Приложение 1-1

к Регламенту информационного взаимодействия на 2026 г.

от «20» января 2026 г.

Реестр счетов на оплату высокотехнологичной медицинской помощи

Реестр счетов состоит из двух файлов: "Файл со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи" и "Файл персональных данных", структура которых приведена в таблицах 1 и 2 соответственно.

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

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP.

Имя файла архива формируется по следующему принципу:

TPiNiPpNp\_YYMMN.ZIP, где:

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

Имя файла со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи формируется по следующему принципу:

TPiNiPpNp\_YYMMN.XML, где:

* T – константа, обозначающая передаваемые данные.
* Pi – Параметр, определяющий организацию-источник:
  + M – МО.
* Ni – Номер источника (реестровый номер МО).
* Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:
  + S – СМО;
  + Т – ТФОМС (для файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи лицам, застрахованным на другой территории).
* Np – Номер получателя (реестровый номер СМО).
* YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.
* MM – порядковый номер месяца отчетного периода:
* N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

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

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

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо T указывается V. Структура файла приведена в Таблице 3.

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

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

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

* О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
* Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
* У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
* М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

В столбце «Формат» для каждого атрибута указывается – символ формата, а вслед за ним в круглых скобках – максимальная длина атрибута.

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

* T – <текст>;
* N – <число>;
* D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;
* S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

