

УТВЕРЖДЕНО
приказом Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Республики Дагестан
от 11 декабря 2023 г. № 367-О

РЕГЛАМЕНТ
информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент разработан в соответствии с:
Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.2022 г. № 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.03.2021 г. № 34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

1.2. Принятые сокращения и определения:

Сокращение	Определение
РФ	Российская Федерация
ОМС	обязательное медицинское страхование
ТФОМС	Территориальный фонд ОМС
ФФОМС	Федеральный фонд ОМС
РД	Республика Дагестан
СМО	страховая медицинская организация
МО	медицинская организация
ЗЛ	застрахованное лицо
МУР	межучрежденческие расчеты

БД	база данных
МЭК	медико-экономический контроль
МЭЭ	медико-экономическая экспертиза
ЭКМП	экспертиза качества медицинской помощи
ФЛК	форматно-логический контроль
КПГ	клинико-профильная группа
КСГ	клинико-статистическая группа
РС ЕРЗ	региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц
ТРС ЕРЗ	типовая региональная система единого регистра застрахованных лиц
НСИ	нормативно-справочная информация
МИС	медицинская информационная система
Общие принципы	Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
Правила ОМС	Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»
Регламент	настоящий документ, описывающий последовательность функций, ответственность, порядок взаимодействия участников информационного обмена
реестр счетов	электронный файл реестра счетов за оказанную медицинскую помощь – пакет XML файлов, содержащий сведения о пациенте, оказанной ему МП и медицинском работнике, сформированный в формате, установленном Регламентом
Тарифное соглашение	действующее на текущий финансовый год тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории РД
XML	eXtensible Markup Language (расширяемый язык разметки) – формат, предназначенный для создания, обработки и обмена документов реестров счетов
XSD	XML Schema definition. Перечисление элементов в документе XML и проверка наличия в документе только объявленных элементов. Объявление и определение атрибутов, модифицирующих элементы документа. Определение родительско-дочерних отношений между элементами

2. Взаимодействие участников информационного обмена

2.1. В процессе информационного обмена между участниками информационного взаимодействия, в установленном Регламентом порядке, в сфере обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, осуществляются следующие этапы взаимодействия.

Информационное взаимодействие при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам, осуществляется согласно таблице 1 Регламента.

Таблица 1

Взаимодействие	Приложение	Отправитель	Получатель
Информационное взаимодействие при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам. Файлы электронных документов ФЛК, реестров-счетов	Приложение 1. Файлы типа H,T,D,C,L	МО	ТФОМС

Взаимодействие	Приложение	Отправитель	Получатель
Файлы реестров счетов со сведениями по результатам МЭК	Приложение 2. Файлы типа MEK_FOMS	ТФОМС	МО
Информационное взаимодействие при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам, со случаями в соответствии с Приказом № 231н	Приложение 1. Файлы типа H,T,D,C,L	ТФОМС	СМО
Файл санкций по результатам МЭК реестров счетов при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи	Приложение 3. Файлы типа SANK_FOMS	ТФОМС	СМО
Информационное взаимодействие при предоставлении СМО сведений о результатах проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (МЭЭ, ЭКМП).	Приложение 4. Файлы типа ES	СМО	ТФОМС
Файлы электронных документов ФЛК реестров-счетов проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (МЭЭ, ЭКМП).	Приложение 5. Файлы типа PES.	ТФОМС	СМО

2.2. Ведение ТРС ЕРЗ «Атлантико» (Обмен информацией между СМО и ТФОМС осуществляется в пакетном режиме согласно таблице 2 Регламента).

Таблица 2

Взаимодействие	Приложение	Получатель	Формат обмена
Внесение в ТРС ЕРЗ «Атлантико» новых записей о ЗЛ и изменение/корректировка существующих посредством направления файлов.	Приложение 6. Файлы типа I	СМО	ТФОМС
Файлы электронных документов протоколов обработки	Приложение 7. Файлы типа P	ТФОМС	СМО
Информационное взаимодействие при передаче данных о прекращении, корректировке, а также сведений содержащихся в ЕГР ЗАГС	Приложение 7.1 Файлы типа S, K, E	СМО	ТФОМС
Отправка заявлений посредством сайта ТФОМС РД, с авторизацией через ЕСИА ПГ	Приложение 8. Файлы типа Z	ТФОМС	СМО

2.3. Информационное взаимодействие при выборе ЗЛ медицинской организации и медицинского работника для получения первичной медико-санитарной помощи.

Таблица 3

Взаимодействие	Приложение	Получатель	Формат обмена
Информационные файлы новых записей о ЗЛ, подавших заявления о выборе МО и медицинского работника для получения первичной медико-санитарной помощи	Приложение 9. Файлы типа MM, VM	МО	ТФОМС
Файлы электронных документов протоколов обработки	Приложение 10. Файлы типа PM, PV	ТФОМС	МО

2.4. Информационное сопровождение ЗЛ на всех этапах оказания им медицинской помощи с использованием Регионального информационного ресурса ТФОМС РД.

Таблица 4

Взаимодействие	Приложение	Получатель	Формат обмена
Загрузка файлов со сведениями ЗЛ, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году.	Приложение 11.	МО	ТФОМС
Загрузка сведений об информировании ЗЛ о возможности прохождения профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения	Приложение 12.	СМО	ТФОМС

2.5. Информационное сопровождение ЗЛ на всех этапах оказания им медицинской помощи с использованием Интеграционных онлайн сервисов Регионального информационного ресурса ТФОМС РД.

Таблица 5

Взаимодействие	Приложение	Получатель	Формат обмена
Описание формата выгрузки данных для мониторинга госпитализации.	Приложение 13.	МО	ТФОМС
Описание формата выгрузки данных карт диспансерного наблюдения	Приложение 14.	МО	ТФОМС
Описание формата выгрузки данных застрахованных лиц. Описание формата ответа данных застрахованных лиц	Приложение 15.	МО	ТФОМС

3. Действия участников

Организация-получатель производит форматно-логический контроль целостности данных в файлах, представленных в пакете информационного обмена.

При наличии ошибок формирует протокол ФЛК и направляет его организации-отправителю.

Организация-отправитель устраняет их и повторяет процедуру информационного обмена.

При отсутствии ошибок ФЛК файл протокола не формируется.

4. Способ передачи и приема объектов

Информационный обмен осуществляется в электронном виде по шифрованным или открытым каналам связи, включая сеть «Интернет», с использованием средств криптографической защиты информации в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в сфере защиты информации и персональных данных.

В случае отсутствия возможности обеспечения юридически значимого документооборота, передаваемые документы должны подтверждаться на бумажных носителях.

В случае невозможности осуществления защищенного взаимодействия субъектов информационного обмена, передача-приемка данных производится в явочном порядке.

5. Ответственный по процессу

Организация-источник отвечает за подготовку и передачу данных.

Организация-получатель отвечает за готовность программно-технологической среды, организацию приема данных, прием и контроль полученных данных по установленным правилам.

6. Порядок информационного взаимодействия и состав файлов обмена

Файлы информационного обмена в формате XML

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251

Имя файла формируется по следующему принципу:

HP_iNP_pNP_pYYMMN.XML, где

H – константа, обозначающая передаваемые данные:

- H – сведения об оказанной медицинской помощи, кроме ВМП, профилактических мероприятий и онкологии – **далее сведения об общей МП**;
- T – сведения об оказанной высокотехнологической помощи;
- D – сведения о проведенных случаях профилактических мероприятий;
- C – сведения об оказанной МП при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования;
- L – персональные данные пациента;
- P – протоколом ФЛК;
- E – результатами МЭК/МЭЭ/ЭКМП;
- M – файл со сведениями о прикреплении ЗЛ к МО.
- V – файл со сведениями о врачебных участках.

Для файлов с протоколом ФЛК, результатами МЭК вторым символом указывается символ обозначающий тип обрабатываемых сведений: H, T, D или C.

P_i – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

P_p – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

N_p – 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.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя архива совпадает с именем соответствующего файла со сведениями об оказанной медицинской помощи. При отсутствии у медицинской организации в отчетном периоде случаев ВМП, диспансеризации (осмотров) или случаев онкологического заболевания могут отсутствовать пакеты типа T,D,C.

7. Структура файлов обмена

Описание структуры таблиц приведены в Приложении 1 к настоящему регламенту

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

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

Файлы XML должны строиться на основе элементов (тегов), использование атрибутов не допускается.

8. Использование web-технологий

Информационное взаимодействие с использованием web-технологий осуществляется в информационной системе участника системы обязательного медицинского страхования Территориального фонда ОМС (далее – Портал).

Данные Портала интегрируются с информационной системой ведения регионального сегмента единого регистра застрахованных (далее ИС РС ЕРЗ).

9. Нормативно-справочная информация

Описания правил заполнения элементов реестра счета, включая тип и формат элемента, при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи приведены в справочнике НСИ – Q018 (Описание правил заполнения элементов файлов информационного обмена при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи).

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.

В столбце «Описание правила заполнения элемента» указываются правила заполнения элементов.

Приложение №1
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, в формате XML

Таблица 1.1. Файл со сведениями об оказанной общей медицинской помощи (файл типа «Н»)

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)			
ZL_LIST	ZGLV	Заголовок файла	ZL_LIST/ZGLV
	SCHET	Счёт	ZL_LIST/SCHET
	ZAP	Записи	ZL_LIST/ZAP
	VRACH	Врачи	Записи о медицинских работниках оказавшие медицинскую помощь
Заголовок файла			
ZGLV	VERSION	Версия взаимодействия	ZL_LIST/ZGLV/VERSION
	DATA	Дата	ZL_LIST/ZGLV/DATA
	FILENAME	Имя файла	ZL_LIST/ZGLV/FILENAME
	SIGNATURE	Электронная подпись медицинской организации	Электронная подпись медицинской организации, сформированная УЦ ФФОМС. В подписи участвуют все элементы ZAP и VRACH
	SD_Z	Количество записей в файле	ZL_LIST/ZGLV/SD_Z
Счёт			
SCHET	CODE	Код записи счета	ZL_LIST/SCHET/CODE
	CODE_MO	Реестровый номер медицинской организации	ZL_LIST/SCHET/CODE_MO
	YEAR	Отчетный год	ZL_LIST/SCHET/YEAR
	MONTH	Отчетный месяц	ZL_LIST/SCHET/MONTH
	NSCHET	Номер счёта	ZL_LIST/SCHET/NSCHET
	DSCHET	Дата выставления счёта	ZL_LIST/SCHET/DSCHET
	PLAT	Плательщик. Реестровый номер СМО	ZL_LIST/SCHET/PLAT
	SUMMAV	Сумма счета, выставленная МО на оплату	ZL_LIST/SCHET/SUMMAV
	COMENTS	Служебное поле к счету	ZL_LIST/SCHET/COMENTS

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента			Идентификатор элемента в справочнике Q018
	SUMMAP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)			ZL_LIST/SCHET/SUMMAP
	SANK_MEK	Финансовые санкции (МЭК)			ZL_LIST/SCHET/SANK_MEK
	SANK_MEE	Финансовые санкции (МЭЭ)			ZL_LIST/SCHET/SANK_MEE
	SANK_EKMP	Финансовые санкции (ЭКМП)			ZL_LIST/SCHET/SANK_EKMP
Записи					
ZAP	N_ZAP	Номер позиции записи			ZL_LIST/ZAP/N_ZAP
	PR_NOV	Признак исправленной записи			ZL_LIST/ZAP/PR_NOV
	PACIENT	Сведения о пациенте			ZL_LIST/ZAP/PACIENT
	Z_SL	Сведения о законченном случае			ZL_LIST/ZAP/Z_SL
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	Код записи о пациенте			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ID_PAC
	VPOLIS	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/VPOLIS
	SPOLIS	Серия полиса старого образца			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS
	NPOLIS	Номер полиса старого образца или временного свидетельства			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/NPOLIS
	ST_OKATO	Регион страхования			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ST_OKATO
	SMO	Реестровый номер СМО.			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO
	ENP	Единый номер полиса обязательного медицинского страхования			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ENP
	SMO_NAM	Наименование СМО			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_NAM
	INV	Группа инвалидности			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/INV
	MSE	Направление на МСЭ			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/MSE
	NOVOR	Признак новорождённого			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/NOVOR
	VNOV_D	Вес при рождении			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/VNOV_D
	INOGOR	0	N(1)	Признак "Иногородный"	Заполняется в соответствии: 0 - застрахованный Республики Дагестан 1 - застрахованный другого субъекта РФ.
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	Номер записи в реестре законченных случаев			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDCASE
	USL_OK	Условия оказания медицинской			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/USL_

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента			Идентификатор элемента в справочнике Q018
		помощи			OK Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006_Reg).
	VIDPOM	Вид медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VIDPOM
	FOR_POM	Форма оказания медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/FOR_POM
	NPR_MO	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/NPR_MO Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии с региональным справочником МО (для застрахованных в других субъектах РФ 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. в условиях оказания амбулаторной помощи в соответствии с действующим Тарифным Соглашением (USL_OK =3) 4. в условиях оказания лабораторно-диагностической помощи (USL_OK =6)
	NPR_LPU	У	T(6)	Код подразделения МО, направившей на лечение	Заполнение обязательно в случаях оказания: В условиях оказания лабораторно-диагностической помощи (USL_OK =6)
	NPR_USL_OK	У	N(1)	Условие оказания МП	Условие МП, в направлении подразделения. Заполняется в случае заполнения поля NPR_LPU
	NPR_DATE	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/NPR_DATE

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018
	LPU	Код МО	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/LPU Код МО лечения, указывается в соответствии с региональным справочником МО.
	DATE_Z_1	Дата начала лечения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_1
	DATE_Z_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_2
	KD_Z	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/KD_Z
	VNOV_M	Вес при рождении	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VNOV_M
	RSLT	Результат обращения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/RSLT Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009_Reg).
	ISHOD	Исход заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/ISHOD Классификатор исходов заболевания (V012_Reg).
	OS_SLUCH	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OS_SLUCH
	VB_P	Признак внутрибольничного перевода	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VB_P
	IDSP	Код способа оплаты медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDSP
	SUMV	Сумма, выставленная к оплате	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMV Согласно Тарифному соглашению может принимать значение 0
	OPLATA	Тип оплаты	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OPLATA
	SUMP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMP
	SANK_IT	Сумма санкций по законченному случаю	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK_IT
	SL	Сведения о случае	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL
	SANK	Сведения о санкциях	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK
Сведения о случае			
SL	SL_ID	Идентификатор случая	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/SL_ID
	LPU	Код МО	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LPU МО лечения, указывается в соответствии с региональным реестром

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента	Идентификатор элемента в справочнике Q018
			МО.
	LPU_1	Подразделение МО	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LPU_1 в соответствии с региональным реестром МО.
	PODR	Код отделения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PODR Код ФАП, при USLOK=3
	PROFIL	Профиль медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PROFIL
	PROFIL_K	Профиль койки	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PROFIL_K
	DET	Признак детского профиля	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DET
	P_CEL	Цель посещения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/P_CEL. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL_OK= 3,5,6)
	NHISTORY	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NHISTORY
	P_PER	Признак поступления/ перевода	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/P_PER
	DATE_1	Дата начала лечения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DATE_1
	DATE_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DATE_2
	KD	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KD
	WEI	Масса тела (кг)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/WEI
	DS0	Диагноз первичный	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS0
	DS1	Диагноз основной	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS1
	DS2	Диагноз сопутствующего заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS2
	DS3	Диагноз осложнения заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS3
	C_ZAB	Характер основного заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/C_ZAB
	DN	Диспансерное наблюдение	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DN
	CODE_MES1	Код стандарта медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CODE_MES1
	CODE_MES2	Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CODE_MES2
	REAB	Признак реабилитации	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/REAB

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента			Идентификатор элемента в справочнике Q018
	PRVS	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PRVS
	VERS_SPEC	Код классификатора медицинских специальностей			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/VERS_SPEC
	IDDOKT	Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/IDDOKT
	ED_COL	Количество единиц оплаты медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ED_COL
	TARIF	Тариф			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/TARIF
	SUM_M	Стоимость случая, выставленная к оплате			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/SUM_M
	COMENTSL	Служебное поле			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/COMENTSL
	KSG_KPG	Сведения о КСГ/КПГ			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG
	LEK_PR	Если USL_OK=1, то "Сведения о введенном лекарственном препарате", если USL_OK=3, то "Сведения о назначенном лекарственном препарате"			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LEK_PR
	USL	Сведения об услуге			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL
Сведения о КСГ/КПГ					
KSG_KPG	IDKSGKPG	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	N_KSG	Номер КСГ			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/N_KSG
	VER_KSG	Модель определения КСГ			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/VER_KSG
	KSG_PG	Признак использования подгруппы КСГ			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/KSG_PG
	N_KPG	Номер КПГ			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/N_KPG
	KOEF_Z	Коэффициент затратоемкости			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/KOEF_Z
	KOEF_UP	Управленческий коэффициент			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/KOEF_UP
	BZTSZ	Базовая ставка			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/BZTSZ
	KOEF_D	Коэффициент дифференциации			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/KOEF_D
	KOEF_U	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/KOEF_U
	SL_K	Признак использования КСЛП			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/SL_K
	IT_SL	Применённый коэффициент сложности лечения пациента			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/IT_SL
	CRIT	классификационный критерий			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/CRIT
	SL_KOEF	Коэффициенты сложности лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KSG_KPG/SL_KOEF

