела (кг) | Обязательно к заполнению при проведении лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о массе тела или площади поверхности тела. |
| | HEI | У | N(3) | Рост (см) | Обязательно к заполнению при проведении |

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------|----|--------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | BSA | У | N(1.2) | Площадь поверхности тела (м ²) | лекарственной противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела. |
| | B_DIAG | УМ | S | Диагностический блок | Содержит сведения о проведенных исследованиях и их результатах |
| | B_PROT | УМ | S | Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения |
| | ONK_USL | УМ | S | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания | Обязательно к заполнению для стационара и дневного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2) при проведении противоопухолевого лечения (DS1 T={0,1,2}) |
| Диагностический блок | | | | | |
| B_DIAG | DIAG_DATE | O | D | Дата взятия материала | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. |
| | DIAG_TIP | O | N(1) | Тип диагностического показателя | Заполняется значениями: 1 - гистологический признак; 2 - маркер (ИГХ). |
| | DIAG_CODE | O | N(3) | Код диагностического показателя | При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007 Приложения А. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010 Приложения А. |

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|----|------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | DIAG_RSLT | У | N(3) | Код результата диагностики | Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC_RSLT=1). При DIAG_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008 Приложения А. При DIAG_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011 Приложения А. |
| | REC_RSLT | У | N(1) | Признак получения результата диагностики | Заполняется значением "1" в случае получения результата диагностики |
| Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | | | | |
| B_PROT | PROT | О | N(1) | Код противопоказания или отказа | Заполняется в соответствии со справочником N001 Приложения А. |
| | 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 Приложения А. |
| | HIR_TIP | У | N(1) | Тип хирургического лечения | При USL_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 1. |
| | LEK_TIP_L | У | N(1) | Линия лекарственной терапии | При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 2 |
| | LEK_TIP_V | У | N(1) | Цикл лекарственной терапии | При USL_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 2 |
| | LEK_PR | УМ | S | Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | Обязательно к заполнению при USL_TIP=2 или USL_TIP=4 |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------|----------|----|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | PPTR | У | N(1) | Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса | Указывается значение "1" в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала |
| | LUCH_TIP | У | N(1) | Тип лучевой терапии | При USL_TIP=3 или USL_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017 Приложения А. Не подлежит заполнению при USL_TIP не равном 3 или 4 |
| Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | | | | |
| LEK_PR | REGNUM | О | T(6) | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии. | Заполняется в соответствии с классификатором N020 Приложения А |
| | CODE_SH | О | T(10) | Код схемы лекарственной терапии | Заполняется: 1. кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024 при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше; 2. значением «нет» при злокачественных новообразованиях и злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет. |
| | DATE_INJ | ОМ | D | Дата введения лекарственного препарата | |
| Сведения о КСГ/КПГ | | | | | |

| | | | | | |
|---------|---------|----|--------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KSG_KPG | N_KSG | У | T(20) | Номер КСГ | Номер КСГ (V023) с указанием подгруппы (в случае использования). Заполняется при оплате случая лечения по КСГ. Не подлежит заполнению при заполненном N_KPG |
| | VER_KSG | О | N(4) | Модель определения КСГ | Указывается версия модели определения КСГ (год) |
| | KSG_PG | О | N(1) | Признак использования подгруппы КСГ | 0 – подгруппа КСГ не применялась; 1 – подгруппа КСГ применялась |
| | N_KPG | У | T(4) | Номер КПП | Номер КПП (V026). Заполняется при оплате случая лечения по КПП. Не подлежит заполнению при заполненном N_KSG |
| | KOEF_Z | О | N(3.5) | Коэффициент затратоемкости | Значение коэффициента затратоемкости группы/подгруппы КСГ или КПП |
| | KOEF_UP | О | N(2.5) | Управленческий коэффициент | Значение управленческого коэффициента для КСГ или КПП. При отсутствии указывается «1» |
| | BZTSZ | О | N(6.2) | Базовая ставка | Значение базовой ставки, указывается в рублях |
| | KOEF_D | О | N(2.5) | Коэффициент дифференциации | Значение коэффициента дифференциации |
| | KOEF_U | О | N(2.5) | Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи | Значение коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи |
| | K_ZP | О | N(3.5) | Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы | Значение коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы для КСГ. При отсутствии указывается «1». |
| | CRIT | УМ | T(10) | Классификационный критерий | Классификационный критерий (V024), в том числе установленный субъектом Российской Федерации. Обязателен к заполнению: 1. в случае применения при оплате случая лечения по КСГ; |