**Таблица 1. Файл со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи**

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| ZL\_LIST | ZGLV | 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 | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «5.0» с отчетного периода "январь 2026". |
|  | 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 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 F003. |
|  | YEAR | O | N(4) | Отчетный год |  |
|  | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП |
|  | NSCHET | О | T(15) | Номер счёта |  |
|  | DSCHET | О | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | PLAT | O | T(5) | Плательщик. | Заполняется в соответствии со справочником F019 Приложения А. Заполняется: 1) реестровым номером СМО для счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования; 2) кодом ТФОМС, дополненным справа значением «000» - для счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования; 3) кодом "99000" - для счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, представляемых на оплату в ФОМС |
|  | SUMMAV | О | N(15.2) | Сумма, выставленная МО на оплату |  |
|  | COMENTS | У | T(250) | Служебное поле к счету |  |
|  | SUMMAP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). |
|  | SANK\_MEK | У | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК. |
|  | 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 | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008. |
|  | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС |  |
|  | NPOLIS | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП |
|  | ST\_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных |
|  | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002.  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 | Т(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 | Т(9) | Признак новорождённого | Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения.  0 – признак отсутствует.  Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону:  ПДДММГГН, где  П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005;  ДД – день рождения;  ММ – месяц рождения;  ГГ – последние две цифры года рождения;  Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков). |
|  | VNOV\_D | У | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.  Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок. |
|  | SOC | О | Т(3) | Социальная категория | Указывается одно из следующих значений: 000 - категория отсутствует; 035 - участник специальной военной операции (СВО), уволенный в запас (отставку); 065 - член семьи участника специальной военной операции (СВО); 810 - инвалид I группы; 813 - инвалид I группы участник специальной военной операции (СВО); 816 - инвалид I группы член семьи участника специальной военной операции (СВО) |
|  | MO\_PR | У | T(6) | Код МО, выбранной застрахованным лицом для получения первичной медико-санитарной помощи | Код МО прикрепления, указывается в соответствии с реестром F032. Может не заполнятся для случаев медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС |
| **Сведения о законченном случае** | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | O | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении. |
|  | USL\_OK | O | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006). |
|  | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008. |
|  | FOR\_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 |
|  | NPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2);  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С»или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  | NPR\_DATE | У | D | Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Заполняется на основании направления на лечение.  Заполнение обязательно в случаях оказания:  1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1);  2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2)  3. медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) при направлении из другой МО |
|  | NPR\_NUM | У | Т(100) | Номер направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию) | Заполняется на основании направления на лечение. Заполнение обязательно в случаях оказания:1. плановой медицинской помощи в условиях стационара (FOR\_POM=3 и USL\_OK = 1); 2. в условиях дневного стационара (USL\_OK =2) |
|  | LPU | О | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии со справочником F003. |
|  | DATE\_Z\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_Z\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | KD\_Z | О | N(3) | Продолжительность гопитализации (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 (V009). |
|  | ISHOD | O | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (V012). |
|  | OS\_SLUCH | НМ | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи.  1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;  2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. |
|  | SL | ОМ | 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 | 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 | О | T(36) | Идентификатор | Уникально идентифицирует элемент SL в пределах законченного случая. |
|  | VID\_HMP | О | T(12) | Вид высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 |
|  | METOD\_HMP | О | N(3) | Метод высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 |
|  | LPU\_1 | О | T(17) | Уникальный номер СП МО, осуществляющей деятельность в сфере ОМС, на соответствующий финансовый год, по данным ЕРМО | Уникальный номер СП МО по данным ЕРМО |
|  | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения в соответствии с региональным справочником |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002. |
|  | PROFIL\_M | O | N(2) | Профиль медицинской помощи | Код профиля медицинской помощи, указывается в соответствии со справочником M003 Приложения А. ФНСИ OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1119 |
|  | PROFIL\_K | О | N(3) | Профиль койки | Классификатор V020. |
|  | 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 госпитализации |
|  | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни |  |
|  | DATE\_1 | O | D | Дата начала лечения |  |
|  | DATE\_2 | O | D | Дата окончания лечения |  |
|  | DS0 | Н | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии |
|  | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. |
|  | DS2 | УМ | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | DS3 | УМ | T(10) | Диагноз осложнения заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. |
|  | 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) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97). |
|  | DS\_ONK | О | N(1) | Признак подозрения на злокачественное новообразование | Заполняется значениями:  0 - при отсутствии подозрения на злокачественное новообразование;  1 - при выявлении подозрения на злокачественное новообразование. |
|  | CODE\_MES1 | УМ | Т(20) | Код МЭС | Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта. |
|  | CODE\_MES2 | У | Т(20) | Код МЭС сопутствующего заболевания |
|  | NAPR | УM | S | Сведения об оформлении направления | Заполняется в случае оформления направления при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97).  При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит. |
|  | CONS | УМ | S | Сведения о проведении консилиума | Содержит сведения о проведении консилиума в целях определения тактики обследования или лечения.  Обязательно к заполнению при подозрении на злокачественное новообразование (DS\_ONK=1) или установленном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97).  При отсутствии подозрения на злокачественное новообразование или установленного диагноза злокачественного новообразования заполнению не подлежит. |
|  | ONK\_SL | У | S | Сведения о случае лечения онкологического заболевания | Обязательно к заполнению при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | Классификатор медицинских специальностей (V021). |
|  | VERS\_SPEC | О | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается имя используемого классификатора медицинских специальностей, например «V021». |
|  | IDDOKT | O | Т(25) | Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни | Территориальный справочник |
|  | 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) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) |
|  | 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) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии |
|  | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле |  |
| Сведения об оформлении направления | | | | | |
| NAPR | NAPR\_DATE | O | D | Дата направления |  |