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента			Идентификатор элемента в справочнике Q018
		пациента			G_KPG/SL_KOEF
Коэффициенты сложности лечения пациента					
SL_KOEF	IDSLKOEF	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	IDSL	Номер коэффициента сложности лечения пациента			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KS G_KPG/SL_KOEF/IDSL В соответствии с региональным справочником K009
	Z_SL	Значение коэффициента сложности лечения пациента			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KS G_KPG/SL_KOEF/Z_SL В соответствии с региональным справочником K009
Сведения о введенном лекарственном препарате					
LEK_PR	IDLEKPR	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	DATA_INJ	Если USL_OK=1, то "Дата введения лекарственного препарата", если USL_OK=3, то "Дата назначения лекарственного препарата"			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LEK_PR/DATA_INJ
	CODE_SH	Код схемы лечения пациента/код группы препарата			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LEK_PR/CODE_SH
	REGNUM	Идентификатор лекарственного препарата			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LEK_PR/REGNUM
	COD_MARK	Код маркировки лекарственного препарата			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LEK_PR/COD_MARK
	LEK_DOSE	Если USL_OK=1, то "Сведения о дозе введения лекарственного препарата", если USL_OK=3, то "Сведения о дозе введения назначенного лекарственного препарата"			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LEK_PR/LEK_DOSE
Сведения о дозе введения лекарственного препарата					
LEK_DOSE	ED_IJM	Единица измерения дозы лекарственного препарата			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LEK_PR/LEK_DOSE/ED_IJM
	DOSE_INJ	Если USL_OK=1, то "Доза введения лекарственного препарата", если USL_OK=3, то "Назначенная доза введения лекарственного препарата"			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LEK_PR/LEK_DOSE/DOSE_INJ
	METHOD_INJ	Если USL_OK=1, то "Путь введения лекарственного препарата", если USL_OK=3, то "Путь введения назначенного лекарственного препарата"			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LEK_PR/LEK_DOSE/METHOD_INJ
	COL_INJ	Если USL_OK=1, то "Количество введений", если USL_OK=3, то			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LEK_PR/LEK_DOSE/COL_INJ

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента			Идентификатор элемента в справочнике Q018
		"Количество введений назначенного лекарственного препарата"			J
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	Номер записи в реестре услуг			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/IDSERV
	LPU	Код МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/LPU Региональный реестр МО
	LPU_1	Подразделение МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/LPU_1 Региональный реестр МО
	MUVR	У	N(1)	Услуга МУВР	Заполняется, если услуга оплачивается в рамках МУВР. 1 – ДА, 0 - НЕТ
	MUVR_LPU	У	T(6)	Код МО плательщика по МУВР	Заполняется, при MUVR=1
	PODR	Код отделения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/PODR Код ФАП, при USLOK=3
	PROFIL	Профиль медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/PROFIL
	DET	Признак детского профиля			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DET
	DATE_IN	Дата начала оказания услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DATE_IN
	DATE_OUT	Дата окончания оказания услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DATE_OUT
	ED_COL	У	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	Обязательно к заполнению для круглосуточного и дневного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2)
	DS	Диагноз			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DS
	CODE_USL	Код услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/CODE_USL
	POUH	О	N(1,0)	Признак госпитализации пациента с ухаживающим лицом	0 – Нет; 1 – Да. Для поликлиник всегда имеет значение 0.
	ZAK	О	N(1.0)	Признак законченности случая 0 – Нет; 1 – Да.	Только для стационарной МП
	KOL_USL	Количество услуг (кратность услуги)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/KOL_USL
	TARIF	Тариф			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/TARIF

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента			Идентификатор элемента в справочнике Q018
					L/TARIF
	SUMV_USL	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/SUMV_USL
	PRVS	O	N(4)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей (V021).
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	Заполняется в соответствии с территориальным справочником врачей.
	NPL	Неполный объем			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/NPL
	COMENTU	Служебное поле			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/COMENTU
	VID_VME	Вид медицинского вмешательства			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/VID_VME
	MED_DEV	Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/MED_DEV
	MR_USL_N	Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/MR_USL_N
Вид медицинского вмешательства					
VID_VME	IDVIDVME	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	
	KOD_VME	O	T(15)	Код вида вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа
	DATE_VME	O	D	Дата медицинского вмешательства	
	PRICE_VME	У	N(15.2)	Стоимость медицинского вмешательства	Указывается для услуг диализа
Сведения о медицинских изделиях, имплантируемых в организм человека					
MED_DEV	IDMEDDEV	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	DATE_MED	Дата установки медицинского изделия			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/MED_DEV/DATE_MED
	CODE_MEDDEV	Код вида медицинского изделия			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/MED_DEV/CODE_MEDDEV
	NUMBER_SER	Серийный номер			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/MED_DEV/NUMBER_SER
Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу					
MR_USL_N	MR_N	Номер по порядку			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/US

Код элемента	Имя элемента	Наименование элемента			Идентификатор элемента в справочнике Q018
					L/MR_USL_N/MR_N
	PRVS_MR_N	Специальность медработника, выполнившего услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/MR_USL_N/PRVS_MR_N
	CODE_MD_MR_N	Код медицинского работника, выполнившего медицинскую услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/MR_USL_N/CODE_MD_MR_N
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	Идентификатор санкции			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_CODE
	S_SUM	Сумма финансовой санкции			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_SUM
	S_TIP	Код вида контроля			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_TIP
	SL_ID	Идентификатор случая			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/SL_ID
	S_OSN	Код причины отказа (частичной) оплаты			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_OSN
	DATE_ACT	Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/DATE_ACT
	NUM_ACT	Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/NUM_ACT
	S_COM	Комментарий			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_COM
	S_IST	Источник			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_IST
	CODE_EXP	Код эксперта качества медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/CODE_EXP
Сведения об врачах					
VRACH	KOD	O	T(14)	Код врача	Указывается их справочника врачей МО
	FIO	O	T(60)	Ф.И.О. врача	
	LPU_1	O	T(6)	Подразделение МО	
	IDMSP	O	N(9)	Код специальности врача	Справочник V021

Таблица 1.2. Файл со сведениями об оказанной высокотехнологической медицинской помощи (файл типа «Т»)

Код элемента	Содержание элемента	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)			
ZL_LIST	ZGLV	Заголовок файла	ZL_LIST/ZGLV
	SCHET	Счёт	ZL_LIST/SCHET
	ZAP	Записи	ZL_LIST/ZAP
	VRACH	Врачи	Записи о медицинских работниках оказавшие медицинскую помощь
Заголовок файла			
ZGLV	VERSION	Версия взаимодействия	ZL_LIST/ZGLV/VERSION
	DATA	Дата	ZL_LIST/ZGLV/DATA
	FILENAME	Имя файла	ZL_LIST/ZGLV/FILENAME
	SIGNATURE	Электронная подпись медицинской организации	Электронная подпись медицинской организации, сформированная УЦ ФФОМС. В подписи участвуют все элементы ZAP и VRACH
	SD_Z	Указывается количество записей о случаях оказания медицинской помощи, включённых в файл.	ZL_LIST/ZGLV/SD_Z
Счёт			
SCHET	CODE	Код записи счета	ZL_LIST/SCHET/CODE
	CODE_MO	Реестровый номер медицинской организации	ZL_LIST/SCHET/CODE_M O
	YEAR	Отчетный год	ZL_LIST/SCHET/YEAR
	MONTH	Отчетный месяц	ZL_LIST/SCHET/MONTH
	NSCHET	Номер счёта	ZL_LIST/SCHET/NSCHET
	DSCHET	Дата выставления счёта	ZL_LIST/SCHET/DSCHET
	PLAT	Плательщик. Реестровый номер СМО.	ZL_LIST/SCHET/PLAT
	SUMMAV	Сумма счета, выставленная МО на оплату	ZL_LIST/SCHET/SUMMAV
	COMENTS	Служебное поле к счету	ZL_LIST/SCHET/COMENT S
	SUMMAP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/SCHET/SUMMAP
	SANK_MEK	Финансовые санкции (МЭК)	ZL_LIST/SCHET/SANK_ME K
	SANK_MEE	Финансовые санкции (МЭЭ)	ZL_LIST/SCHET/SANK_ME E
	SANK_EKMP	Финансовые санкции (ЭКМП)	ZL_LIST/SCHET/SANK_EK MP
Записи			
ZAP	N_ZAP	Номер позиции записи	ZL_LIST/ZAP/N_ZAP
	PR_NOV	Признак исправленной записи	ZL_LIST/ZAP/PR_NOV
	PACIENT	Сведения о пациенте	ZL_LIST/ZAP/PACIENT
	Z_SL	Сведения о законченном случае	ZL_LIST/ZAP/Z_SL
Сведения о пациенте			

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
PACIENT	ID_PAC	Код записи о пациенте			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ID_PAC
	VPOLIS	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/VPOLIS
	SPOLIS	Серия полиса старого образца			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS
	NPOLIS	Номер полиса старого образца или временного свидетельства			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/NPOLIS
	ST_OKATO	Регион страхования			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ST_OKATO
	SMO	Реестровый номер СМО.			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO
	SMO_OGRN	ОГРН СМО			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_OGRN
	ENP	У	T(16)	Единый номер полиса ОМС	Обязателен, при VPOLIS=3
	SMO_OK	ОКАТО территории страхования			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_NAM
	SMO_NAM	Наименование СМО			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_NAM
	MSE	Направление на МСЭ			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/MSE
	NOVOR	Признак новорождённого			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/NOVOR
	VNOV_D	Вес при рождении			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/VNOV_D
	INOGOR	О	N(1)	Признак "Иногородный"	Заполняется в соответствии: 0 - застрахованный Республики Дагестан 1 - застрахованный другого субъекта РФ.
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	Номер записи в реестре законченных случаев			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDCASE
	USL_OK	Условия оказания медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/USL_OK Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006_Reg).
	VIDPOM	Вид медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VIDPOM
	FOR_POM	Форма оказания медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/FOR_POM
	NPR_MO	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/NPR_MO Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии с

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
					региональным справочником МО (для застрахованных в других субъектах РФ 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. в условиях оказания амбулаторной помощи в соответствии с действующим Тарифным Соглашением (USL_OK =3) 4. в условиях оказания лабораторно-диагностической помощи (USL_OK =6)
	NPR_LPU	У	T(6)	Код подразделения МО, направившей на лечение	Заполнение обязательно в случаях оказания: В условиях оказания лабораторно-диагностической помощи (USL_OK =6)
	NPR_USL_OK	У	N(1)	Условие оказания МП	Условие МП, в направлении подразделения. Заполняется в случае заполнения поля NPR_LPU
	NPR_DATE	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/NPR_DATE
	LPU	Код МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/LPU Региональный реестр МО
	DATE_Z_1	Дата начала лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_1
	DATE_Z_2	Дата окончания лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_2
	KD_Z	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/KD_Z
	VNOV_M	Вес при рождении			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VNOV_M
	RSLT	Результат обращения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/RSLT Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009_Reg).
	ISHOD	Исход заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/ISHOD

Код элемента	Содержание элемента	Наименование	Дополнительная информация
			Классификатор исходов заболевания (V012_Reg).
	OS_SLUCH	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OS_SLUCH
	IDSP	Код способа оплаты медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDSP
	SUMV	Сумма, выставленная к оплате	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMV Согласно Тарифному соглашению может принимать значение 0
	OPLATA	Тип оплаты	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OPLATA
	SUMP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMP
	SANK_IT	Сумма санкций по законченному случаю	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK_IT
	SL	Сведения о случае	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL
	SANK	Сведения о санкциях	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK
Сведения о случае			
SL	SL_ID	Идентификатор случая	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/SL_ID
	VID_HMP	Вид высокотехнологичной медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/VID_HMP
	METOD_HMP	Метод высокотехнологичной медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/METOD_HMP
	LPU	Код МО	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LPU Региональный реестр МО
	LPU_1	Подразделение МО	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LPU_1 Региональный реестр МО
	PODR	Код отделения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PODR Код ФАП, при USLOK=3
	PROFIL	Профиль медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PROFIL
	PROFIL_K	Профиль койки	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PROFIL_K
	DET	Признак детского профиля	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DET
	TAL_D	Дата выдачи талона на ВМП	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/TAL_D
	TAL_NUM	Номер талона на ВМП	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/TAL_NUM
	TAL_P	Дата планируемой госпитализации	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/TAL_P
	NHISTORY	Номер истории болезни	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NHISTORY
	DATE_1	Дата начала лечения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DATE_1
	DATE_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DATE_2
	KD	Продолжительность	Обязательно к заполнению

Код элемента	Содержание элемента	Наименование	Дополнительная информация		
		госпитализации (койко-дни/ пациенто-дни)	для круглосуточного и дневного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2)		
	DS0	Диагноз первичный	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS0		
	DS1	Диагноз основной	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS1		
	DS2	Диагноз сопутствующего заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS2		
	DS3	Диагноз осложнения заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS3		
	C_ZAB	Характер основного заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/C_Z AB		
	DS_ONK	Признак подозрения на злокачественное новообразование	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS_ ONK		
	CODE_MES1	Код стандарта медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CO DE_MES1		
	CODE_MES2	Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CO DE_MES2		
	PRVS	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PRV S		
	VERS_SPEC	Код классификатора медицинских специальностей	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/VER S_SPEC		
	IDDOKT	Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/IDD OKT Территориальный справочник врачей.		
	ED_COL	Количество единиц оплаты медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ED_ COL		
	TARIF	Тариф	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/TAR IF		
	SUM_M	Стоимость случая, выставленная к оплате	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/SU M_M		
	COMENTSL	Служебное поле	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CO MENTSL		
	NAPR	Сведения об оформлении направления	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAP R		
	CONS	Сведения о проведении консилиума	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CO NS		
	ONK_SL	Сведения о случае лечения онкологического заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL		
	USL	Сведения об услуге	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL		
Сведения об оформлении направления					
NAPR	IDNAPR	О	Т(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	NAPR_DATE	Дата направления			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAP R/NAPR_DATE
	NAPR_MO	Код МО, куда оформлено направление			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAP R/NAPR_MO Региональный реестр МО Заполнение обязательно в случаях оформления

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
					направления в другую МО
	NAPR_V	Вид направления			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAPR/NAPR_V
	MET_ISSL	Метод диагностического исследования			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAPR/MET_ISSL
	NAPR_USL	Медицинская услуга (код), указанная в направлении			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAPR/NAPR_USL
Сведения о проведении консилиума					
CONS	IDCONS	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	PR_CONS	Цель проведения консилиума			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CONS/PR_CONS
	DT_CONS	Дата проведения консилиума			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CONS/DT_CONS
Сведения о случае лечения онкологического заболевания					
ONK_SL	IDONKSL	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	DS1_T	Повод обращения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/DS1_T
	STAD	Стадия заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/STAD
	ONK_T	Значение Tumor			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_T
	ONK_N	Значение Nodus			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_N
	ONK_M	Значение Metastasis			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_M
	MTSTZ	Признак выявления отдалённых метастазов			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/MTSTZ
	SOD	Суммарная очаговая доза			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/SOD
	K_FR	Количество фракций проведения лучевой терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/K_FR
	WEI	Масса тела (кг)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/WEI
	HEI	Рост (см)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/HEI
	BSA	Площадь поверхности тела (м ²)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/BSA
	B_DIAG	Диагностический блок			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_DIAG
	B_PROT	Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_PROT
	ONK_USL	Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL
Диагностический блок					
B_DIAG	IDBDIAG	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
	DIAG_DATE	Дата взятия материала			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/B_DIAG/DIAG_DATE
	DIAG_TIP	Тип диагностического показателя			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/B_DIAG/DIAG_TIP
	DIAG_CODE	Код диагностического показателя			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/B_DIAG/DIAG_CODE
	DIAG_RSLT	Код результата диагностики			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/B_DIAG/DIAG_RSLT
	REC_RSLT	Признак получения результата диагностики			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/B_DIAG/REC_RSLT
Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах					
B_PROT	IDBPROT	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	PROT	Код противопоказания или отказа			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/B_PROT/PROT
	D_PROT	Дата регистрации противопоказания или отказа			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/B_PROT/D_PROT
Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания					
ONK_USL	IDONKUSL	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	USL_TIP	Тип услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/ONK_USL/USL_TIP
	HIR_TIP	Тип хирургического лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/ONK_USL/HIR_TIP
	LEK_TIP_L	Линия лекарственной терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/ONK_USL/LEK_TIP_L
	LEK_TIP_V	Цикл лекарственной терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/ONK_USL/LEK_TIP_V
	PPTR	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/ONK_USL/PPTR
	LUCH_TIP	Тип лучевой терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/ONK_USL/LUCH_TIP
	LEK_PR	Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/ONK_USL/LEK_PR
Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате					
LEK_PR	IDLEKPR	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	REGNUM	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/ONK_USL/LEK_PR/REGNUM
	CODE_SH	Код схемы лекарственной терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON K_SL/ONK_USL/LEK_PR/CODE_SH
	DATE_INJ	Дата введения лекарственного			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ON

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
		препарата			K_SL/ONK_USL/LEK_PR/D ATE_INJ
	LEKTYPE	У	N(1)	Отметка получения лекарственного препарата по системам дополнительного льготного обеспечения, регионального льготного обеспечения.	1- дополнительное льготное обеспечение (федеральная льгота) 2 - региональное льготное обеспечение (региональная льгота)
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	Номер записи в реестре услуг			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL /IDSERV
	LPU	Код МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL /LPU Региональный реестр МО
	LPU_1	Подразделение МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL /LPU_1 Региональный реестр МО
	MUVR	У	N(1)	Услуга МУВР	Заполняется, если услуга оплачивается в рамках МУВР. 1 – ДА, 0 - НЕТ
	MUVR_LPU	У	T(6)	Код МО плательщика по МУВР	Заполняется, при MUVR=1
	PODR	Код отделения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL /PODR Код ФАП, при USLOK=3
	PROFIL	Профиль медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL /PROFIL
	DET	Признак детского профиля			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL /DET
	DATE_IN	Дата начала оказания услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL /DATE_IN
	DATE_OUT	Дата окончания оказания услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL /DATE_OUT
	ED_COL	Количество единиц оплаты медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ED_ COL
	DS	Диагноз			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL /DS
	CODE_USL	Код услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL /CODE_USL
	POUH	О	N(1,0)	Признак госпитализации пациента с ухаживающим лицом 0 – Нет;	Для поликлиник всегда имеет значение 0.