| | | | | | |
|------------------------------------------------|---------|----|--------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | <p>2. в случае применения при оплате случая лечения по КПП, если применен региональный классификационный критерий</p> <p>3. в случае применения при злокачественном новообразовании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лучевой терапии (кроме радионуклидной терапии), - лекарственных препаратов, применяемых в сочетании с лучевой терапией, - схемы лекарственной терапии, указанной в группировщике КСГ |
| | SL_K | O | N(1) | Признак использования КСЛП | 0 – КСЛП не применялся; 1 – КСЛП применялся |
| | IT_SL | У | N(1.5) | Применённый коэффициент сложности лечения пациента | Итоговое значение коэффициента сложности лечения пациента для данного случая. Указывается только при использовании. |
| | SL_KOEF | УМ | S | Коэффициенты сложности лечения пациента | Сведения о применённых коэффициентах сложности лечения пациента. Указывается при наличии IT_SL. |
| Коэффициенты сложности лечения пациента | | | | | |
| SL_KOEF | IDSL | O | N(4) | Номер коэффициента сложности лечения пациента | В соответствии с региональным справочником. |
| | Z_SL | O | N(1.5) | Значение коэффициента сложности лечения пациента | |
| Сведения об услуге | | | | | |
| USL | IDSERV | O | T(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
| | LPU | O | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F032 |
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника. Обязательно |

| | | | | | |
|--|----------|---|-------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | заполняется для объединившихся МО. |
| | PODR | O | N(12) | Код отделения | Региональная особенность. Отделение МО лечения из регионального справочника. Данное поле обязательно для правильного формирования случая. Справочник "Профили отделений" на сайте ХК ФОМС |
| | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002 Приложения А. |
| | VID_VME | У | T(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа. 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) |
| | 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 | Y | N(15.2) | Тариф | |
| | SUMV_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
| | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (должностей) (Приложение А V021). |
| | CODE_MD | O | T(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | <i>Региональная особенность.</i> В соответствии с территориальным справочником. До момента создания КГБУЗ "МИАЦ" территориального справочника используется код врача внутри МО |
| | NPL | Y | N(1) | Неполный объем | Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объеме. 1 - документированный отказ больного, 2 - медицинские противопоказания, 3 - прочие причины (умер, переведен в другое отделение и пр.) 4 - ранее проведенные услуги в пределах установленных сроков. |
| | 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 | Заполняется в соответствии с Классификатором F006 , Приложение А |

| | | | | | |
|--|----------|----|--------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | SL_ID | УМ | T(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S_SUM не равна 0 |
| | S_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи, Приложение А), если S_SUM не равно 0 |
| | DATE_ACT | О | D | Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |
| | NUM_ACT | О | T(30) | Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП | |
| | CODE_EXP | УМ | T(8) | Код эксперта качества медицинской помощи | Обязательно к заполнению в соответствии с F042 (Реестр экспертов качества медицинской помощи, Приложение А), для экспертиз качества медицинской помощи (S_TIP>=50) |
| | S_COM | У | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
| | S_IST | О | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

Таблица Д5. Файл персональных данных

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|------------------------------------------------|---------------------|-----|--------|-----------------------|----------------------------------------------------------|
| Корневой элемент (Сведения о медпомощи) | | | | | |
| PERS_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
| | PERS | ОМ | S | Данные | Содержит персональные данные пациента |
| Заголовок файла | | | | | |
| ZGLV | VERSION | О | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.2». |
| | DATA | О | D | Дата | В формате ГТТГ-ММ-ДД |
| | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
| | FILENAME1 | О | T(26) | Имя основного файла | Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения. |
| Данные | | | | | |