|  | NAPR\_NUM | O | T(100) | Номер направления |  |
|  | NAPR\_MO | У | Т(6) | Код МО, куда оформлено направление | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.  Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО |
|  | NAPR\_V | O | N(2) | Вид направления | Классификатор видов направления V028 |
|  | MET\_ISSL | У | N(2) | Метод диагностического исследования | Если NAPR\_V=3, заполняется в соответствии с классификатором методов диагностического исследования V029 |
|  | NAPR\_USL | У | Т(15) | Медицинская услуга (код), указанная в направлении | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001). Обязательно к заполнению при заполненном MET\_ISSL |
| Сведения о проведении консилиума | | | | | |
| CONS | PR\_CONS | O | N(1) | Цель проведения консилиума | Классификатор целей консилиума N019 |
|  | DT\_CONS | У | D | Дата проведения консилиума | Обязательно заполнению, если консилиум проведен (PR\_CONS={1,2,3}) |
| Сведения о случае лечения онкологического заболевания | | | | | |
| ONK\_SL | DS1\_T | О | N(2) | Повод обращения | Классификатор поводов обращения N018 |
|  | STAD | У | N(3) | Стадия заболевания | Заполняется в соответствии со справочником N002.  Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения (DS1\_T={0,1,2}). |
|  | ONK\_T | У | N(4) | Значение Tumor | Заполняется в соответствии со справочником N003.  Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_N | У | N(4) | Значение Nodus | Заполняется в соответствии со справочником N004.  Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | ONK\_M | У | N(4) | Значение Metastasis | Заполняется в соответствии со справочником N005.  Обязательно к заполнению при первичном лечении (DS1\_T=0) для пациентов, возраст которых на дату начала лечения более 18 лет |
|  | MTSTZ | У | N(1) | Признак выявления отдалённых метастазов | Используется только при рецидиве или прогрессировании (DS1\_T=1 или DS1\_T=2). При выявлении отдалённых метастазов обязательно к заполнению значением 1 |
|  | SOD | У | N(4.2) | Суммарная очаговая доза | Обязательно для заполнения при проведении лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4).  Может принимать значение «0». |
|  | K\_FR | У | N(2) | Количество фракций проведения лучевой терапии | Обязательно 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 противоопухолевой терапии или химиолучевой терапии, при которых расчет дозы препарата производится на основании данных о площади поверхности тела |
|  | BSA | У | N(1.2) | Площадь поверхности тела (м2) |
|  | 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 | ОМ | S | Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания |  |
| Диагностический блок | | | | | |
| B\_DIAG | DIAG\_DATE | О | D | Дата взятия материала | Указывается дата взятия материала для проведения диагностики. |
|  | DIAG\_TIP | О | N(1) | Тип диагностического показателя | При отсутствии  DIAG\_ DATE обязательно к заполнению значениями:  1 – гистологический признак;  2 – маркёр (ИГХ). |
|  | DIAG\_CODE | О | N(3) | Код диагностического показателя | При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N007.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N010. |
|  | DIAG\_RSLT | У | N(3) | Код результата диагностики | Указывается при наличии сведений о получении результата диагностики (REC\_RSLT =1).  При DIAG\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N008.  При DIAG\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N011. |
|  | REC\_RSLT | У | N(1) | Признак получения результата диагностики | Заполняется значением «1» в случае получения результата диагностики |
| Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах | | | | | |
| B\_PROT | PROT | О | N(1) | Код противопоказания или отказа | Заполняется в соответствии со справочником N001. |
|  | D\_PROT | О | D | Дата регистрации противопоказания или отказа |  |
| **Сведения об услуге** при лечении онкологического заболевания | | | | | |
| ONK\_USL | USL\_TIP | О | N(1) | Тип услуги | Заполняется в соответствии со справочником N013. |
|  | HIR\_TIP | У | N(1) | Тип хирургического лечения | При USL\_TIP=1 заполняется в соответствии со справочником N014.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 1. |
|  | LEK\_TIP\_L | У | N(1) | Линия лекарственной терапии | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N015.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_TIP\_V | У | N(1) | Цикл лекарственной терапии | При USL\_TIP=2 заполняется в соответствии со справочником N016.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 2 |
|  | LEK\_PR | УМ | S | Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | Обязательно к заполнению при USL\_TIP=2 или USL\_TIP=4 |
|  | PPTR | У | N(1) | Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса | Указывается значение «1» в случае применения противорвотной терапии при проведении лекарственной противоопухолевой или химиолучевой терапии препаратом высоко-, средне- или низкоэметогенного потенциала |
|  | LUCH\_TIP | У | N(1) | Тип лучевой терапии | При USL\_TIP=3 или USL\_TIP=4 заполняется в соответствии со справочником N017.  Не подлежит заполнению при USL\_TIP не равном 3 или 4 |
| Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате | | | | | |
| LEK\_PR | REGNUM | O | Т(6) | Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии | Заполняется в соответствии с классификатором N020 |
|  | CODE\_SH | О | T(10) | Код схемы лекарственной терапии | Заполняется в соответствии с классификатором V024 |
|  | DATE\_INJ | OМ | D | Дата введения лекарственного препарата |  |
| **Сведения об услуге** | | | | | |
| USL | IDSERV | O | Т(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая |
|  | LPU | O | Т(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 |
|  | LPU\_1 | О | Т(17) | Уникальный номер СП МО, осуществляющей деятельность в сфере ОМС, на соответствующий финансовый год, по данным ЕРМО | Уникальный номер СП МО по данным ЕРМО |
|  | PODR | У | N(12) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника |
|  | PROFIL | O | N(3) | Профиль медицинской помощи | Классификатор V002. |
|  | PROFIL\_M | O | N(2) | Профиль медицинской помощи | Код профиля медицинской помощи, указывается в соответствии со справочником M003 Приложения А. ФНСИ OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1119 |
|  | VID\_VME | У | Т(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа.  Обязательно к заполнению  при установленном основном диагнозе злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза - «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код основного диагноза - D70 с сопутствующим  диагнозом C00-C80 или C97) в случае проведения хирургического лечения, лучевой или химиолучевой терапии (USL\_TIP={1,3,4}) |
|  | DET | О | 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 | Т(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики |
|  | CODE\_USL | О | Т(20) | Код услуги | Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг |
|  | KOL\_USL | О | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) |  |
|  | TARIF | У | N(15.2) | Тариф |  |
|  | SUMV\_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.) | Может принимать значение 0 |
|  | PRVS | O | N(4) | Специальность медработника, выполнившего услугу | Классификатор медицинских специальностей (V021). |
|  | CODE\_MD | O | Т(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | В соответствии с территориальным справочником |
|  | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле |  |
| **Сведения о санкциях** | | | | | |
| SANK | S\_CODE | О | Т(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах законченного случая. |
|  | S\_SUM | О | N(15.2) | Сумма финансовой санкции | При невыявлении причин для отказа (частичной) оплаты значение должно быть равно 0 |
|  | S\_TIP | О | N(2) | Код вида контроля | Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006. |
|  | SL\_ID | УМ | T(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором выявлена причина для отказа (частичной) оплаты, в пределах законченного случая. Обязательно к заполнению, если S\_SUM не равна 0 |
|  | S\_OSN | У | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | Обязательно к заполнению в соответствии с F014 (Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи), если S\_SUM не равна 0 |
|  | DATE\_ACT | 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 F004 (Реестр экспертов качества медицинской помощи) для экспертиз качества медицинской помощи (S\_TIP>=30) |
|  | S\_COM | У | Т(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. |
|  | S\_IST | О | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО. |