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
				1 – Да.	
	ZAK	О	N(1.0)	Признак законченности случая 0 – Нет; 1 – Да.	Только для стационарной МП
	KOL_USL	Количество услуг (кратность услуги)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/KOL_USL
	TARIF	Тариф			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/TARIF
	SUMV_USL	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/SUMV_USL
	PRVS	Специальность медработника, выполнившего услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/PRVS
	CODE_MD	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/CODE_MD В соответствии с территориальным справочником
	COMENTU	Служебное поле			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/COMENTU
	VID_VME	Вид медицинского вмешательства			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/VID_VME
Вид медицинского вмешательства					
VID_VME	IDVIDVME	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	
	KOD_VME	О	T(15)	Код вида вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа
	DATE_VME	О	D	Дата медицинского вмешательства	
	PRICE_VME	У	N(15.2)	Стоимость медицинского вмешательства	Указывается для услуг диализа
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	Идентификатор санкции			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_CODE
	S_SUM	Сумма финансовой санкции			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_SUM
	S_TIP	Код вида контроля			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_TIP
	SL_ID	Идентификатор случая			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/SL_ID
	S_OSN	Код причины отказа (частичной) оплаты			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_OSN
	DATE_ACT	Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/DATE_ACT
	NUM_ACT	Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
					NUM_ACT
	CODE_EXP	Код эксперта качества медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/ CODE_EXP
	S_COM	Комментарий			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/ S_COM
	S_IST	Источник			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/ S_IST
Сведения об врачах					
VRACH	KOD	O	T(14)	Код врача	Указывается из справочника врачей МО
	FIO	O	T(60)	Ф.И.О. врача	
	LPU_1	O	T(6)	Подразделение МО	
	IDMSP	O	N(9)	Код специальности врача	Справочник V021

Таблица 1.3. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения (файл типа «D»)

Код элемента	Содержание элемента	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)			
ZL_LIST	ZGLV	Заголовок файла	ZL_LIST/ZGLV
	SCHET	Счёт	ZL_LIST/SCHET
	ZAP	Записи	ZL_LIST/ZAP
	VRACH	Врачи	Записи о медицинских работниках оказавшие медицинскую помощь
Заголовок файла			
ZGLV	VERSION	Версия взаимодействия	ZL_LIST/ZGLV/VERSION
	DATA	Дата	ZL_LIST/ZGLV/DATA
	FILENAME	Имя файла	ZL_LIST/ZGLV/FILENAME
	SIGNATURE	Электронная подпись медицинской организации	Электронная подпись медицинской организации, сформированная УЦ ФФОМС. В подписи участвуют все элементы ZAP и VRACH
	SD_Z	Количество записей в файле	ZL_LIST/ZGLV/SD_Z
Счёт			
SCHET	CODE	Код записи счета	ZL_LIST/SCHET/CODE
	CODE_MO	Реестровый номер медицинской организации	ZL_LIST/SCHET/CODE_MO
	YEAR	Отчетный год	ZL_LIST/SCHET/YEAR
	MONTH	Отчетный месяц	ZL_LIST/SCHET/MONTH
	NSCHET	Номер счёта	ZL_LIST/SCHET/NSCHET
	DSCHET	Дата выставления счёта	ZL_LIST/SCHET/DSCHET
	PLAT	Плательщик. Реестровый номер СМО	ZL_LIST/SCHET/PLAT
	SUMMAV	Сумма счета, выставленная МО на оплату	ZL_LIST/SCHET/SUMMAV
	COMENTS	Служебное поле к счету	ZL_LIST/SCHET/COMENTS
	SUMMAP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/SCHET/SUMMAP
	SANK_MEK	Финансовые санкции (МЭК)	ZL_LIST/SCHET/SANK_MEK
	SANK_MEE	Финансовые санкции (МЭЭ)	ZL_LIST/SCHET/SANK_MEE
	SANK_EKMP	Финансовые санкции (ЭКМП)	ZL_LIST/SCHET/SANK_EKMP
	DISP	Тип диспансеризации	ZL_LIST/SCHET/DISP
Записи			
ZAP	N_ZAP	Номер позиции записи	ZL_LIST/ZAP/N_ZAP
	PR_NOV	Признак исправленной записи	ZL_LIST/ZAP/PR_NOV
	PACIENT	Сведения о пациенте	ZL_LIST/ZAP/PACIENT
	Z_SL	Сведения о законченном случае	ZL_LIST/ZAP/Z_SL
Сведения о пациенте			

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
PACIENT	ID_PAC	Код записи о пациенте			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ID_PAC
	VPOLIS	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/VPOLIS
	SPOLIS	Серия полиса старого образца			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS
	NPOLIS	Номер полиса старого образца или временного свидетельства			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/NPOLIS
	ST_OKATO	Регион страхования			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ST_OKATO
	SMO	Реестровый номер СМО.			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO
	SMO_OGRN	ОГРН СМО			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_OGRN
	ENP	У	Т(16)	Единый номер полиса ОМС	Обязателен, при VPOLIS=3
	SMO_OK	ОКАТО территории страхования			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_OK
	SMO_NAM	Наименование СМО			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_NAM
	INV	Группа инвалидности			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/INV
	MSE	Направление на МСЭ			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/MSE
	NOVOR	Признак новорождённого			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/NOVOR
	VNOV_D	Вес при рождении			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/VNOV_D
	INOGOR	О	N(1)	Признак "Иногородный"	Заполняется в соответствии: 0 - застрахованный Республики Дагестан 1 - застрахованный другого субъекта РФ.
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	Номер записи в реестре законченных случаев			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDCASE
	VIDPOM	Вид медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VIDPOM
	LPU	Код МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/LPU Региональный реестр МО
	VBR	Признак мобильной медицинской бригады			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VBR
	RSLT	Результат обращения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/RSLT Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009_Reg).

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
	ISHOD	Исход заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/ISHOD Классификатор исходов заболевания (V012_Reg).
	DATE_Z_1	Дата начала лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_1
	DATE_Z_2	Дата окончания лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_2
	P_OTK	Признак отказа			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/P_OTK
	RSLT_D	Результат диспансеризации			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/RSLT_D
	OS_SLUCH	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OS_SLUCH
	IDSP	Код способа оплаты медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDSP
	MKB_O	У	T(10)	Код диагноза в соответствии с международной классификацией болезней - онкология (МКБ-О), 3 издание	<p>Полный код МКБ-О должен иметь 10 цифр или символов для обозначения топографии (4 символа), морфологического типа (4 цифры), характера (1 цифра) и класса или дифференцировки новообразования, или его эквивалента в лейкозах и лимфомах (1 цифра) установления в соответствии с медицинской документацией.</p> <p>Заполняется при DS1_PR=1 (впервые выявленный)</p> <p>Диагноз 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).</p>
	KOD_T	У	N(5)	Значение код Tumor	Согласно справочнику Росминздрава – TNM Стадирование злокачественных опухолей (1.2.643.5.1.13.13.99.2.546) Заполняется при
	KOD_N	У	N(5)	Значение код Nodus	
	KOD_M	У	N(5)	Значение код Metastasis	

Код элемента	Содержание элемента	Наименование		Дополнительная информация
				DS1_PR=1 (впервые выявленный) Диагноз 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)
	DATE_DS	У	D	Дата постановки диагноза впервые выявленного у пациента онкологического заболевания В формате ГГГГ-ММ-ДД DS1_PR=1 (впервые выявленный) Диагноз 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).
	LPU_DS	У	T(6)	Код МО, в которой поставлен диагноз впервые выявленного у пациента онкологического заболевания Региональный реестр МО Заполняется при заполнении DATE_DS
	DATE_DN	У	D	Дата постановки пациента с онкологическим заболеванием на диспансерное наблюдение В формате ГГГГ-ММ-ДД Заполняется при заполнении DATE_DS
	SUMV	Сумма, выставленная к оплате		ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMV Согласно Тарифному соглашению может принимать значение 0
	OPLATA	Тип оплаты		ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OPLATA
	SUMP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)		ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMP
	SANK_IT	Сумма санкций по законченному случаю		ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK_IT

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
	SL	Сведения о случае			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL
	SANK	Сведения о санкциях			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK
Сведения о случае					
SL	SL_ID	Идентификатор случая			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LP U
	LPU	Код МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LP U Региональный реестр МО
	LPU_1	Подразделение МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LP U_1 Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	О	N (3)	Профиль медицинской помощи	
	DET	Признак детского профиля			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DE T
	NHISTORY	Номер карты			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NH ISTORY
	NAZ_SNDOKT	У	T(14)	СНИЛС медицинского работника, назначившего диагностическое исследование	СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.
	DISP	О	T(3)	Тип диспансеризации	
	DATE_1	Дата начала лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DA TE_1
	DATE_2	Дата окончания лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DA TE_2
	DS1	Диагноз основной			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS 1
	DS1_PR	Установлен впервые (основной)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS 1_PR
	DS_ONK	Признак подозрения на злокачественное новообразование			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS _ONK
	PR_D_N	Диспансерное наблюдение			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PR _D_N
	IDDOKT	О	T(25)	Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)	Региональный справочник врачей.
	ED_COL	Количество единиц оплаты медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ED _COL
	TARIF	Тариф			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/TA RIF
	SUM_M	Сумма, выставленная к оплате			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/SU M_M
	COMENTSL	Служебное поле			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CO MENTSL

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
	DS2_N	Сопутствующие заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS2_N
	NAZ	Назначения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAZ
	USL	Сведения об услуге			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL
Сопутствующие заболевания					
DS2_N	DS2	Диагноз сопутствующего заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS2_N/DS2
	DS2_PR	Установлен впервые (сопутствующий)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS2_N/DS2_PR
	PR_DS2_N	Диспансерное наблюдение			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS2_N/PR_DS2_N
Назначения					
NAZ	IDNAZ	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	NAZ_N	Номер по порядку			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAZ/NAZ_N
	NAZ_R	Вид назначения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAZ/NAZ_R
	NAZ_SP	Специальность врача			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAZ/NAZ_SP
	NAZ_IDDOKT	О	T(25)	Код медицинского работника, выдавшего направление	Региональный справочник
	NAZ_V	Метод диагностического исследования			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAZ/NAZ_V
	NAZ_DATE	У	D	Плановая назначенная дата проведения диагностического исследования	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	NAZ_USL	Медицинская услуга (код), указанная в направлении			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAZ/NAZ_USL
	NAPR_DATE	Дата направления			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAZ/NAPR_DATE
	NAPR_MO	Код МО, куда оформлено направление			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAZ/NAPR_MO Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии с Региональным справочником, 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

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
					DS_ONK=1)
	NAZ_PMP	Профиль медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAZ/NAZ_PMP.
	NAZ_PK	Профиль койки			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NAZ/NAZ_PK
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	Номер записи в реестре услуг			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/IDSERV
	LPU	Код МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/LPU Региональный реестр МО
	LPU_1	Подразделение МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/LPU_1 Региональный реестр МО
	MUVR	У	N(1)	Услуга МУВР	Заполняется, если услуга оплачивается в рамках МУВР. 1 – ДА, 0 - НЕТ
	MUVR_LPU	У	T(6)	Код МО плательщика по МУВР	Заполняется, при MUVR=1
	DATE_USL	У	D	Дата назначения услуги (диагностического исследования)	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATE_IN	Дата начала оказания услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DATE_IN
	DATE_OUT	Дата окончания оказания услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DATE_OUT
	P_OTK	Признак отказа от услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/P_OTK
	CODE_USL	Код услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/CODE_USL Территориальный классификатор услуг
	TARIF	Тариф			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/TARIF
	SUMV_USL	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/SUMV_USL
	PRVS	Специальность медработника, выполнившего услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/PRVS
	CODE_MD	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/CODE_MD В соответствии с территориальным справочником
	DIR2	О	N(1.0)	Статус направления на 2-этап диспансеризации	Заполняется в соответствии со значениями. 0 – отсутствие направления на 2 этап ПМ; 1 – направлен на 2 этап

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
					ПМ;
	GR_ZDOROV	O	N(1.0)	Группа здоровья по результатам проведения диспансеризации	
	STUDENT	O	N(1.0)	Статус является ли пациент учащимся очной формы обучения	Заполняется в соответствии со значениями. 0 – не является учащимся очной формы обучения; 1 – является учащимся очной формы обучения;
	COMENTU	Служебное поле			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/COMENTU
	VID_DISP	YM	S	Вид медицинской услуги	Обязательно к заполнению: - для услуг, относящихся к диспансеризации
	MR_USL_N	OM	S	Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу	
Сведения о диспансеризации					
VID_DISP	IDVIDDISP	O	T(36)	Код оказанной услуги в рамках проведения диспансеризации	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (Росминздрав OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1070).
	DATE_DISP	O	D	Дата оказания услуги в рамках проведения диспансеризации	В формате ГГГГ-ММ-ДД
Сведения о медицинских работниках, выполнивших услугу					
MR_USL_N	MR_N	Номер по порядку			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/MR_USL_N/MR_N
	PRVS_MR_N	Специальность медработника, выполнившего услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/MR_USL_N/PRVS_MR_N
	CODE_MD_MR_N	Код медицинского работника, выполнившего медицинскую услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/MR_USL_N/CODE_MD_MR_N
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	Идентификатор санкции			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_CODE
	S_SUM	Сумма финансовой санкции			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
					/S_SUM
	S_TIP	Код вида контроля			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_TIP
	SL_ID	Идентификатор случая			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/SL_ID
	S_OSN	Код причины отказа (частичной) оплаты			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_OSN
	DATE_ACT	Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/DATE_ACT
	NUM_ACT	Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/NUM_ACT
	CODE_EXP	Код эксперта качества медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/CODE_EXP
	S_COM	Комментарий			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_COM
	S_IST	Источник			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_IST
Сведения об врачах					
VRACH	KOD	О	T(14)	Код врача	Указывается их справочника врачей МО
	FIO	О	T(60)	Ф.И.О. врача	
	LPU_1	О	T(6)	Подразделение МО	
	IDMSP	О	N(9)	Код специальности врача	Справочник V021

Таблица 1.4. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (файл типа «С»)

Код элемента	Содержание элемента	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)			
ZL_LIST	ZGLV	Заголовок файла	ZL_LIST/ZGLV
	SCHET	Счёт	ZL_LIST/SCHET
	ZAP	Записи	ZL_LIST/ZAP
	VRACH	Врачи	Записи о медицинских работниках оказавшие медицинскую помощь
Заголовок файла			
ZGLV	VERSION	Версия взаимодействия	ZL_LIST/ZGLV/VERSION
	DATA	Дата	ZL_LIST/ZGLV/DATA
	FILENAME	Имя файла	ZL_LIST/ZGLV/FILENAME
	SIGNATURE	Электронная подпись медицинской организации	Электронная подпись медицинской организации, сформированная УЦ ФФОМС. В подписи участвуют все элементы ZAP и VRACH
	SD_Z	Количество записей в файле	ZL_LIST/ZGLV/SD_Z
Счёт			
SCHET	CODE	Код записи счета	ZL_LIST/SCHET/CODE
	CODE_MO	Реестровый номер медицинской организации	ZL_LIST/SCHET/CODE_MO
	YEAR	Отчетный год	ZL_LIST/SCHET/YEAR
	MONTH	Отчетный месяц	ZL_LIST/SCHET/MONTH
	NSCHET	Номер счёта	ZL_LIST/SCHET/NSCHET
	DSCHET	Дата выставления счёта	ZL_LIST/SCHET/DSCHET
	PLAT	Плательщик. Реестровый номер СМО.	ZL_LIST/SCHET/PLAT
	SUMMAV	Сумма счета, выставленная МО на оплату	ZL_LIST/SCHET/SUMMAV
	COMENTS	Служебное поле к счету	ZL_LIST/SCHET/COMENTS
	SUMMAP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/SCHET/SUMMAP
	SANK_MEK	Финансовые санкции (МЭК)	ZL_LIST/SCHET/SANK_MEK
	SANK_MEE	Финансовые санкции (МЭЭ)	ZL_LIST/SCHET/SANK_MEE
	SANK_EKMP	Финансовые санкции (ЭКМП)	ZL_LIST/SCHET/SANK_EKMP
Записи			
ZAP	N_ZAP	Номер позиции записи	ZL_LIST/ZAP/N_ZAP
	PR_NOV	Признак исправленной записи	ZL_LIST/ZAP/PR_NOV
	PACIENT	Сведения о пациенте	ZL_LIST/ZAP/PACIENT

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
	Z_SL	Сведения о законченном случае			ZL_LIST/ZAP/Z_SL
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	Код записи о пациенте			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ID_PAC
	VPOLIS	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/VPOLIS
	SPOLIS	Серия полиса старого образца			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SPOLIS
	NPOLIS	Номер полиса старого образца или временного свидетельства			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/NPOLIS
	ST_OKATO	Регион страхования			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/ST_OKATO
	SMO	Реестровый номер СМО.			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO
	SMO_OGRN	ОГРН СМО			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_OGRN
	ENP	У	T(16)	Единый номер полиса ОМС	Обязателен, при VPOLIS=3
	SMO_OK	ОКАТО территории страхования			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_OK
	SMO_NAM	Наименование СМО			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/SMO_NAM
	INV	Группа инвалидности			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/INV
	MSE	Направление на МСЭ			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/MSE
	NOVOR	Признак новорождённого			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/NOVOR
	VNOV_D	Вес при рождении			ZL_LIST/ZAP/PACIENT/VNOV_D
	INOGOR	О	N(1)	Признак "Иногородный"	Заполняется в соответствии: 0 - застрахованный Республики Дагестан 1 - застрахованный другого субъекта РФ.
Сведения о законченном случае					
Z_SL	IDCASE	Номер записи в реестре законченных случаев			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDCASE
	USL_OK	Условия оказания медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/USL_OK Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006_Reg).
	VIDPOM	Вид медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VIDPOM
	FOR_POM	Форма оказания медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/FOR_POM
	NPR_MO	Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию,			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/NPR_MO