| | | | | | |
|------|--------|---|-------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PERS | ID_PAC | 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 | <p>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.</p> |
| | IM | Y | T(40) | Имя пациента | |
| | OT | Y | T(40) | Отчество пациента | |
| | W | O | N(1) | Пол пациента | |
| | DR | O | D | Дата рождения пациента | <p>Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он 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</p> |

| | | | | | |
|--|-------|----|--------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно |
| | DOST | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации пациента | <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> <p>5 – известен только год даты рождения;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>FAM_P (фамилия представителя) и/или IM_P (имя представителя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.</p> <p>В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.</p> |
| | IM_P | У | T(40) | Имя представителя пациента | |

| | | | | | |
|--|--------|----|-------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | OT_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента | OT_P (отчество представителя) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST_P можно опустить соответствующее значение. |
| | W_P | У | N(1) | Пол представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. |
| | DR_P | У | D | Дата рождения представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. 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 Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «4». Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «5». |
| | DOST_P | УМ | N(1) | Код | 1 – отсутствует отчество; |

| | | | | | |
|--|---------|---|--------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | надёжности идентификации представителя | 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
| | MR | У | T(100) | Место рождения пациента или представителя | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
| | DOCTYPE | У | T(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность». При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
| | SOC | О | T(2) | Социальный статус пациента | Региональная особенность. Для учета и отчетности. Заполняется код социального статуса с использованием справочника «Социальный статус». |
| | DOCSER | У | T(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
| | DOCNUM | У | T(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
| | DOCDATE | У | D | Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При отсутствии ЕНП в соответствующем основном файле обязательно к заполнению для застрахованных лиц, которым оказана помощь за |

| | | | | | |
|--|---------|---|---------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | DOCORG | У | T(1000) | Наименование органа выдавшего документ, удостоверяющий личность | пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы |
| | SNILS | У | T(14) | СНИЛС пациента или представителя | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
| | OKATOG | О | T(11) | Код места жительства по OKATO | <i>Региональная особенность.</i> При невозможности указать место жительства с точностью до одиннадцати знаков по справочнику О002, необходимо обязательно указать с точностью до 5-ти знаков, остальные знаки (еще 6 знаков) добавить "0". |
| | OKATOR | У | T(11) | Код места пребывания по OKATO | Заполняется при наличии сведений |
| | КТ | У | T(2) | Категория льготности | <i>Региональная особенность.</i> Для учета и отчетности. Заполняется код социального статуса с использованием справочника «Категория льготности». |
| | СОМЕНТР | У | T(250) | Служебное поле | |

К.1. Информационное взаимодействие между ТФОМС и СМО при осуществлении загрузки результатов МЭЭ и ЭКМП от СМО (региональные изменения).

Файлы пакета информационного обмена формируется следующим образом:

имя файла TMNmSNiFNp_YYMMN.XML, где

- T – реквизит, определяющий тип файла;
- R – файл данных с результатами МЭЭ или ЭКМП
- F – протокол форматно-логического контроля
- M – реквизит, определяющий медицинскую организацию;
- Nm – реестровый номер МО
- S – реквизит, определяющий организацию отправителя – страховую медицинскую организацию;
- Ni – реестровый номер СМО;
- F – реквизит, определяющий организацию получателя – Фонд;
- Nr – реестровый номер Фонда;
- YYMM – дата формирования файла;
- N – порядковый номер пакета в течение года

Пример: RM270005S27001F27_171206.xml

Результаты проведения медико-экономического контроля реестров счетов передаются одним пакетом и включают только данные, приведенные в таблице ниже.

Таблица К.3 Структура и формат файла МЭЭ и ЭКМП от СМО

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|-------------------------|---------------------|-----|--------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Корневой элемент | | | | | |
| ZL_LIST | ZGLV | O | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
| | ZAP | OM | S | Записи пакета | Ограничение на количество записей актов в пакете – 100 шт. |
| Заголовок файла | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | 3.1 |
| | PLAT | O | T(5) | Реестровый номер СМО | |
| | DATA | O | D | Дата формирования | |
| | FILENAME | O | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
| ZAP | ACT | O | SM | Акт экспертизы | Информация об акте экспертизы. |
| Записи пакета | | | | | |
| ACT | CODE_MO | O | T(6) | Реестровый номер медицинской организации (юридического лица) | Код МО – юридического лица заполняется в соответствии с реестровым номером F032 |
| | LPU_1 | O | T(6) | Код медицинского | Подразделение МО |