**Таблица 2. Файл персональных данных**

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

| **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 | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «3.2». |
|  | DATA | О | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения. |
|  | FILENAME1 | О | T(26) | Имя основного файла | Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения. |
| **Данные** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Код записи о пациенте | Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи. |
|  | FAM | У | T(40) | Фамилия пациента | FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  OT (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.  Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля. |
|  | IM | У | T(40) | Имя пациента |
|  | OT | У | T(40) | Отчество пациента |
|  | W | O | N(1) | Пол пациента | Заполняется в соответствии с классификатором V005. |
|  | DR | O | D | Дата рождения пациента | Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4».  Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение «5».  Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то  из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно |
|  | DOST | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации пациента | 1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю.  Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | TEL | У | T(100) | Номер телефона пациента | Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений.  Информация для страхового представителя. |
|  | FAM\_P | У | T(40) | Фамилия представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.  Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля.  FAM\_P (фамилия представителя) и/или IM\_P (имя представителя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.  В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST\_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.  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.  Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «4».  Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «5».  Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то  из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно |
|  | IM\_P | У | T(40) | Имя представителя пациента |
|  | OT\_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента |
|  | W\_P | У | N(1) | Пол представителя пациента |
|  | DR\_P | У | D | Дата рождения представителя пациента |
|  | DOST\_P | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации представителя | 1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю.  Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место. |
|  | MR | У | T(100) | Место рождения пациента или представителя | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность. |
|  | DOCTYPE | У | T(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».  При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | DOCSER | У | T(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | DOCNUM | У | T(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | DOCDATE | У | D | Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | DOCORG | У | T(1000) | Наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
|  | SNILS | У | T(14) | СНИЛС пациента или представителя | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии. |
|  | OKATOG | У | T(11) | Код места жительства по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | OKATOP | У | T(11) | Код места пребывания по ОКАТО | Заполняется при наличии сведений |
|  | COMENTP | У | T(250) | Служебное поле |  |

**Таблица 3. Структура файла с протоколом ФЛК**

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о медпомощи)** | | | | | |
| FLK\_P | FNAME | О | T(24) | Имя файла протокола ФЛК |  |
|  | FNAME\_I | О | T(24) | Имя исходного файла |  |
|  | PR | НМ | S | Причина отказа | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. |
| **Причины отказа** | | | | | |
| PR | OSHIB | O | N(3) | Код ошибки | В соответствии с классификатором Q004 |
|  | IM\_POL | У | T(20) | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | BAS\_EL | У | T(20) | Имя базового элемента | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка. |
|  | N\_ZAP | У | T(36) | Номер записи | Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка. |
|  | IDCASE | У | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Номер законченного случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «Z\_SL», в том числе во входящих в него элементах «SL» и услугах). |
|  | SL\_ID | У | T(36) | Идентификатор случая | Идентификатор случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «SL», в том числе во входящих в него услугах). |
|  | IDSERV | У | Т(36) | Номер записи в реестре услуг | Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL»). |
|  | COMMENT | У | T(250) | Комментарий | Описание ошибки. |