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
		госпитализацию)			Региональный реестр МО. (для застрахованных в других субъектах РФ заполняется в соответствии со справочником F032).
	NPR_LPU	У	T(6)	Код подразделения МО, направившей на лечение	Заполнение обязательно в случаях оказания: В условиях оказания лабораторно-диагностической помощи (USL_OK =6)
	NPR_USL_OK	У	N(1)	Условие оказания МП	Условие МП, в направлении подразделения. Заполняется в случае заполнения поля NPR_LPU
	NPR_DATE	Дата направления на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/NPR_DATE
	LPU	Код МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/LPU Региональный реестр МО
	DATE_Z_1	Дата начала лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_1
	DATE_Z_2	Дата окончания лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/DATE_Z_2
	KD_Z	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/KD_Z
	VNOV_M	Вес при рождении			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VNOV_M
	RSLT	Результат обращения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/RSLT Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009_Reg).
	ISHOD	Исход заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/ISHOD Классификатор исходов заболевания (V012_Reg).
	OS_SLUCH	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OS_SLUCH
	VB_P	Признак внутрибольничного перевода			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/VB_P
	IDSP	Код способа оплаты медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/IDSP
	SUMV	Сумма, выставленная к оплате			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMV Согласно Тарифному соглашению может принимать значение 0
	OPLATA	Тип оплаты			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/OPLATA

Код элемента	Содержание элемента	Наименование	Дополнительная информация
			ТА
	SUMP	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SUMP
	SANK_IT	Сумма санкций по законченному случаю	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK_IT
	SL	Сведения о случае	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL
	SANK	Сведения о санкциях	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK
Сведения о случае			
SL	SL_ID	Идентификатор случая	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/SL_ID
	LPU	Код МО	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LPU Региональный реестр МО
	LPU_1	Подразделение МО	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/LPU_1 Региональный реестр МО
	PODR	Код отделения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PODR Код ФАП, при USLOK=3
	PROFIL	Профиль медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PROFIL
	PROFIL_K	Профиль койки	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/PROFIL_K
	DET	Признак детского профиля	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DET
	P_CEL	Цель посещения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/P_CEL. Обязательно к заполнению только для амбулаторной помощи (USL_OK= 3,5,6)
	NHISTORY	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/NHISTORY
	P_PER	Признак поступления/ перевода	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/P_PER
	DATE_1	Дата начала лечения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DATE_1
	DATE_2	Дата окончания лечения	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DATE_2
	KD	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/KD
	DS0	Диагноз первичный	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS0
	DS1	Диагноз основной	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS1
	DS2	Диагноз сопутствующего заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS2
	DS3	Диагноз осложнения заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/DS3
	C_ZAB	Характер основного заболевания	ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/C

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
					_ZAB
	DS_ONK	Признак подозрения на злокачественное новообразование			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/D S_ONK
	DN	Диспансерное наблюдение			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/D N
	CODE_MES1	Код стандарта медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/C ODE_MES1
	CODE_MES2	Код стандарта медицинской помощи сопутствующего заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/C ODE_MES2
	REAB	Признак реабилитации			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/R EAB
	PRVS	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/P RVS
	VERS_SPEC	Код классификатора медицинских специальностей			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/V ERS_SPEC
	IDDOKT	Код лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ID DOKT
	ED_COL	Количество единиц оплаты медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/E D_COL
	TARIF	Тариф			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/T ARIF
	SUM_M	Стоимость случая, выставленная к оплате			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/S UM_M
	COMENTSL	Служебное поле			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/C OMENTSL
	KSG_KPG	Сведения о КСГ/КПГ			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG
	NAPR	Сведения об оформлении направления			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/N APR
	CONS	Сведения о проведении консилиума			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/C ONS
	ONK_SL	Сведения о случае лечения онкологического заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/O NK_SL
	USL	Сведения об услуге			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/U SL
Сведения о КСГ/КПГ					
KSG_KPG	IDKSGKPG	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	N_KSG	Номер КСГ			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/N_KSG
	VER_KSG	Модель определения КСГ			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/VER_KSG
	KSG_PG	Признак использования подгруппы КСГ			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/KSG_PG
	N_KPG	Номер КПГ			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/N_KPG
	KOEF_Z	Коэффициент затратноности			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/KOEF_Z
	KOEF_UP	Управленческий коэффициент			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/KOEF_UP

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
	BZTSZ	Базовая ставка			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/BZTSZ
	KOEF_D	Коэффициент дифференциации			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/KOEF_D
	KOEF_U	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/KOEF_U
	CRIT	Классификационный критерий			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/CRIT
	SL_K	Признак использования КСЛП			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/SL_K
	IT_SL	Применённый коэффициент сложности лечения пациента			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/IT_SL
	SL_KOEF	Коэффициенты сложности лечения пациента			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/SL_KOEF
Коэффициенты сложности лечения пациента					
SL_KOEF	IDSLKOEF	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	IDSL	Номер коэффициента сложности лечения пациента			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/SL_KOEF/IDSL В соответствии с региональным справочником K009
	Z_SL	Значение коэффициента сложности лечения пациента			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/K SG_KPG/SL_KOEF/Z_SL В соответствии с региональным справочником K009
Сведения об оформлении направления					
NAPR	IDNAPR	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	NAPR_DATE	Дата направления			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/N APR/NAPR_DATE
	NAPR_MO	Код МО, куда оформлено направление			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/N APR/NAPR_MO Региональный реестр МО. Заполнение обязательно в случаях оформления направления в другую МО
	NAPR_V	Вид направления			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/N APR/NAPR_V
	MET_ISSL	Метод диагностического исследования			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/N APR/MET_ISSL
	NAPR_USL	Медицинская услуга (код), указанная в направлении			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/N APR/NAPR_USL
Сведения о проведении консилиума					
CONS	IDCONS	О	T(36)	Уникальный идентификатор	128-битный идентификатор GUID

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
				атор записи	
	PR_CONS	Цель проведения консилиума			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CONS/PR_CONS
	DT_CONS	Дата проведения консилиума			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/CONS/DT_CONS
Сведения о случае лечения онкологического заболевания					
ONK_SL	IDONKSL	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	DS1_T	Повод обращения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/DS1_T
	STAD	Стадия заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/STAD
	ONK_T	Значение Tumor			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_T
	ONK_N	Значение Nodus			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_N
	ONK_M	Значение Metastasis			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_M
	MTSTZ	Признак выявления отдалённых метастазов			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/MTSTZ
	SOD	Суммарная очаговая доза			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/SOD
	K_FR	Количество фракций проведения лучевой терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/K_FR
	WEI	Масса тела (кг)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/WEI
	HEI	Рост (см)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/HEI
	BSA	Площадь поверхности тела (м ²)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/BSA
	B_DIAG	Диагностический блок			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_DIAG
	B_PROT	Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_PROT
	ONK_USL	Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL
Диагностический блок					
B_DIAG	IDBDIAG	О	T(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	DIAG_DATE	Дата взятия материала			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_DIAG/DIAG_DATE
	DIAG_TIP	Тип диагностического показателя			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_DIAG/DIAG_TIP
	DIAG_CODE	Код диагностического показателя			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_DIAG/DIAG_CODE

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
	DIAG_RSLT	Код результата диагностики			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_DIAG/DIAG_RSLT.
	REC_RSLT	Признак получения результата диагностики			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_DIAG/REC_RSLT
Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах					
B_PROT	IDBPROT	О	Т(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	PROT	Код противопоказания или отказа			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_PROT/PROT
	D_PROT	Дата регистрации противопоказания или отказа			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/B_PROT/D_PROT
Сведения об услуге при лечении онкологического заболевания					
ONK_USL	IDONKUSL	О	Т(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	USL_TIP	Тип услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL/USL_TIP
	HIR_TIP	Тип хирургического лечения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL/HIR_TIP
	LEK_TIP_L	Линия лекарственной терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL/LEK_TIP_L
	LEK_TIP_V	Цикл лекарственной терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL/LEK_TIP_V
	PPTR	Признак проведения профилактики тошноты и рвотного рефлекса			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL/PPTR
	LUCH_TIP	Тип лучевой терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL/LUCH_TIP
	LEK_PR	Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL/LEK_PR
Сведения о введенном противоопухолевом лекарственном препарате					
LEK_PR	IDLEKPR	О	Т(36)	Уникальный идентификатор записи	128-битный идентификатор GUID
	REGNUM	Идентификатор лекарственного препарата, применяемого при проведении лекарственной противоопухолевой терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL/LEK_PR/REGNUM
	CODE_SH	Код схемы лекарственной терапии			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL/LEK_PR/CODE_SH

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
	DATE_INJ	Дата введения лекарственного препарата			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/ONK_SL/ONK_USL/LEK_PR/DATE_INJ
Сведения об услуге					
USL	IDSERV	Номер записи в реестре услуг			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/IDSERV
	LPU	Код МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/LPU Региональный реестр МО
	LPU_1	Подразделение МО			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/LPU_1 Региональный реестр МО
	MUVR	У	N(1)	Услуга МУВР	Заполняется, если услуга оплачивается в рамках МУВР. 1 – ДА, 0 - НЕТ
	MUVR_LPU	У	T(6)	Код МО плательщика по МУВР	Заполняется, при MUVR=1
	PODR	Код отделения			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/PODR Код ФАП, при USLOK=3
	PROFIL	Профиль медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/PROFIL
	DET	Признак детского профиля			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DET
	DATE_IN	Дата начала оказания услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DATE_IN
	DATE_OUT	Дата окончания оказания услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DATE_OUT
	ED_COL	У	N(3)	Продолжительность госпитализации (койко-дни/пациенто-дни)	Обязательно к заполнению для круглосуточного и дневного стационара (USL_OK=1 или USL_OK=2)
	DS	Диагноз			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/DS
	CODE_USL	Код услуги			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/CODE_USL Заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг.
	POUH	О	N(1,0)	Признак госпитализации пациента с ухаживающим лицом	0 – Нет; 1 – Да. Для поликлиник всегда имеет значение 0.
	ZAK	О	N(1.0)	Признак законченности случая	Только для стационарной МП

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
				0 – Нет; 1 – Да.	
	KOL_USL	Количество услуг (кратность услуги)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/KOL_USL
	TARIF	Тариф			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/TARIF
	SUMV_USL	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/SUMV_USL
	PRVS	Специальность медработника, выполнившего услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/PRVS
	CODE_MD	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/CODE_MD Заполняется в соответствии с территориальным справочником.
	NPL	Неполный объём			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/NPL
	COMENTU	Служебное поле			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/COMENTU
	VID_VME	Вид медицинского вмешательства			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SL/USL/VID_VME
Вид медицинского вмешательства					
VID_VME	IDVIDVME	Уникальный идентификатор записи			
	KOD_VME	О	T(15)	Код вида вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001), в том числе для услуг диализа
	DATE_VME	О	D	Дата медицинского вмешательства	
	PRICE_VME	У	N(15.2)	Стоимость медицинского вмешательства	Указывается для услуг диализа
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	Идентификатор санкции			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_CODE
	S_SUM	Сумма финансовой санкции			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_SUM
	S_TIP	Код вида контроля			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_TIP
	SL_ID	Идентификатор случая			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/SL_ID
	S_OSN	Код причины отказа (частичной) оплаты			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/S_OSN
	DATE_ACT	Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/DATE_ACT
	NUM_ACT	Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/NUM_ACT
	CODE_EXP	Код эксперта качества медицинской помощи			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SANK/CODE_EXP

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
	S_COM	Комментарий			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SAN K/S_COM
	S_IST	Источник			ZL_LIST/ZAP/Z_SL/SAN K/S_IST
Сведения об врачах					
VRACH	KOD	O	T(14)	Код врача	Указывается из справочника врачей МО
	FIO	O	T(60)	Ф.И.О. врача	
	LPU_1	O	T(6)	Подразделение МО	
	IDMSP	O	N(9)	Код специальности врача	Справочник V021

Таблица 1.5. Файл со сведениями о персональных данных (Файл типа «L»)

Код элемента	Содержание элемента	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)			
PERS_LIST	ZGLV	Заголовок файла	PERS_LIST/ZGLV
	PERS	Данные	PERS_LIST/PERS
Заголовок файла			
ZGLV	VERSION	Версия взаимодействия	PERS_LIST/ZGLV/VERSION
	DATA	Дата	PERS_LIST/ZGLV/DATE
	FILENAME	Имя файла	PERS_LIST/ZGLV/FILENAME
	FILENAME1	Имя основного файла	PERS_LIST/ZGLV/FILENAME1
Данные			
PERS	ID_PAC	Код записи о пациенте	PERS_LIST/PERS/ID_PAC
	VPOLIS	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	FAM	Фамилия пациента	PERS_LIST/PERS/FAM
	IM	Имя пациента	PERS_LIST/PERS/IM
	OT	Отчество пациента	PERS_LIST/PERS/OT
	W	Пол пациента	PERS_LIST/PERS/W
	DR	Дата рождения пациента	PERS_LIST/PERS/DR
	DOST	Код надёжности идентификации пациента	PERS_LIST/PERS/DOST
	PHONE	Номер телефона пациента	PERS_LIST/PERS/PHONE
	FAM_P	Фамилия представителя пациента	PERS_LIST/PERS/FAM_P
	IM_P	Имя представителя пациента	PERS_LIST/PERS/IM_P
	OT_P	Отчество представителя пациента	PERS_LIST/PERS/OT_P
	W_P	Пол представителя пациента	PERS_LIST/PERS/W_P
	DR_P	Дата рождения представителя пациента	PERS_LIST/PERS/DR_P
	DOST_P	Код надёжности идентификации представителя	PERS_LIST/PERS/DOST_P
	MR	Место рождения пациента или представителя	PERS_LIST/PERS/MR
	DOCTYPE	Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	PERS_LIST/PERS/DOCTYPE
	DOC SER	Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	PERS_LIST/PERS/DOC SER
	DOC NUM	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	PERS_LIST/PERS/DOC NUM
	DOC DATE	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	PERS_LIST/PERS/DOC DATE
	DOC ORG	Наименование органа выдавшего	PERS_LIST/PERS/DOC ORG

Код элемента	Содержание элемента	Наименование			Дополнительная информация
		документ			G
	SNILS	СНИЛС			PERS_LIST/PERS/SNILS
	OKATOG	Код места жительства по OKATO			PERS_LIST/PERS/OKATOG
	OKATOP	Код места пребывания по OKATO			PERS_LIST/PERS/OKATOP
	COMENTP	Служебное поле			PERS_LIST/PERS/COMENTP
	ADRES	O	T(100)	Адрес фактического места жительства	Не структурированный.
	IDENT_SP	У	T(100)	Результат проверки страховой принадлежности	Формируется в информационной системе ТФОМС при передаче массивов в СМО.
	INOGOR	O	N(1)	Признак "Иногородный"	Заполняется в соответствии: 0 - застрахованный Республики Дагестан 1 - застрахованный другого субъекта РФ.
	MCOD	У	T(6)	Код подразделения МО, к которой прикреплено застрахованное лицо	Формируется в информационной системе ТФОМС при передаче массивов в СМО.

Приложение № 2
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО с результатами медико-экономического контроля в формате XML.

Таблица 2.1. Файл типа MEK_FOMS с информацией о санкциях, применённых к МО

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Сведения о примененных штрафных санкциях MEK_FOMS					
Корневой элемент (ERR)					
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	О	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	FAM	У	T(40)	Фамилия пациента	
	IM	У	T(40)	Имя пациента	
	OT	У	T(40)	Отчество пациента	
	DR	О	D	Дата рождения пациента	
	DATE_IN	О	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	О	D	Дата окончания оказания услуги	
	REFREASON	У	T(8)	Код санкции	
	CODE_USL	О	T(20)	Код услуги	
	SUM	О	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	
	SUMV	О	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	
	DS1	О	T(10)	Диагноз основной	
	MO	О	T(250)	Наименование МО	
	IDDOKT	О	T(25)	Код лечащего врача/ врача, закрывшего историю болезни	
	NHISTORY	О	T(50)	Номер карты	

				истории болезни	
	SHET	O	T (1)	Тип счета	
	IDSTRAX	O	T(36)	Идентификатор случая	
	IDSERV	O	T(36)	Идентификатор медицинской услуги	

Приложение №3
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО с результатами медико-экономического контроля в формате XML.

Таблица 3.1. Файл типа SANK_FOMS с информацией о санкциях, применённых к МО.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
Сведения о примененных штрафных санкциях SANK_FOMS					
Корневой элемент (ERR)					
	SHET	O	T (1)	Тип счета	
	IDCASE	O	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	IDSTRAX	O	T(36)	Идентификатор случая	
	IDSERV	O	T(36)	Идентификатор медицинской услуги	
	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.
	GLPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с региональным справочником.
	LPU	O	T(6)	Код МО	Подразделение МО лечения, указывается в соответствии с региональным справочником.
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006_Reg).
	MEK_OMS	У	N(16, 2)	Сумма санкций по	Заполняется при

				МЭК	наличии санкций по МЭК
	MEK_SHTR_TFOMS	У	N(16, 2)	Сумма штрафа по МЭК	
	SUMV_OMS	О	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	
	YEAR	О	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	О	N(2)	Отчетный месяц	
	NHISTORY	О	T(50)	Номер карты истории болезни	
	NUM_ACT	О	T(30)	Номер акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП	
	DATE_ACT	О	D	Дата акта МЭК, МЭЭ или ЭКМП	

Приложение № 4
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО с результатами медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в формате XML.

Таблица 4.1. Файл типа Е с информацией о санкциях СМО, применённых к МО.