| | | | | | |
|--------------------------|-----------|---|---------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | учреждения (структурного подразделения) | лечения заполняется в соответствии с реестровым номером F032. |
| | N_ACT | O | T(30) | Номер акта экспертизы | |
| | D_ACT | O | D | Дата акта экспертизы | |
| | V_ACT | O | N(2) | Вид экспертизы | Заполняется в соответствии с классификатором видов контроля F006. |
| | EXPERT | Y | T(14) | СНИЛС эксперта ЭКМП | Обязательно заполняется для актов ЭКМП и не заполняется для актов МЭЭ. Выполняется сверка с реестром экспертов в БАРС |
| | COMENTAKT | H | T(1000) | Выводы по акту | |
| | SCHET | O | SM | Счет, включенный в акт экспертизы | |
| Записи о счете | | | | | |
| SCHET | CODE | O | N(8) | Код записи счета | Все реквизиты счета должны совпадать с реквизитами, полученными от МО (в т.ч. и код записи счета, по которому будет производиться идентификация). |
| | YEAR | O | N(4) | | |
| | MONTH | O | N(2) | | |
| | NSCHET | O | T(15) | Номер счета | |
| | DSCHET | O | D | Дата счета | |
| | SLUCH | O | SM | Случаи, включенные в акт экспертизы | |
| Сведения о случае | | | | | |
| SLUCH | IDCASE | O | N(8) | Номер записи в реестре случаев | Порядковый номер позиции реестра счета |
| | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате МО | |
| | OPLATA | O | N(1) | Тип оплаты. | Заполняется СМО. Оплата случая оказания медпомощи (с учётом всех санкций): 1 – полная оплата; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ. |
| | SUMP | O | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате | Заполняется СМО |
| | SANK | O | N(15.2) | Сумма, снятая с оплаты по акту | |
| | SHTRAF | Y | N(15.2) | | |
| | RESULT | H | T(1000) | Заключение | Заключение по случаю в акте |
| | REFREASON | Y | S | Сведения о дефектах (при | |

| | | | | | |
|---------------------------|----------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | наличии) | |
| REFREASON | DEFECT | УМ | S | Сведения о дефекте | |
| Сведения о дефекте | | | | | |
| DEFECT | IDSERV | O | N(8.0) | | Идентификатор услуги, в одном из полей которой обнаружена ошибка |
| | CODE_ERR | O | T(10) | Код причины отказа в оплате | из F014 поле код ошибки (не основание отказа!) |
| | IS_SANK | O | N(1) | Признак наличия санкции по данному дефекту (0-по данному дефекту не была применена санкция, 1- была применена санкция) | Признаком 1 помечается наиболее весомый дефект, по которому была применена санкция. |
| | D_TYPE | У | N(1) | Признак дефекта | Заполняется только для дефектов очной экспертизы ЭКМП (дублирование дефектов не допускается). По дефектам, выявленным на первом этапе: 0- устранён, 1- не устранён. Для дефектов, выявленных впервые на 2 этапе, не заполняется. |
| | COMMENT | Н | T(250) | Примечание к дефекту | Описание ошибки |

**Порядок формирования и предоставления протоколов согласования
выполненных внешних медицинских услуг**

В соответствие с п.20 Приложения 2 Соглашения о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Хабаровского края на 2024 год определен порядок проведения межучрежденческих взаиморасчетов при предоставлении внешних медицинских услуг.

В рамках взаимодействия участников системы ОМС при проведении взаиморасчетов МО-исполнитель:

- формирует счета на оплату внешних медицинских услуг;
- одновременно со счетами формирует протоколы внешних медицинских услуг отдельно для стационара (форма 1) и для АПП (форма 2) в формате xlsx;
- согласовывает протоколы внешних медицинских услуг с МО-заказчиком;
- предоставляет согласованные протоколы внешних медицинских услуг в электронном виде в формате xlsx с подтверждением на бумажном носителе в ХКФОМС (оригинал) и СМО (копию) в течение первых 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

При согласовании протокола МО – заказчик обязан проверить достоверность представленной МО – исполнителем информации.