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
SANK_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SANK	OM	S	Данные	Содержит сведения о примененных штрафных санкциях
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.
Сведения о примененных штрафных санкциях					
SANK	IDSTRAX	O	T(36)	Идентификатор случая	
	IDSERV	O	T(36)	Идентификатор медицинской услуги	
	SMO	O	T(5)	Код страховой медицинской организации	
	LPU	O	T(6)	Код МО	
	LPU_1	O	T(6)	Код подразделения МО	
	OT_MES	O	N(2, 0)	Месяц в котором проводилась экспертиза	
	OT_GOD	O	N(4, 0)	Год в котором проводилась экспертиза	
	SUMV_USL	У	N(16, 8)	Сумма предъявленная к	

				оплате	
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	
	OPLATA	O	N(1, 0)	Отметка о осуществлении оплаты	1 - оплачен частично 2 - снят с оплаты полностью 3 - оплачен полностью
	SUMP	Y	N(16, 8)	Сумма к Оплате	
	REFREASON	Y	T(8)	Код санкции	
	MEK_OMS	Y	N(16, 2)	Сумма санкций по МЭК	Заполняется при наличии санкций по МЭК
	MEE_OMS	Y	N(16, 2)	Сумма санкций по МЭЭ	Заполняется при наличии санкций по МЭЭ
	EKMP_OMS	Y	N(16, 2)	Сумма санкций по ЭКМП	Заполняется при наличии санкций по МЭЭ
	DATE_ACT	O	D	Дата акта МЭК, МЭЭ, ЭКМП	
	NUM_ACT	O	T(30)	Номер акта МЭК, МЭЭ, ЭКМП	
	CODE_EXP	O	T(8)	Код врача эксперта	В случае проведения экспертизы врачом экспертом входящем в Реестр врачей экспертов РД, необходимо указывать реестровый номер врача
	FIO_EXP	O	T(60)	Ф.И.О. врача эксперта	
	S_COM	Y	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции
	S_IST	O	N(1)	Источник	1- СМО/ТФОМС к МО
	OBDEF_OMS	O	N(4,2)	Услуги попавшие под санкции	
	STRDEF_OMS	O	N(1, 0)	Страховые случаи попавшие под санкции	
	TIP_EXP	O	N(2, 0)	Тип экспертизы	1 - МЭК, 2 - МЭЭ, 3 - ЭКМП
	MEK_SHTR	Y	N(16, 2)	Сумма штрафа по МЭК	
	MEE_SHTR	Y	N(16, 2)	Сумма штрафа по МЭЭ	
	EKMP_SHTR	Y	N(16, 2)	Сумма штрафа по	

				ЭКМП	
	S_TIP	O	N(2)	Код вида контроля	Заполняется в соответствии с Классификатором видов контроля F006

Приложение № 5
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО с результатами обработки, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в формате XML.

Таблица 5.1. Файл типа Р с информацией о санкциях СМО, применённых к МО.

Код элемента	Содержание элемента	Обяз.	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
SANK_LIST	SANK	ОМ	S	Данные	Содержит сведения о примененных штрафных санкциях
Заголовок файла					
SANK	IDSTRAX	О	T(36)	Идентификатор случая	
	IDSERV	О	T(36)	Идентификатор медицинской услуги	
	STAT	О	T(250)	Комментарий	Результат

Приложение № 6
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении внесения в ТРС ЕРЗ «Атлантико» новых записей о ЗЛ и изменении/корректировки существующих в формате XML.

Таблица 6.1. Файл типа I с информацией о записях в ТРС ЕРЗ от СМО.

Код элемента	Содержание элемента	Тип Размер	Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
OPLIST	VERS	T(5)	H	Номер версии	Текущей редакции соответствует значение "2.3".
	FILENAME	T(24)	O	Имя файла	Без расширения
	SMOCOD	T(5)	O	Реестровый номер страховой медицинской организации	
	PRZCOD	T(3)	O	Код пункта выдачи СМО	Присваивается СМО, учитывается в справочнике ТФОМС
	NRECORDS	N(7)	O	Количество записей	
	OP	S	OM	Записи	Содержит передаваемые сведения о застрахованных лицах
Записи					
OP	N_REC	T(36)	O	Уникальный идентификатор записи в обменном файле	Служит для сопоставления записи в пакете и ответе ТФОМС
	ID	N(10)	У	Идентификатор записи ТФОМС	Идентификатор формирует ТФОМС для новых записей и возвращает в СМО. Обязательность заполнения данного поля определяется ТФОМС

	TIP_OP	T(4)	O	Тип операции	Указывается в соответствии с классификатором причин внесения изменений ВРС ЕРЗ (R001)
	PERSON	S	OM	Данные о застрахованном лице	
	OLD_PERSON	S	UM	Сведения о прежних (до смены) персональных данных застрахованного лица	Данные по лицу до передачи сведений в ТФОМС об изменении. Заполняется в случае изменений в фамилии, имени, отчестве, поле или дате рождения застрахованного лица
	ADDRES_G	S	OM	Адрес места регистрации	
	ADDRES_P	S	OM	Адрес места жительства	
	VIZIT	S	UM	Обращение застрахованного лица	Сведения об обращении застрахованного лица
	INSURANCE	S	OM	Событие страхования	
	PERSONB	S	UM	Биометрическая информация о застрахованном лице	
	DOC_LIST	S	UM	Список документов, удостоверяющих личность	Обязателен для заполнения в случае передачи сведений о полисе нового образца и временном свидетельстве. Допускается не указывать в случае исправления ошибок о событиях страхования, имевших место до 01.05.2011, и в случае реорганизации СМО
	OLDDOC_LIST	S	UM	Список ранее выданных документов, удостоверяющих личность	Заполняется только в случае передачи сведений об изменении документа удостоверяющего личность
Данные о застрахованном лице					
PERSON	FAM	T(40)	У	Фамилия ЗЛ	Указываются в том виде, в котором они записаны в предъявленном документе, удостоверяющем личность. Должно встречаться хотя бы одно из значений
	IM	T(40)	У	Имя ЗЛ	
	OT	T(40)	У	Отчество ЗЛ	

					<p>FAM (фамилия) или IM (имя).</p> <p>В случае отсутствия кого-либо реквизита, в поле DOST включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.</p>
	W	N(1)	O	Пол ЗЛ	Заполняется в соответствии с V005.
	DR	D	O	Дата рождения ЗЛ	<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 из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение "6", а также значение "4" или "5" соответственно</p>
	MR	T(100)	O	Место рождения застрахованного лица	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
	DOST	N(1)	У	Код надежности идентификации	<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</p>

					<p>даты рождения; б - дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место.</p>
	BIRTH_OKSM	T(3)	У	Страна места рождения	<p>Трехбуквенный код страны по классификатору ОКСМ. Обязателен для заполнения в случае отсутствия у застрахованного лица фамилии или имени. Если страна больше не существует следует указывать наименование государства, в котором расположено место рождения на текущий момент</p>
	C_OKSM	T(3)	О	Гражданство ЗЛ	<p>Трехбуквенный код страны по классификатору ОКСМ. Для лиц без гражданства - значение "Б/Г".</p>
	SS	T(14)	У	СНИЛС застрахованного лица	СНИЛС с разделителями
	KATEG	T(2)	О	Категория застрахованного лица	Заполняется в соответствии со справочником V013
	PHONE	T(40)	У	Телефон	Контактная информация застрахованного лица
	EMAIL	T(50)	У	Адрес электронной почты	Контактная информация застрахованного лица
	FIOPR	T(130)	У	ФИО представителя	Заполняется в случае наличия представителя
	CONTACT	T(200)	У	Контакты представителя	Заполняется в случае наличия представителя
	DDEATH	D	У	Дата смерти застрахованного лица	<p>Поле заполняется в случае факта смерти застрахованного. В случае, если точная дата смерти застрахованного неизвестна, следует указать дату внесения сведений о смерти застрахованного</p>

					лица в РС ЕРЗ
	PR_DATA	S	УМ	Данные о представителе	Заполняется в случае если ЗЛ меньше 18 лет.
Данные о представителе					
PR_DATA	PRESENTER	S			
	DOC	S	УМ		
	DOC_STATUS	S	УМ		
	ADDRES_G	S	ОМ	Адрес места регистрации	
	ADDRES_P	S	ОМ	Адрес места жительства	
Данные о застрахованном лице					
PRESENTER	STATUS				
	FAM	T(40)	У	Фамилия ЗЛ	Указываются в том виде, в котором они записаны в предъявленном документе, удостоверяющем личность. Должно встречаться хотя бы одно из значений FAM (фамилия) или IM (имя). В случае отсутствия кого-либо реквизита, в поле DOST включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.
	IM	T(40)	У	Имя ЗЛ	
	OT	T(40)	У	Отчество ЗЛ	
	W	N(1)	О	Пол ЗЛ	Заполняется в соответствии с V005.
	DR	D	О	Дата рождения ЗЛ	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

					<p>принимается равным "01" (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение "5".</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение "6", а также значение "4" или "5" соответственно</p>
	C_OKSM	T(3)	O	Гражданство ЗЛ	<p>Трехбуквенный код страны по классификатору ОКСМ.</p> <p>Для лиц без гражданства - значение "Б/Г".</p>
	SS	T(14)	У	СНИЛС застрахованного лица	СНИЛС с разделителями
	ENP	T(16)	У	Действующий Единый номер полиса ОМС	Единый номер полиса должен быть присвоен каждому застрахованному лицу и однозначно идентифицировать застрахованное лицо в ЕРЗ
	PHONE	T(40)	У	Телефон	Контактная информация застрахованного лица
	EMAIL	T(50)	У	Адрес электронной почты	Контактная информация застрахованного лица
Данные документа, удостоверяющего личность					
DOC	DOCTYPE	T(2)	O	Тип документа, удостоверяющего личность	Заполняется в соответствии с F011
	DOCSER	T(10)	У	Серия документа	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов. Не указывается только в случае отсутствия

	DOCNUM	T(20)	O	Номер документа	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов
	DOCDATE	D	O	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность	
	DOCEXP	D	У	Срок действия	Дата окончания действия документа. Обязательно для следующих документов в событиях страхования после 18.07.2013: 10 - Свидетельство о регистрации ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации; 11 - Вид на жительство; 12 - Удостоверение беженца в Российской Федерации; 13 - Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации; 23 - Разрешение на временное проживание; 25 - Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации; 27 - Копия жалобы о лишении статуса беженца; 28 - Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации.
	NAME_VP	T(80)	У	Наименование органа, выдавшего документ	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
	CODE_VP	T(7)		Код места выдачи паспорта	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность

	DOC_OKSM	T(3)	O	Страна органа, выдавшего документ	Трехбуквенный код страны по классификатору ОКСМ.
Данные документа, удостоверяющего личность					
DOC_ST ATUS	DOCTYPE	T(2)	У	Тип прежнего документа, удостоверяющего личность	
	DOCSER	T(10)	У	Серия прежнего документа	
	DOCNUM	T(20)	У	Номер прежнего документа	
	DOCDATE	D	У	Дата выдачи прежнего документа, удостоверяющего личность	
	DOCEXP	D	У	Срок действия	Дата окончания действия документа. Обязательно для следующих документов в событиях страхования после 18.07.2013: 10 - Свидетельство о регистрации ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации; 11 - Вид на жительство; 12 - Удостоверение беженца в Российской Федерации; 13 - Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации; 23 - Разрешение на временное проживание; 25 - Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации; 27 - Копия жалобы о лишении статуса беженца; 28 - Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации.

	NAME_VP	T(80)	У	Наименование органа, выдавшего документ	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
	CODE_VP	T(7)		Код места выдачи паспорта	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
Адрес места регистрации					
ADDRES_G	BOMG	N(1)	О	Признак лица без определенного места жительства	0 - имеет постоянную или временную регистрацию по месту жительства; 1 - лицо без определенного места жительства. Для лиц без определенного места жительства следующие элементы не заполняются.
	FIAS_AOID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи классификатора адресообразующего элемента в ФИАС (с точностью до улицы, при отсутствии улицы - до города или населенного пункта)	Не указывается только в случае отсутствия сведений в ФИАС. Указывается значение поля AOID из таблицы ADDROBJ выгрузки файлов БД ФИАС.
	FIAS_HOUSEID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи справочника сведений по номерам домов улиц городов и населенных пунктов, номера земельных участков и т.п. в ФИАС	Указывается значение поля HOUSEID из строки таблицы HOUSE, в которой значение AOGUID равно значению поля AOGUID из таблицы ADDROBJ для заданного FIAS_AOID.
	SUBJ	T(5)	У	Код региона РФ места регистрации	Код ОКATO по классификатору субъектов F010.
	INDX	T(6)	У	Почтовый индекс места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля POSTALCODE из таблицы HOUSE БД ФИАС, а при его отсутствии значение поля POSTALCODE из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.

	OKATO	T(11)	У	Код места регистрации по справочнику OKATO	При заполнении из ФИАС используется значение поля OKATO из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	RNNAME	T(120)	У	Район места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня района из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	NPNAME	T(120)	У	Наименование населенного пункта	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня населенного пункта из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	UL	T(120)	У	Наименование улицы места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня улицы из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	DOM	T(20)	У	Номер дома места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля HOUSENUM из таблицы HOUSE БД ФИАС
	KORP	T(10)	У	Номер корпуса места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля BUILDNUM из таблицы HOUSE БД ФИАС.
	KV	T(6)	У	Номер квартиры места регистрации	
	KLADR	T(20)			
	DREG	D	У	Дата регистрации	
Адрес места жительства					
ADDRES_P	FIAS_AOID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи классификатора адресообразующего элемента в ФИАС (с точностью до улицы, при отсутствии улицы - до города или населенного пункта)	Не указывается только в случае отсутствия сведений в ФИАС. Указывается значение поля AOID из таблицы ADDROBJ выгрузки файлов БД ФИАС.
	FIAS_HOUSEID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи справочника	Указывается значение поля HOUSEID из строки таблицы HOUSE, в которой

				сведений по номерам домов улиц городов и населенных пунктов, номера земельных участков и т.п. в ФИАС	значение AOGUID равно значению поля AOGUID из таблицы ADDROBJ для заданного FIAS_AOID.
	SUBJ	T(5)	У	Код региона РФ места жительства	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010
	INDX	T(6)	У	Почтовый индекс места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля POSTALCODE из таблицы HOUSE БД ФИАС, а при его отсутствии значение поля POSTALCODE из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	ОКАТО	T(11)	У	Код места жительства по справочнику ОКАТО	При заполнении из ФИАС используется значение поля ОКАТО из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	RNNAME	T(120)	У	Район места жительства (наименование)	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня района из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	NPNAME	T(120)	У	Наименование населенного пункта	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня населенного пункта из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	UL	T(120)	У	Наименование улицы места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня улицы из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	DOM	T(20)	У	Номер дома места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля HOUSENUM из таблицы HOUSE БД ФИАС
	KORP	T(10)	У	Номер корпуса места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля BUILDNUM из таблицы HOUSE БД ФИАС.
	KV	T(6)	У	Номер квартиры места жительства	

	KLADR	T(20)	У		
Сведения о прежних (до смены) персональных данных застрахованного лица					
OLD_PERSON	FAM	T(40)	У	Прежняя фамилия ЗЛ	
	IM	T(40)	У	Прежнее имя ЗЛ	
	OT	T(40)	У	Прежнее отчество ЗЛ	
	W	N(1)	У	Прежний пол ЗЛ	
	DR	D	У	Прежняя дата рождения ЗЛ	
	OLD_ENP	T(16)	У	Прежний ЕНП	Заполняется в случае замены ЕНП (смена пола или даты рождения)
	MR	T(100)	У	Прежнее место рождения застрахованного лица	
Список ранее выданных документов, удостоверяющих личность					
OLDDOC_LIST	OLD_DOC	S	OM	Список ранее выданных документов, удостоверяющих личность	Заполняется только в случае передачи сведений об изменении документа удостоверяющего личность
Данные ранее выданного документа, удостоверяющего личность					
OLD_DOC	DOCTYPE	T(2)	У	Тип прежнего документа, удостоверяющего личность	
	DOCSER	T(10)	У	Серия прежнего документа	
	DOCNUM	T(20)	У	Номер прежнего документа	
	DOCDATE	D	У	Дата выдачи прежнего документа, удостоверяющего личность	
	DOCEXP	D	У	Срок действия	
	NAME_VP	T(80)	У	Наименование органа, выдавшего документ	
Адрес места регистрации					

ADDRES_G	BOMG	N(1)	0	Признак лица без определенного места жительства	0 - имеет постоянную или временную регистрацию по месту жительства; 1 - лицо без определенного места жительства. Для лиц без определенного места жительства следующие элементы не заполняются.
	FIAS_AOID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи классификатора адресообразующего элемента в ФИАС (с точностью до улицы, при отсутствии улицы - до города или населенного пункта)	Не указывается только в случае отсутствия сведений в ФИАС. Указывается значение поля AOID из таблицы ADDROBJ выгрузки файлов БД ФИАС.
	FIAS_HOUSEID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи справочника сведений по номерам домов улиц городов и населенных пунктов, номера земельных участков и т.п. в ФИАС	Указывается значение поля HOUSEID из строки таблицы HOUSE, в которой значение AOGUID равно значению поля AOGUID из таблицы ADDROBJ для заданного FIAS_AOID.
	SUBJ	T(5)	У	Код региона РФ места регистрации	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010.
	INDX	T(6)	У	Почтовый индекс места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля POSTALCODE из таблицы HOUSE БД ФИАС, а при его отсутствии значение поля POSTALCODE из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	OKATO	T(11)	У	Код места регистрации по справочнику ОКАТО	При заполнении из ФИАС используется значение поля OKATO из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	RNNAME	T(120)	У	Район места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня района из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	NPNAME	T(120)	У	Наименование	При заполнении из ФИАС

				населенного пункта	используется значение поля OFFNAME для уровня населенного пункта из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	UL	T(120)	У	Наименование улицы места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня улицы из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	DOM	T(20)	У	Номер дома места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля HOUSENUM из таблицы HOUSE БД ФИАС
	KORP	T(10)	У	Номер корпуса места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля BUILDNUM из таблицы HOUSE БД ФИАС.
	KV	T(6)	У	Номер квартиры места регистрации	
	KLADR	T(20)	У		
	DREG	D	У	Дата регистрации	
Адрес места жительства					
ADDRES_P	FIAS_AOID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи классификатора адресообразующего элемента в ФИАС (с точностью до улицы, при отсутствии улицы - до города или населенного пункта)	Не указывается только в случае отсутствия сведений в ФИАС. Указывается значение поля AOID из таблицы ADDROBJ выгрузки файлов БД ФИАС.
	FIAS_HOUSEID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи справочника сведений по номерам домов улиц городов и населенных пунктов, номера земельных участков и т.п. в ФИАС	Указывается значение поля HOUSEID из строки таблицы HOUSE, в которой значение AOGUID равно значению поля AOGUID из таблицы ADDROBJ для заданного FIAS_AOID.
	SUBJ	T(5)	У	Код региона РФ места жительства	Код ОКATO по классификатору субъектов F010 Приложения А
	INDX	T(6)	У	Почтовый индекс	При заполнении из ФИАС

				места жительства	используется значение поля POSTALCODE из таблицы HOUSE БД ФИАС, а при его отсутствии значение поля POSTALCODE из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	OKATO	T(11)	У	Код места жительства по справочнику OKATO	При заполнении из ФИАС используется значение поля OKATO из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	RNNAME	T(120)	У	Район места жительства (наименование)	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня района из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	NPNAME	T(120)	У	Наименование населенного пункта	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня населенного пункта из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	UL	T(120)	У	Наименование улицы места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня улицы из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	DOM	T(20)	У	Номер дома места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля HOUSENUM из таблицы HOUSE БД ФИАС
	KORP	T(10)	У	Номер корпуса места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля BUILDNUM из таблицы HOUSE БД ФИАС.
	KV	T(6)	У	Номер квартиры места жительства	
	KLADR	T(20)	У		
Обращение застрахованного лица					
VIZIT	DVIZIT	D	О	Дата обращения ЗЛ (его представителя)	Дата заявления (заявлений)
	METHOD	T(1)	О	Способ подачи заявления	1 - лично; 2 - через представителя; 3 - через официальный сайт ТФОМС; 4 - через единый

					портал государственных услуг
	PETITION	T(1)	О	Признак наличия ходатайства о регистрации в качестве застрахованного лица	0 - ходатайство отсутствует, 1 - подано ходатайство
	RSMO	N(1)	У	Причина подачи заявления о выборе (замене) СМО	1 - первичный выбор СМО; 2 - замена СМО в соответствии с правом замены; 3 - замена СМО в связи со сменой места жительства; 4 - замена СМО в связи с прекращением действия договора
	RPOLIS	N(1)	У	Причина подачи заявления о выдаче дубликата или переоформлении полиса	1 - изменение реквизитов; 2 - установление ошибочности сведений; 3 - ветхость и непригодность полиса; 4 - утрата ранее выданного полиса; 5 - окончание срока действия полиса
	FPOLIS	N(1)	О	Выбранная форма изготовления полиса	Указывается форма изготовления полиса: 0 - не требует изготовления полиса; 1 - бумажный бланк; 2 - пластиковая карта; 3 - в составе УЭК; 4 - отказ от полиса.
Событие страхования					
INSURANCE	TER_ST	T(5)	У	Текущая территория страхования	Код территории по ОКАТО из справочника регионов
	ENP	T(16)	У	Действующий Единый номер полиса ОМС	Единый номер полиса должен быть присвоен каждому застрахованному лицу и однозначно идентифицировать застрахованное лицо в ЕРЗ
	OGRNSMO	T(15)	У	ОГРН СМО	ОГРН СМО текущего страхования
	POLIS	S	УМ	Информация о	Заполняется при

				документе, подтверждающем факт страхования по ОМС	необходимости
	ERP	N(1)	O	Признак регистрации ЕНП	0 - не зарегистрирован в ЦС ЕРЗ, 1 - зарегистрирован в ЦС ЕРЗ
	ORDERZ	S	УМ	Сведения о заявке	Заполняется при наличии сведений

Информация о документе, подтверждающем факт страхования по ОМС

POLIS	VPOLIS	N(1)	O	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с классификатором F008
	NPOLIS	T(20)	O	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полиса единого образца в поле "серия и номер" указывается номер бланка полиса
	SPOLIS	T(10)	У	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Указывается только в тех случаях, когда присутствует в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС
	DBEG	D	У	Дата выдачи документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для случаев выдачи на руки полиса единого образца после временного свидетельства указывается дата выдачи полиса ОМС на руки. Для случаев замены СМО без замены полиса указывается дата написания заявления о замене СМО. Для случаев, когда полис единого образца не был востребован, дата выдачи не указывается.
	DEND	D	У	Плановая дата окончания действия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	DSTOP	D	У	Дата фактического прекращения действия документа,	При передаче сведений о временном свидетельстве, если изготавливаемый полис

				подтверждающего факт страхования по ОМС (дата снятия с учета застрахованного лица)	имеет ограниченный срок действия, в поле передается дата окончания действия полиса
Сведения о заявке					
ORDERZ	NORDER	T(100)	O	Номер заявки на изготовление полиса	Номер заявки формируется ТФОМС. Указывается в случае включения записи из файла изменений в заявку на изготовление полисов
	DORDER	D	O	Дата заявки на изготовление полиса	
Биометрическая информация о застрахованном лице					
PERSON B	TYPE	T(3)	O	Зарезервированное поле	Зарезервированное поле для обозначения типа вложенного файла: 2 - цифровая фотография застрахованного лица; 3 - цифровое изображение собственноручной подписи застрахованного лица
	PHOTO	Bin	O	Вложенный файл в формате base64	Например, фотография застрахованного лица или изображение собственноручной подписи застрахованного лица для электронного полиса ОМС
Список документов, удостоверяющих личность					
DOC_LIS T	DOC	S	OM	Данные документов, удостоверяющих личность	Обязателен для заполнения в случае передачи сведений о полисе нового образца и временном свидетельстве. Допускается не указывать в случае исправления ошибок о событиях страхования, имевших место до 01.05.2011, и в случае реорганизации СМО
Данные документа, удостоверяющего личность					
DOC	DOCTYPE	T(2)	O	Тип документа, удостоверяющего личность	Заполняется в соответствии с F011

	DOCSER	T(10)	У	Серия документа	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов. Не указывается только в случае отсутствия
	DOCNUM	T(20)	О	Номер документа	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов
	DOCDATE	D	О	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность	
	DOCEXP	D	У	Срок действия	Дата окончания действия документа. Обязательно для следующих документов в событиях страхования после 18.07.2013: 10 - Свидетельство о регистрации ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации; 11 - Вид на жительство; 12 - Удостоверение беженца в Российской Федерации; 13 - Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации; 23 - Разрешение на временное проживание; 25 - Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации; 27 - Копия жалобы о лишении статуса беженца; 28 - Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации.
	NAME_VP	T(80)	У	Наименование	Указывается в том виде, в

				органа, выдавшего документ	котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
	CODE_VP	T(7)		Код места выдачи паспорта	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
	DOC_OKSM	T(3)	O	Страна органа, выдавшего документ	Трехбуквенный код страны по классификатору ОКСМ.

Приложение № 7
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов, протоколов обработки при информационном взаимодействии между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении внесения в ТРС ЕРЗ «Атлантико» новых записей о ЗЛ и изменении/корректировке существующих, в формате XML.

Таблица 7.1. Файл типа Р с результатами обработки по записям в ТРС ЕРЗ от ТФОМС

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент						
REPLIST	FILENAME	T(24)		O	Имя файла	Без расширения
	NERR	N(7)		O	Число записей с ошибками ФЛК	
	NRECORDS	N(7)		O	Количество записей	
	PRZCOD	T(3)		O	Код пункта выдачи СМО	Присваивается СМО, учитывается в справочнике ТФОМС
	SMOCOD	T(5)		O	Реестровый номер страховой медицинской организации	
	REP	S		OM	Записи	Содержит ответ о передаваемые сведения о застрахованных лицах
Записи						
REP	CODE_ERP	N(1)		O	Признак регистрации ЕНП	0 - не зарегистрирован в ЦС ЕРЗ, 1 - зарегистрирован в ЦС ЕРЗ
	COMMENT	T(250)		O	Результат обработки	
	ID	N(10)		У	Идентификатор записи ТФОМС	Идентификатор формирует ТФОМС для новых записей и возвращает в СМО. Обязательность заполнения данного поля определяется ТФОМС

	N_REC	T(36)	O	Уникальный идентификатор записи в обменном файле	Служит для сопоставления записи в пакете и ответе ТФОМС
	INSURANCE	S	OM	Событие страхования	
Событие страхования					
INSURANCE	ENP	T(16)	У	Действующий Единый номер полиса ОМС	Единый номер полиса должен быть присвоен каждому застрахованному лицу и однозначно идентифицировать застрахованное лицо в ЕРЗ
	ERP	N(1)	O	Признак регистрации ЕНП	0 - не зарегистрирован в ЦС ЕРЗ, 1 - зарегистрирован в ЦС ЕРЗ
	OGRNSMO	T(15)	У	ОГРН СМО	ОГРН СМО текущего страхования
	TER_ST	T(5)	У	Текущая территория страхования	Код территории по ОКАТО из справочника регионов
	POLIS	S	УМ	Информация о документе, подтверждающем факт страхования по ОМС	Заполняется при необходимости
Информация о документе, подтверждающем факт страхования по ОМС					
POLIS	DBEG	D	У	Дата выдачи документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для случаев выдачи на руки полиса единого образца после временного свидетельства указывается дата выдачи полиса ОМС на руки. Для случаев замены СМО без замены полиса указывается дата написания заявления о замене СМО. Для случаев, когда полис единого образца не был востребован, дата выдачи не указывается.
	DEND	D	У	Плановая дата окончания действия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	

	DSTOP	D	У	Дата фактического прекращения действия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС (дата снятия с учета застрахованного лица)	При передаче сведений о временном свидетельстве, если изготавливаемый полис имеет ограниченный срок действия, в поле передается дата окончания действия полиса
	VPOLIS	N(1)	О	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с классификатором F008
	NPOLIS	T(20)	О	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полиса единого образца в поле "серия и номер" указывается номер бланка полиса
	SPOLIS	T(10)	У	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Указывается только в тех случаях, когда присутствует в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС

Приложение № 7.1
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Таблица 7.1.1 Файл типа S, файл с извещениями СМО от ТФОМС о прекращении страхования

Код элемента		Содержание элемента	Тип Размер	Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент						
STOPLIST		VERS	T(5)	Н	Номер версии	
		FILENAME	T(24)	О	Имя файла	
		SMOCOD	T(5)	О	Реестровый номер страховой медицинской организации	
		PRZCOD	T(3)	О	Код пункта выдачи полисов	Присваивается СМО, учитывается в справочнике ТФОМС
		NRECORDS	N(7)	О	Число записей всего	
		STOP	S	ОМ	Записи о прекращении страхования, направленные ТФОМС	
Записи о прекращении страхования, направленные ТФОМС						
STOP		ID	T(36)	О	Идентификатор записи ТФОМС	Уникальный идентификатор записи в ИС РС ЕРЗ ТФОМС
		REASON	N(2)	О	Причина снятия с учёта	Заполняется в соответствии с классификатором причин снятия с учета (код из СК 1.2.643.2.40.3.3.0.6.17, таблица 78)
		DDEATH	D	У		Указывается только в тех случаях, когда причина снятия с учета

Код элемента		Содержание элемента	Тип Размер	Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
						– 1 «Смерть застрахованного».
		ENP	T(16)	У	Единый номер полиса ОМС	
		POLIS	S	О	Информация о документе, подтверждающем факт страхования по ОМС	
Информация о документе, подтверждающем факт страхования по ОМС						
POLIS		VPOLIS	N(1)	О	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с классификатором F008
		NPOLIS	T(20)	У	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полиса единого образца в поле «серия и номер» указывается номер бланка полиса. Может не заполняться только в случае отсутствия сведений о номере бланка полиса
		SPOLIS	T(10)	У	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Указывается только в тех случаях, когда присутствует в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС
		DBEG	D	У	Дата выдачи документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для случаев выдачи на руки полиса единого образца после временного свидетельства указывается дата выдачи полиса ОМС на руки. Для случаев замены СМО без замены полиса указывается дата написания заявления о замене СМО. Для случаев, когда полис единого образца не был востребован, дата выдачи не указывается.
		DEND	D	У	Плановая дата	

Код элемент а		Содержани е элемента	Тип Размер	Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
					окончания действия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
		DSTOP	D	У	Дата фактического прекращения действия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС (дата снятия с учета застрахованного лица)	

Таблица 7.1.2. Файл типа К, корректировка данных в СМО от ТФОМС.

Код элемента	Содержание элемента	Тип Размер	Обяз .	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
RECLIST	VERS	T(5)	Н	Номер версии	
	FILENAME	T(24)	О	Имя файла	
	SMOCOD	T(5)	О	Реестровый номер страховой медицинской организации	Заполняется в соответствии с F002
	NRECORDS	N(7)	О	Количество записей	
	REC	S	ОМ	Записи	Передаваемые сведения о застрахованных лицах
Записи					
REC	ID	T(36)	О	Идентификатор записи ТФОМС	
	PERSON	S	У	Данные о застрахованном лице	Заполняется при наличии сведений
	DOC_LIST	S	У	Список документов, удостоверяющих личность	Обязателен для заполнения в случае передачи сведений о полисе нового образца и временном свидетельстве. Допускается не указывать в случае исправления ошибок о событиях страхования, имевших место до 01.05.2011, и в случае реорганизации СМО
	ADDRES_G	S	У	Адрес места регистрации	Заполняется при наличии сведений
	ADDRES_P	S	У	Адрес места жительства	Заполняется при наличии сведений
	VIZIT	S	У	Обращение застрахованного лица	Сведения о последнем обращении застрахованного лица в СМО
	INSURANCE	S	УМ	Событие страхования	Сведения о последнем страховании. Должно заполняться при наличии сведений в РС ЕРЗ
Обращение застрахованного лица					

VIZIT	DVIZIT	D	O	Дата обращения ЗЛ (его представителя)	
	METHOD	T(1)	O	Способ подачи заявления	1– лично; 2– через представителя; 3– через официальный сайт ТФОМС; 4– через единый портал государственных услуг
	PETITION	T(1)	O	Признак наличия ходатайства о регистрации в качестве застрахованного лица	0- ходатайство отсутствует, 1- подано ходатайство
	RPOLIS	N(1)	У	Причина подачи заявления о выдаче дубликата или переоформлении полиса	1- изменение реквизитов; 2- установление ошибочности сведений; 3- ветхость и непригодность полиса; 4- утрата ранее выданного полиса; 5- окончание срока действия полиса
	FPOLIS	N(1)	O	Выбранная форма изготовления полиса	Указывается форма изготовления полиса: 0- не требует изготовления полиса; 1- бумажный бланк; 2- пластиковая карта; 3- в составе УЭК
Данные о застрахованном лице					
PERSON	FAM	T(40)	У	Фамилия ЗЛ	Указываются в том виде, в котором они записаны в предъявленном документе, удостоверяющем личность. Должно встречаться хотя бы одно из значений FAM (фамилия) или IM (имя). В случае отсутствия кого-либо реквизита, в поле DOST
	IM	T(40)	У	Имя ЗЛ	
	OT	T(40)	У	Отчество ЗЛ	

					включается соответствующее значение, и реквизит не указывается. Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются.
	W	N(1)	O	Пол ЗЛ	Заполняется в соответствии с V005
	DR	D	O	Дата рождения ЗЛ	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	N(1)		Код надёжности идентификации	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.
	C_OKSM	T(3)	У	Гражданство ЗЛ	Трёхбуквенный код страны по классификатору ОКСМ (код ALFA3 классификатора O002). Для лиц без гражданства – значение «Б/Г». Для лиц, гражданство которых неизвестно, значение не указывается
	SNILS	T(14)	У	СНИЛС застрахованного лица	СНИЛС с разделителями
	PHONE	T(40)	У	Телефон	Контактная информация застрахованного лица
	EMAIL	T(50)	У	Адрес электронной почты	Контактная информация застрахованного лица
	FIOPR	T(130)	У	ФИО представителя	Заполняется в случае наличия представителя
	CONTACT	T(200)	У	Контакты представителя	Заполняется в случае наличия представителя
	DDEATH	D	У	Дата смерти застрахованного лица	Поле заполняется в случае факта смерти застрахованного. В случае, если точная дата смерти застрахованного неизвестна, следует указать дату внесения сведений о смерти застрахованного лица в РС ЕРЗ
Список документов, удостоверяющих личность					

DOC_LIST	DOC	S	УМ	Список документов, удостоверяющих личность	Обязателен для заполнения в случае передачи сведений о полисе нового образца и временном свидетельстве. Допускается не указывать в случае исправления ошибок о событиях страхования, имевших место до 01.05.2011, и в случае реорганизации СМО
Данные документа, удостоверяющего личность					
DOC	DOCTYPE	T(2)	О	Тип документа, удостоверяющего личность	Заполняется в соответствии с F011
	DOCSER	T(10)	У	Серия документа	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов Не указывается только в случае отсутствия
	DOCNUM	T(20)	О	Номер документа	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов
	DOCDATE	D	О	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность	
	DOCEXP	D	У	Срок действия	Дата окончания действия документа. Обязательно для следующих документов в событиях страхования после 18.07.2013: 10 - Свидетельство о регистрации ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации; 11 - Вид на жительство; 12 - Удостоверение беженца в Российской Федерации;