**Протокол согласования выполненных медицинских услуг
внешняя медицинская услуга для круглосуточного или дневного стационара**

оказанных _____
(наименование МО – исполнитель)

для _____
(наименование МО – заказчик)

застрахованным в _____, к счетам за _____
(наименование СМО) (период)

| № п/п | № полиса ОМС | Фамилия | Имя | Отчество | Дата рождения | Код внешней услуги | Дата поступления в стационар/ДС | Дата направления МО-заказчика | Дата выполнения внешней услуги | Кол-во | Сумма | Подтверждение заказчиком факта направления (да/нет) |
|-------|--------------|---------|-----|----------|---------------|--------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------|-------|-----------------------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | ИТОГО | | | | | | | | | | | |

Руководитель МО-исполнителя _____ (Ф.И.О)
(подпись)

Руководитель МО-заказчика _____ (Ф.И.О)
(подпись)

Форма 2

**Протокол согласования выполненных медицинских услуг
внешняя медицинская услуга в рамках посещений или обращений в амбулаторных условиях**

оказанных _____
(наименование МО – исполнитель)

для _____
(наименование МО – заказчик)

застрахованным в _____, к счетам за _____
(наименование СМО) (период)

| № п/п | № полиса ОМС | Фамилия | Имя | Отчество | Дата рождения | Код внешней услуги | Дата посещения/обращения АПП | Дата направления МО-заказчика | Дата выполнения внешней услуги | Кол-во | Сумма | Подтверждение заказчиком факта направления (да/нет) |
|-------|--------------|---------|-----|----------|---------------|--------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------|-------|-----------------------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | ИТОГО | | | | | | | | | | | |

Руководитель МО-исполнителя _____ (Ф.И.О)
(подпись)

Руководитель МО-заказчика _____ (Ф.И.О) (подпись)

Приложение 3

Директор _____ Пузакова Е.В.

подпись

« _____ » _____ 202__ г.

СВОДНЫЙ ОТЧЕТ О ПРЕДСТАВЛЕННЫХ И ПРИНЯТЫХ К ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ ПО ПРОГРАММЕ ОМС МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ ЗА _____ 20 ____ ГОДА

| Наименование медицинской организации /профиль коек/ вид медицинской помощи | Тариф | Представлено к оплате по реестрам | | Снято по результатам медико-экономического контроля | | Принято к оплате по реестрам с учетом МЭК | | Снято по результатам повторного МЭК (текущего года) | | Принято к оплате по реестрам с учетом МЭК и повторного МЭК (текущего года) (за исключением суммы по ВМУ) | | Взаиморасчеты при предоставлении внешних медицинских услуг (ВМУ) | | Доплаты, удержание денежных средств | Снято по медико-экономической экспертизе | | Снято по экспертизе качества медицинской помощи | | Снято по результатам повторного МЭК (предыдущий год) | | Итого подлежит оплате | | справочно: сняты, возвращены объемы медицинской помощи согласно проведенной экспертизы |
|----------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Кол-во случаев | Сумма, руб. | Кол-во случаев | Сумма, руб. | Кол-во случаев (гр.2+гр.4) | Сумма, руб. (гр.3+гр.5) | Кол-во случаев | Сумма, руб. | Кол-во случаев | Сумма, руб. | Кол-во случаев | Сумма, руб. | | Кол-во снятых 100% | Сумма всех экономических санкций, руб. | Кол-во снятых 100% | Сумма экономических санкций, руб. | Кол-во случаев | Сумма, руб. | Кол-во случаев (гр.10+гр.15+гр.17+гр.19) | Сумма, руб. (гр.11+гр.13+гр.14+гр.18+гр.20) | |
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |

Перечень стоматологических услуг, для которых обязательно заполнение поля «Номер зуба»

| Код CODE_USL | Федеральный код | Наименование |
|-------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 611014 | A16.07.057 | A16.07.057 Запечатывание фиссуры зуба герметиком |
| 612004 | A05.07.001 | A05.07.001 Электроодонтометрия |
| 612013 | A11.07.010 | A11.07.010 Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман |
| 612024 | A11.07.023 | A11.07.023 Применение метода серебрения зуба |
| 612028 | A11.07.027 | A11.07.027 Наложение девитализирующей пасты |
| 612043 | A16.07.001.001 | A16.07.001.001 Удаление временного зуба |
| 612044 | A16.07.001.002 | A16.07.001.002 Удаление постоянного зуба |
| 612045 | A16.07.001.003 | A16.07.001.003 Удаление зуба сложное с разъединением корней |
| 612046 | A16.07.002.001 | A16.07.002.001 Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов |
| 612047 | A16.07.002.002 | A16.07.002.002 Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| 612048 | A16.07.002.003 | A16.07.002.003 Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов |
| 612049 | A16.07.002.004 | A16.07.002.004 Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| 612050 | A16.07.002.005 | A16.07.002.005 Восстановление зуба IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов |
| 612051 | A16.07.002.006 | A16.07.002.006 Восстановление зуба, IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| 612052 | A16.07.002.007 | A16.07.002.007 Восстановление одного зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку |
| 612053 | A16.07.002.008 | A16.07.002.008 Восстановление одного зуба пломбой из амальгамы II класса по Блэку |
| 612054 | A16.07.002.009 | A16.07.002.009 Наложение временной пломбы |

| | | |
|--------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 612055 | A16.07.008.001 | A16.07.008.001 Пломбирование корневого канала зуба пастой |
| 612056 | A16.07.009 | A16.07.009 Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) |
| 612057 | A16.07.010 | A16.07.010 Экстирпация пульпы |
| 612059 | A16.07.012 | A16.07.012 Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса |
| 612060 | A16.07.013 | A16.07.013 Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба |
| 612064 | A16.07.017.002 | A16.07.017.002 Коррекция объема и формы альвеолярного отростка |
| 612066 | A16.07.020.001 | A16.07.020.001 Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом |
| 612067 | A16.07.024 | A16.07.024 Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба |
| 612068 | A16.07.025.001 | A16.07.025.001 Избирательное полирование зуба |
| 612069 | A16.07.030.001 | A16.07.030.001 Инструментальная и медикаментозная обработка одного хорошо проходимого корневого канала |
| 612070 | A16.07.030.002 | A16.07.030.002 Инструментальная и медикаментозная обработка одного плохо проходимого корневого канала |
| 612071 | A16.07.030.003 | A16.07.030.003 Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала |
| 612072 | A16.07.039 | A16.07.039 Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба |
| 612076 | A16.07.058 | A16.07.058 Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона) |
| 612077 | A16.07.082 | A16.07.082 Сошлифовывание твердых тканей зуба |
| 612078 | A16.07.082.001 | A16.07.082.001 Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой |
| 612079 | A16.07.082.002 | A16.07.082.002 Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфат-цементом (резорцин-формальдегидным методом) |
| 612080 | A16.07.091 | A16.07.091 Снятие временной пломбы |
| 612081 | A16.07.092 | A16.07.092 Трепанация зуба, искусственной коронки |
| 612086 | A17.07.006 | A17.07.006 Депофорез корневого канала зуба |
| 612131 | A16.07.002.010 | A16.07.002.010 Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |

| | | |
|--------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 612132 | A16.07.002.011 | A16.07.002.011 Восст-ие зуба пломбой с наруш-ем контакт.пункта II,III класс по Блэку с исп-ем мат-ов из фотополимеров |
| 612133 | A16.07.002.012 | A16.07.002.012 Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |
| 612134 | A16.07.007 | A16.07.007 Резекция верхушки корня |
| 612135 | A16.07.008.002 | A16.07.008.002 Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчивыми штифтами |
| 612136 | A16.07.008.003 | A16.07.008.003 Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба |
| 612138 | A16.07.038 | A16.07.038 Открытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба |
| 612144 | A16.07.059 | A16.07.059 Гемисекция зуба |
| 612179 | A02.07.007 | A02.07.007 Перкуссия зубов |
| 612182 | A02.07.005 | A02.07.005 Термодиагностика зуба |
| 612183 | A16.07.025 | A16.07.025 Избирательное шлифование твердых тканей зуба |