					<p>13 - Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации;</p> <p>23 - Разрешение на временное проживание;</p> <p>25 - Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;</p> <p>26 - Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии;</p> <p>27 – Копия жалобы о лишении статуса беженца;</p> <p>28 - Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации</p> <p>29 - Сведения о трудовом договоре трудящегося государства-члена ЕАЭС.</p>
	NAME_VP	T(80)	У	Наименование органа, выдавшего документ	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
	MR	T(100)	О	Место рождения застрахованного лица	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность
Адрес места регистрации					
ADDRES_G	FIAS_AOID	T(36)	У	Уникальный идентификатор	Не указывается только в случае отсутствия

				записи классификатора адресообразующего элемента в ФИАС (с точностью до улицы, при отсутствии улицы – до города или населенного пункта)	сведений в ФИАС. Указывается значение поля AOID из таблицы ADDROBJ выгрузки файлов БД ФИАС.
	FIAS_HOUSEID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи справочника сведений по номерам домов улиц городов и населенных пунктов, номера земельных участков и т.п. в ФИАС	Указывается значение поля HOUSEID из строки таблицы HOUSE, в которой значение поля AOGUID равно значению поля AOGUID из таблицы ADDROBJ для заданного FIAS_AOID.
	SUBJ	T(5)	У	Код региона РФ места регистрации	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010
	INDX	T(6)	У	Почтовый индекс места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля POSTALCODE из таблицы HOUSE БД ФИАС, а при его отсутствии значение поля POSTALCODE из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	ОКАТО	T(11)	У	Код места жительства по справочнику ОКАТО	При заполнении из ФИАС используется значение поля ОКАТО из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	RNNAME	T(120)	У	Район места регистрации (наименование)	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня района из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	NPNAME	T(120)	У	Наименование населенного пункта	При заполнении из ФИАС используется значение поля

					OFFNAME для уровня населенного пункта из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	UL	T(120)	У	Наименование улицы места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня улицы из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	DOM	T(20)	У	Номер дома места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля HOUSENUM из таблицы HOUSE БД ФИАС
	KORP	T(10)	У	Номер корпуса места регистрации	При заполнении из ФИАС используется значение поля BUILDNUM из таблицы HOUSE БД ФИАС.
	KV	T(6)	У	Номер квартиры места регистрации	
	DREG	D	У	Дата регистрации	
Адрес места жительства					
ADDRES_ P	FIAS_AOID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи классификатора адресообразующего элемента в ФИАС (с точностью до улицы, при отсутствии улицы – до города или населенного пункта)	Не указывается только в случае отсутствия сведений в ФИАС. Указывается значение поля AOID из таблицы ADDROBJ выгрузки файлов БД ФИАС.
	FIAS_HOUSEID	T(36)	У	Уникальный идентификатор записи справочника сведений по номерам домов улиц городов и населенных пунктов, номера	Указывается значение поля HOUSEID из строки таблицы HOUSE, в которой значение поля AOGUID равно значению поля AOGUID из таблицы ADDROBJ для заданного FIAS_AOID.

				земельных участков и т.п. в ФИАС	
	SUBJ	T(5)	У	Код региона РФ места жительства	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010
	INDX	T(6)	У	Почтовый индекс места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля POSTALCODE из таблицы HOUSE БД ФИАС, а при его отсутствии значение поля POSTALCODE из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	ОКАТО	T(11)	У	Код места жительства по справочнику ОКАТО	При заполнении из ФИАС используется значение поля ОКАТО из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	RNNAME	T(120)	У	Район места жительства (наименование)	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня района из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	NPNAME	T(120)	У	Наименование населенного пункта	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня населенного пункта из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	UL	T(120)	У	Наименование улицы места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля OFFNAME для уровня улицы из таблицы ADDROBJ БД ФИАС.
	DOM	T(20)	У	Номер дома места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля HOUSENUM из таблицы HOUSE БД ФИАС
	KORP	T(10)	У	Номер корпуса места жительства	При заполнении из ФИАС используется значение поля BUILDNUM из таблицы HOUSE БД ФИАС.

	KV	T(6)	У	Номер квартиры места жительства	
Событие страхования					
INSURAN CE	TER_ST	T(5)	У	Текущая территория страхования	Код территории по ОКАТО из справочника регионов
	ENP	T(16)	У	Действующий Единый номер полиса ОМС	Единый номер полиса должен быть присвоен каждому застрахованному лицу и однозначно идентифицировать застрахованное лицо в ЕРЗ
	OGRNSMO	T(15)	У	ОГРН СМО	ОГРН СМО текущего страхования
	POLIS	S	УМ	Информация о документе, подтверждающе м факт страхования по ОМС	
	ERP	N(1)	О	Регистрация стадии изготовления полиса	0– не зарегистрирован в РС ЕРЗ; 1– зарегистрирован в РС ЕРЗ; 2– зарегистрирован в ЦС ЕРЗ; 3– сформирована заявка; 4– полис изготовлен
	ORDERZ	S	У	Сведения о заявке	Заполняется при наличии сведений
Информация о документе, подтверждающем факт страхования по ОМС					
POLIS	VPOLIS	N(1)	О	Тип документа, подтверждающе го факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с классификатором F008
	NPOLIS	T(20)	У	Номер документа, подтверждающе го факт страхования по ОМС	Для полиса единого образца в поле «серия и номер» указывается номер бланка полиса. Может не заполняться только в случае отсутствия сведений о номере бланка полиса
	SPOLIS	T(10)	У	Серия документа,	Указывается только в тех случаях, когда

				подтверждающего факт страхования по ОМС	присутствует в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС
	DBEG	D	У	Дата выдачи документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для случаев выдачи на руки полиса единого образца после временного свидетельства указывается дата выдачи полиса ОМС на руки. Для случаев замены СМО без замены полиса указывается дата написания заявления о замене СМО. Для случаев, когда полис единого образца не был востребован, дата выдачи не указывается.
	DEND	D	У	Плановая дата окончания действия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	DSTOP	D	У	Дата фактического прекращения действия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС (дата снятия с учета застрахованного лица)	
Сведения о заявке					
ORDERZ	NORDER	T(100)	О	Номер заявки на изготовление полиса	Номер заявки формируется ТФОМС, состоит из 15 знаков и имеет следующую фасетную структуру: СССССПППНННННН N, где Фасеты 1–5 (ССС СС) – реестровый номер

					СМО; Фасеты 6–8 (ППП) – номер пункта выдачи в СМО; Фасеты 9–15 (NNNNNNN) – номер заявки в пункте выдачи
	DORDER	D	O	Дата заявки на изготовление полиса	
	PRORDER	T(50)	O	Номер короба	

Таблица 7.1.3. Файл типа Е, файл с извещениями СМО на основании сведений о государственной регистрации заключения или расторжения брака, установления отцовства, перемены имени, содержащихся в ЕГР ЗАГС

Код элемента	Содержание элемента	Тип Размер	Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
CNAMELIST	VERS	T(5)	H	Номер версии	
	FILENAME	T(24)	O	Имя файла	
	SMOCOD	T(5)	O	Реестровый номер страховой медицинской организации	Заполняется в соответствии с F002
	NRECORDS	N(7)	O	Число записей всего	
	CNAME	S	OM	Записи о застрахованных лицах, изменивших ФИО	
Записи о застрахованных лицах, изменивших ФИО					
CNAME	ID	T(36)	O	Идентификатор записи ТФОМС	
	DR	D	O	Дата рождения	
	MR	T(100)	O	Место рождения застрахованного лица	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в документе, удостоверяющем личность
	SVID	S	Y	Данные свидетельства о перемене имени, выданного ЗАГС	
	FIO_PREV	S	O	Данные ФИО застрахованного лица до их смены	
	FIO_NEW	S	O	Данные ФИО застрахованного лица после их смены	

	DOC	S	У	Данные документа, удостоверяющего личность, полученные из ЕГР ЗАГС	
	POLIS	S	О	Данные о текущем страховании	
Данные свидетельства о перемене имени, выданного ЗАГС					
SVID	DOC SER	T(10)	У	Серия	
	DOC NUM	T(20)	У	Номер	
	DOC DATE	D	У	Дата выдачи	
Данные ФИО застрахованного лица до их смены					
FIO_PREV	FAM	T(40)	О	Фамилия	
	IM	T(40)	О	Имя	
	OT	T(40)	У	Отчество	
Данные ФИО застрахованного лица после их смены					
FIO_NEW	FAM	T(40)	О	Фамилия	
	IM	T(40)	О	Имя	
	OT	T(40)	У	Отчество	
Данные документа, удостоверяющего личность, полученные из ЕГР ЗАГС					
DOC	DOC TYPE	T(2)	У	Тип прежнего документа, удостоверяющего личность	
	DOC SER	T(10)	У	Серия прежнего документа, удостоверяющего личность	
	DOC NUM	T(20)	У	Номер прежнего документа, удостоверяющего личность	
	DOC DATE	D	У	Дата выдачи прежнего документа, удостоверяющего личность	

	DOCEXP	D	У	Срок действия прежнего документа, удостоверяющег о личность	Дата окончания действия документа. Обязательно для следующих документов в событиях страхования после 18.07.2013: 10 - Свидетельство о регистрации ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации; 11 - Вид на жительство; 12 - Удостоверение беженца в Российской Федерации; 13 - Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации; 23 - Разрешение на временное проживание; 25 - Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации; 26 - Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии; 27 - Копия жалобы о лишении статуса беженца; 28 - Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации; 29 - Сведения о трудовом договоре трудоустроенного государства - члена ЕАЭС.
--	--------	---	---	---	--

	NAME_VP	T(80)	У	Наименование органа, выдавшего прежний документ, удостоверяющий личность	
Данные о текущем страховании					
POLIS	VPOLIS	N(1)	О	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с классификатором F008
	NPOLIS	T(20)	У	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полиса единого образца в поле "серия и номер" указывается номер бланка полиса. Может не заполняться только в случае отсутствия сведений о номере бланка полиса
	SPOLIS	T(10)	У	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Указывается только для полисов старого образца (при наличии в ДПФС)
	DBEG	D	У	Дата выдачи документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	ENP	T(16)	О	Единый номер полиса ОМС	

Приложение № 8
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении подачи заявлений о новых записях о ЗЛ и изменении/корректировке существующих в формате XML.

Таблица 8.1. Файл типа Z с информацией о заявлениях от ТФОМС.

	Содержание элемента	Наименование	Дополнительная информация
InputData	ExecutionMedicalInsurancePolicyRequest	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
ExecutionMedicalInsurancePolicyRequest	orderId		
	region	Регион страхования	
	Code_smp	Код СМО	
	IssuingPointAddress	Адрес СМО	
	ApplicationFormData	Данные о ЗЛ	
Данные о ЗЛ			
ApplicationFormData	FIO	ФИО	
	BirthDate	Дата рождения	
	Photo	Фото	
	GraphicSign	Скан подписи	
	OperationType	Тип операции	
	OldPolice	Номер старого полиса	
	Reason	Код действия	
	PoliceForm	Тип полиса	
	SMO	Код СМО	
	GENDER	Пол	
	UserCategory	Категория ЗЛ	
	Citizenship	Гражданство	
	CitizenshipPlace	Место регистрации	
	CitizenshipDate	Дата регистрации	
	RegDate	Дата регистрации	
	RegDateLiving	Дата регистрации по месту жительства	
	Email	Электронная почта	
	PhoneNumber	Телефонный номер	
	IdentityDocument	Тип документа	
	Snils	СНИЛС	

	Содержание элемента	Наименование	Дополнительная информация
	Document	Тип документа	
	RegResidentialAddress	Адрес регистрации	
	RegResidentialAddress Stay	Адрес проживания	
Документ удостоверяющий личность			
Document	Type	Тип документа	
	Series	Серия	
	Number	Номер	
	IssueDate	Дата выдачи	
	Snils	СНИЛС	
Адрес регистрации			
RegResidentialAddress	FullAddressText	Полный адрес	
	RegionName	Регион	
	Street	Улица	
	House	Дом	
	Flat	Квартира	
	PostalIndex	Индекс	
Адрес проживания			
RegResidentialAddress Stay	FullAddressText	Полный адрес	
	RegionName	Регион	
	Street	Улица	
	House	Дом	
	Flat	Квартира	
	PostalIndex	Индекс	

Приложение № 9
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении обработке заявлений о выборе МО и медицинского работника для получения первичной медико-санитарной помощи в формате XML.

Таблица 9.1. Файл типа MM со сведениями о прикреплении/откреплении застрахованного лица к медицинской организации от МО в ТФОМС.

	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о прикреплении/откреплении)					
PRIKR_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	PRIKR	OM	S	Данные	Содержит сведения заявления о прикреплении к медицинской организации
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.
Данные					
PRIKR	IDPRIKR	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Уникальный 36 разрядный идентификатор GUID
	LPU	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии с Региональным справочником.
	LPU_1	O	T(6)	Код структурного подразделения	Заполняется в соответствии с Региональным справочником.
	SS_VR	O	T(14)	СНИЛС участкового врача	
	SS_MS	Y	T(14)	СНИЛС медицинской сестры	
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Обязателен для полиса ОМС старого образца

	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	FAM	O	T(40)	Фамилия застрахованного	Заполняется в соответствии с документом УДЛ ОТ (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ.
	IM	O	T(40)	Имя застрахованного	
	OT	Y	T(40)	Отчество застрахованного	
	W	O	N(1)	Пол застрахованного	Заполняется в соответствии с классификатором V005 .
	DR	O	D	Дата рождения застрахованного	В формате ГГГГ-ММ-ДД Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). 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).
	PHONE	Y	T(30)	Номер телефона застрахованного	Информация для страхового представителя.
	MR	Y	T(100)	Место рождения застрахованного	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность.
	SS	Y	T(14)	СНИЛС застрахованного	СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.
	TER_ST	O	T(5)	Код ОКАТО территории страхования	
	OKATOG	Y	T(11)	Код места жительства по	Заполняется при наличии

Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
			ОКАТО	сведений
ОКАТОР	У	T(11)	Код места пребывания по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений
P_RNNAME	О	T(120)	Район места жительства (наименование)	Не структурированный
P_NPNAME	У	T(120)	Наименование населенного пункта	Не структурированный Обязателен для застрахованных проживающих в районах
P_UL	У	T(120)	Наименование улицы места жительства	Не структурированный Обязателен для застрахованных проживающих в городах
P_DOM	У	T(10)	Номер дома места жительства	Не структурированный Обязателен при заполнении P_UL
P_KORP	У	T(10)	Номер корпуса места жительства	Не структурированный
P_KV	У	T(10)	Номер квартиры места жительства	Не структурированный
TYPE_P	У	N(1)	Причина прикрепления	Заполняется при прикреплении застрахованного 1 - Смена места жительства или места пребывания 2 - Выбор 1 раз в год 3 - В связи с достижением 18 лет 4 - Прикрепление по территориальному признаку
DATE_P	У	D	Дата прикрепления	Заполняется при прикреплении застрахованного В формате ГГГГ-ММ-ДД
TYPE_O	У	N(1)	Причина открепления	Заполняется при откреплении застрахованного 1 - Смена места жительства или места пребывания 2 - Выбор 1 раз в год 3 - В связи с достижением 18 лет 4 - Смерть застрахованного 5 - Ошибочное прикрепление 6 - По заявлению застрахованного
DATE_O	У	D	Дата открепления	Заполняется при

	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					откреплении застрахованного В формате ГТТГ-ММ-ДД

Таблица 9.2. Файл типа VM со сведениями о врачебных участках от МО в ТФОМС.

	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
SP_VU_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SP_VU	OM	S	Данные	Содержит сведения о врачебном участке
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.
Данные					
SP_VU	IDSPVU	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Уникальный 36 разрядный идентификатор GUID
	LPU	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии с Региональным справочником.
	LPU_1	O	T(6)	Код структурного подразделения	Заполняется в соответствии с Региональным справочником.
	SS_VR	O	T(14)	СНИЛС участкового врача	
	SS_MS	Y	T(14)	СНИЛС медицинской сестры	Заполнение при обслуживании ФА/ФАП.
	FAM_VR	O	T(40)	Фамилия участкового врача	
	IM_VR	O	T(40)	Имя участкового врача	
	OT_VR	Y	T(40)	Отчество участкового врача	
	W_VR	O	N(1)	Пол участкового врача	Заполняется в соответствии с классификатором V005 .
	DR_VR	O	D	Дата рождения участкового врача	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FAM_MS	Y	T(40)	Фамилия медицинской сестры	Заполнение при обслуживании ФА/ФАП.
	IM_MS	Y	T(40)	Имя медицинской сестры	Заполнение при обслуживании ФА/ФАП.
	OT_MS	Y	T(40)	Отчество медицинской сестры	Заполнение при обслуживании ФА/ФАП.
	W_MS	Y	N(1)	Пол медицинской сестры	Заполнение при обслуживании ФА/ФАП в соответствии с классификатором V005 .
	DR_MS	Y	D	Дата рождения медицинской сестры	В формате ГГГГ-ММ-ДД Заполнение при

	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					обслуживании ФА/ФАП.
	PRVS	O	N(4)	Специальность участкового врача	Классификатор медицинских специальностей V021.
	DATEBEG	O	D	Дата включения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATEEND	У	D	Дата исключения	В формате ГГГГ-ММ-ДД Заполняется при исключении из справочника участкового врача/ медицинской сестры

Приложение № 10
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении обработке заявлений о выборе МО и медицинского работника для получения первичной медико-санитарной помощи в формате XML.

Таблица 10.1. Файл типа PM со сведениями результатах обработки файла о прикреплении/откреплении застрахованного лица к медицинской организации от ТФОМС в МО.

	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о прикреплении/откреплении)					
PROTOKOL_PRIKR	PRIKR	OM	S	Данные	Содержит сведения заявления о прикреплении к медицинской организации
Данные					
PRIKR	IDPRIKR	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Уникальный 36 разрядный идентификатор GUID
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Обязателен для полиса ОМС старого образца
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП
	STAT	O	T(250)	Комментарий	Результат

Таблица 10.2. Файл типа VM со сведениями о результатах обработки файла о врачебных участках от ТФОМС в МО.

	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
SP_VU_LIST	SP_VU	OM	S	Данные	Содержит сведения о врачебном участке
Данные					
SP_VU	IDSPVU	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Уникальный 36 разрядный идентификатор GUID
	STAT	O	T(250)	Комментарий	Результат

Приложение № 11
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении планирования ЗЛ подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году в формате XML.

Таблица 11.1. Файл со сведениями о застрахованных лицах, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
MONLIST	Корневой элемент				
PERS	ID_PAC	O	T(36)	Идентификатор пациента	
	VPOLIS	O	N(1,0)	Тип полиса ОМС	
	SPOLIS	У	T(10)	Серия полиса ОМС	Только для типа полиса 1
	NPOLIS	O	T(20)	Номер полиса ОМС	Для полисов ОМС единого образца проставляется ЕНП
	FAM	O	T(40)	Фамилия	
	IM	O	T(40)	Имя	
	OT	У	T(40)	Отчество	
	DR	O	D	Дата рождения	
	W	O	N(1,0)	Пол	
	TEL	Н	T(20)	Номер телефона ЗЛ	
	MO	O	T(6)	Реестр. номер МО	
	SMO	O	T(5)	Реестр. номер СМО	
	MON	O	MS	Диспансерное наблюдение	
MON	GUID	O	T(36)	Уникальный идентификатор карты ДН в регионе (в разных выгрузках для одной и той же карты он должен совпадать, можно НомерКартыДН_Ко дМО	
	CARDNUM	У	T(50)	Номер контрольной карты диспансерного наблюдения	

	SS_VR	O	N(14)	СНИЛС врача, к которому прикреплен	
	FIO_VR	H	T(120)	Фамилия, Имя, Отчество врача	
	POST_VR	H	T(20)	Код должности врача	
	SPEC_VR	O	T(9)	Код специальности врача (V021 Классификатор медицинских специальностей)	
	DS	O	T(7)	Диагноз по которому взят на диспансерное наблюдение	Указывается код диагноза из МКБ-10
	PROFIL_ZAB	H	N(1,0)	Профиль заболевания	1 - Онкологические заболевания; 2 - Заболевания эндокринной системы; 3 - Бронхолегочные заболевания; 4 - Болезни системы кровообращения; 5 - Прочие неинфекционные заболевания.
	DIAG_DATE	Y	D	Дата установления диагноза	
	DATE_DN_1	O	D	Дата начала диспансерного наблюдения	
	DATE_DN_2	H	D	Дата окончания диспансерного наблюдения	
	STOP_DN	Y		Причина прекращения диспансерного наблюдения.	Обязательно к заполнению при наличии даты окончания диспансерного наблюдения. 1 – выздоровление (по умолчанию), 2 - выбытие из района обслуживания, 3 - смерть

	C_ZAB	O	N(1,0)	Характер заболевания	1 – Впервые в жизни установленное хроническое 2 – Ранее известное хроническое
	GR_ZD	H	T(5)	Группа здоровья	Значение II, III-а, III-б (взрослые)
	COMMENT	H	T(250)	Примечание	
	PLAN_DN	Y	MS	Планирование диспансерного наблюдения	Обязательно к заполнению при пустой дате окончания диспансерного наблюдения (DATE_DN_2)
PLAN_DN	ID_DN	O	N(2,0)	Порядковый номер диспансерного наблюдения в течение года	
	YEAR	O	N(4,0)	Плановый год диспансерного наблюдения	
	MONTH	Y	N(2,0)	Плановый месяц диспансерного наблюдения	Обязательно для заполнения одно из полей. В случае заполнения обоих полей приоритетом считается плановая дата.
	DATE	Y	D	Плановая дата диспансерного наблюдения	
	M_DN	O	N(1,0)	Место проведения диспансерного наблюдения	1 – на приеме; 2 – на дому

Приложение № 12
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Структура файлов информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении информирования ЗЛ о возможности прохождения профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения в формате XML.

Таблица 12.1. Файл со сведениями об информировании застрахованных лиц для загрузки сведений об информировании застрахованных лиц о возможности прохождения профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Форма т	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
INFO_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях информирования застрахованных лиц
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «2.0».
	FILE_DATE	O	D	Дата формирования файла	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILE_NAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	ZAP_COUNT	O	N(5)	Количество случаев	Указывается количество случаев, включённых в файл.
	CODE	O	N(8)	Код файла	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_SMO	O	T(6)	Реестровый номер страховой медицинской организации	Код СМО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F002
Записи					
ZAP	N_ZAP	O	N(5)	Номер записи	Соответствует порядковому номеру записи
	INFO_DATE	O	D	Дата случая информирования	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FAM	Y	T(40)	Фамилия застрахованного лица	
	IM	Y	T(40)	Имя застрахованного лица	
	OT	Y	T(40)	Отчество застрахованного лица	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	W	O	N(1)	Пол застрахованного лица	Заполняется в соответствии с классификатором V005 (1-Мужской, 2-Женский)
	DR	O	D	Дата рождения застрахованного лица	
	ENP	Y	T(16)	ЕНП Застрахованного лица	
	SPOLICY	Y	T(10)	Серия полиса	
	NPOLICY	O	T(20)	Номер полиса	
	CODE_MO	O	T(6)	Код МО	МО прикрепления, указывается в соответствии с реестром МО.
	DISP	Y	T(3)	Тип диспансеризации	Классификатор типов диспансеризации V016
	REPEAT	Y	N(1)	Повторный случай информирования	0-нет 1-да Не заполнено – значит для автоматического определения системой
	PURPOSE	O	N(3)	Цель информирования	Для информирования коды из справочника «Цели информирования». Для Согласия на информирование код 50
	METHOD	O	N(3)	Способ информирования	Коды из справочника «Способ информирования»
	RESULT	O	N(3)	Результат информирования	Для информирования - коды из справочника «Результат информирования». Для Согласия на информирование - код 51 (согласен), 52 (не согласен)
	SMO_EMPLOYEE	O	T(14)	СНИЛС представителя СМО	СНИЛС представителя СМО, осуществлявшего информирование
	COMMENT	Y	T(500)	Примечание	
	PROF_DISEASE	Y	N(3)	Профиль заболевания	Для информирования с целью 34: 1 - Онкологические заболевания 2 - Заболевания эндокринной системы 3 - Бронхолегочные

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					заболевания 4 - Болезни системы кровообращения 5 - Прочие неинфекционные заболевания
	ANSWERS	УМ	S	Ответы на вопросы для сбора статистики	
Ответы на вопросы для сбора статистики					
ANSWERS	ZAP_ANSWER	O	S		
Записи с ответами на вопросы для сбора статистики					
ZAP_ANSWER	QUESTION	O	N(3)	Код вопроса	
	ANSWER	O	N(3)	Код ответа	

Справочники для проставления кодов

Таблица 12.2. Справочник «Цель информирования» (элемент PURPOSE)

1	Информирование о возможности прохождения диспансеризации
2	Информирование о возможности прохождения профилактического осмотра
3	Повторное информирование о диспансеризации
4	Повторное информирование о профилактическом осмотре
5	Информирование о необходимости прохождения профилактических мероприятий в рамках 2 этапа
6	Опрос
7	Консультация
11	Информирование о возможности прохождения диспансеризации с периодичностью 1 раз в 2 года
33	Повторное информирование о диспансеризации с периодичностью 1 раз в 2 года
34	Информирование о необходимости прохождения диспансерного наблюдения
35	Повторное информирование о необходимости прохождения диспансерного наблюдения
36	Информирование по углубленной диспансеризации
37	Информирование по углубленной диспансеризации(повторное)

Таблица 12.3. Справочник «Способ информирования» (элемент METHOD)

1	Телефонный обзвон
2	SMS рассылка
3	Письменное уведомление
4	Адресный обход
5	Почтовая рассылка
6	Устно
7	Система обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры)
8	Электронная почта
9	Посредством ЕПГУ

Таблица 12.4. Справочник «Результат информирования» (элемент RESULT)

1	Проинформирован(а) о возможности прохождения профилактических мероприятий
2	Без результата (недоступен, указаны неверные контактные данные)
3	Отказался
4	Проинформирован(а) о возможности прохождения диспансерного наблюдения

Таблица 12.5. Справочник «Классы МКБ10»

1	Онкологические заболевания
2	Заболевания эндокринной системы
3	Бронхолегочные заболевания
4	Болезни системы кровообращения
5	Прочие неинфекционные заболевания

Приложение № 13
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Модуль интеграции предназначен для передачи данных от МИС МО в систему мониторинга госпитализации.

Таблица 13.1. Описание формата выгрузки данных для мониторинга госпитализации.

Элемент Поле(тег)	Родительский Элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательность	Повторяемость	Тип данных	Длина, знаков
Request		Группировочный тег, объединяет все записи реестра			Группа	
Token	Request	Атрибут, значение которого используется для авторизации МО			Строка	36
Referrals	Request	Группировочный тег, содержит в себе данные направления на госпитализацию			Группа	
ID	Referrals	Идентификатор направления в ИС МО			Текст	36
C_Number	Referrals	Номер направления			Текст	20
D_Referral	Referrals	Дата направления			Дата	
F_ServiceKind	Referrals	Тип медицинской помощи: 1 - Планово 3 - Неотложная помощь			Целое	
F_MO_Source	Referrals	Реестровый номер МО, направившей на госпитализацию (справочник МО ФФОМС)			Текст	6
C_DepartmentSource	Referrals	Код подразделения, направившего на госпитализацию (справочник подразделений в АИС)			Текст	30
F_MO_Dest	Referrals	Реестровый номер МО, куда направлен пациент (справочник F003)			Текст	6
C_DepartmentDest	Referrals	Код подразделения, куда направлен пациент (справочник подразделений в АИС)			Текст	30
F_TypeOMS	Referrals	Тип полиса ОМС: 1. Полис ОМС старого образца 2. Временное свидетельство 3. Полис ОМС единого образца			Целое	
C_InsuranceSeries	Referrals	Серия полиса ОМС			Текст	20
C_InsurancePolicy	Referrals	Номер полиса ОМС			Текст	25

Элемент Поле(тег)	Родительский элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательность	Повторяемость	Тип данных	Длина, знаков
F_SMO	Referrals	Реестровый номер страховой медицинской организации (далее СМО) (справочник F002 ФФОМС)			Текст	5
F_Regions	Referrals	ОКАТО Региона, субъекта РФ, в котором застрахован гражданин			Текст	5
C_Surname	Referrals	Фамилия застрахованного лица			Текст	40
C_Name	Referrals	Имя застрахованного лица			Текст	40
C_Patronymic	Referrals	Отчество застрахованного лица			Текст	40
B_Gender	Referrals	Пол застрахованного лица (1 – мужской, 0 – женский)			Целое	
D_BirthDate	Referrals	Дата рождения застрахованного лица			Дата	
C_MKB	Referrals	Код диагноза по МКБ-10			Текст	10
F_Profile	Referrals	Код профиля медицинской помощи (справочник медицинской помощи, который используется в системе АИС региона. Может быть v002 или v020 ФФОМС)			Текст	5
C_HospitalBranch	Referrals	Наименование отделения (профиля медицинской помощи)			Текст	120
C_DoctorCode	Referrals	Код мед.работника, направившего пациента			Текст	20
C_Doctor	Referrals	ФИО направившего врача			Текст	60
D_PlanDate	Referrals	Плановая дата госпитализации			Дата	
USLMP	Referrals	Код условия оказания МП: КР-Стационар круглосуточный ДС-Дневное пребывание (в стационаре) ДП-Дневной стационар (в поликлинике) ДД-Стационар на дому			Текст	2
Hosp	Request	Группировочный тег, содержит в себе данные о госпитализации			Группа	
ID	Hosp	Идентификатор факта госпитализации в ИС МО			Текст	36
B_Emergency	Hosp	Экстренная госпитализация: 1 – экстренная, 0 - плановая			Целое	
C_Number	Hosp	Номер направления			Текст	20
D_Referral	Hosp	Дата направления			Дата	
F_ServiceKind	Hosp	Тип медицинской помощи: 1 – Планово 2 - Экстренно 3 - Неотложная помощь			Целое	
F_MO_Source	Hosp	Реестровый номер МО, направившей на госпитализацию (справочник МО ФФОМС)			Текст	6
C_DepartmentSource	Hosp	Код подразделения, направившего на госпитализацию (справочник подразделений в АИС)			Текст	30

Элемент Поле(тег)	Родительский элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательность	Повторяемость	Тип данных	Длина, знаков
F_MO_Dest	Hosp	Реестровый номер МО госпитализации (справочник МО ФФОМС)			Текст	6
C_DepartmentDest	Hosp	Код подразделения госпитализации (справочник подразделений в АИС)			Текст	30
D_DateHosp	Hosp	Дата госпитализации			Дата	
D_TimeHosp	Hosp	Время госпитализации			Время	
F_TypeOMS	Hosp	Тип полиса ОМС: 1 - Полис ОМС старого образца 2 - Временное свидетельство 3 - Полис ОМС единого образца			Целое	
C_InsuranceSeries	Hosp	Серия полиса			Текст	20
C_InsurancePolicy	Hosp	Номер полиса			Текст	25
F_SMO	Hosp	Реестровый номер СМО (справочник F002 ФФОМС)			Текст	5
F_Regions	Hosp	ОКАТО Региона, субъекта РФ, в котором застрахован гражданин			Текст	5
C_Surname	Hosp	Фамилия застрахованного лица			Текст	40
C_Name	Hosp	Имя застрахованного лица			Текст	40
C_Patronymic	Hosp	Отчество застрахованного лица			Текст	40
B_Gender	Hosp	Пол застрахованного лица (1 – мужской, 0 – женский)			Целое	
D_BirthDate	Hosp	Дата рождения застрахованного лица			Дата	
F_Profile	Hosp	Код профиля медицинской помощи (справочник медицинской помощи, который используется в системе АИС региона. Может быть v002 или v020 ФФОМС)			Текст	5
C_HospitalBranch	Hosp	Наименование отделения (профиля медицинской помощи)			Текст	120
C_CardNumber	Hosp	№ карты стац.больного			Текст	20
C_MKB_PO	Hosp	Диагноз приемного отделения			Текст	10
USLMP	Hosp	Код условия оказания МП: КР-Стационар круглосуточный ДС-Дневное пребывание (в стационаре) ДП-Дневной стационар (в поликлинике) ДД-Стационар на дому			Текст	2
HospLeave	Request	Группировочный тег, содержит в себе данные о выписке из стационара			Группа	
ID	HospLeave	Идентификатор карты выбывшего из стационара в ИС МО			Текст	36
C_Number	HospLeave	Номер направления			Текст	20
D_Referral	HospLeave	Дата направления			Дата	

Элемент Поле(тег)	Родительский элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательность	Повторяемость	Тип данных	Длина, знаков
F_ServiceKind	HospLeave	Тип медицинской помощи: 1 Планово 2 Экстренно 3 Неотложная помощь			Целое	
F_MO	HospLeave	Реестровый номер МО (справочник МО ФФОМС)			Текст	6
C_Department	HospLeave	Код подразделения (справочник подразделений в АИС)			Текст	30
D_DateHosp	HospLeave	Дата/время госпитализации			Дата/Время	
D_DateLeave	HospLeave	Дата/время выбытия из стационара			Дата/Время	
F_Profile	HospLeave	Код профиля медицинской помощи (справочник медицинской помощи, который используется в системе АИС региона. Может быть v002 или v020 ФФОМС)			Текст	5
C_HospitalBranch	HospLeave	Наименование отделения (профиля медицинской помощи)			Текст	120
C_CardNumber	HospLeave	Номер карты выбывшего из стационара			Текст	20
C_Surname	HospLeave	Фамилия застрахованного лица			Текст	40
C_Name	HospLeave	Имя застрахованного лица			Текст	40
C_Patronymic	HospLeave	Отчество застрахованного лица			Текст	40
USLMP	HospLeave	Код условия оказания МП: КР-Стационар круглосуточный ДС-Дневное пребывание (в стационаре) ДП-Дневной стационар (в поликлинике) ДД-Стационар на дому			Текст	2
F_TreatmentResult	HospLeave	Код результата обращения граждан за медицинской помощью (справочник V009 ФФОМС, тег IDRMP)			Текст	5
DocCancel	Request	Группировочный тег, содержит в себе данные об аннулировании направления (отказа в госпитализации)			Группа	
ID	DocCancel	Идентификатор талона приемного покоя в ИС МО			Текст	36
C_Number	DocCancel	Номер направления			Текст	20
D_Date	DocCancel	Дата			Дата	
F_SMO	DocCancel	Реестровый номер СМО (справочник F002 ФФОМС)			Текст	5
F_MO_Stac	DocCancel	Реестровый номер МО (справочник МО ФФОМС) при аннулировании направления в МО стационара			Текст	6

Элемент Поле(тег)	Родительский Элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательность	Повторяемость	Тип данных	Длина, знаков
F_MO_Polic	DocCancel	Реестровый номер МО (справочник МО ФФОМС) при аннулировании направления в МО амбулаторной поликлиники			Текст	6
C_Department	DocCancel	Код подразделения (справочник подразделений в АИС) при аннулировании в МО			Текст	30
F_CancelReason	DocCancel	Причина аннулирования направления: 1.Неявка пациента на госпитализацию 2.Непредоставление необходимого пакета документов 3.Инициативный отказ от госпитализации пациентов 4.Смерть 5.Прочие 6.Отсутствуют медицинские показания			Целое	
F_DopReasonCancel	DocCancel	Дополнительная причина аннулирования направления. Указывается в случае значения основной причины аннулирования – Прочие. Возможные значения: 1. Госпитализирован ранее экстренно до срока плановой госпитализации 2. Направление выписано повторно/ошибочно, проведен консультативный прием 3. Госпитализирован с оплатой из иных источников (ВМП; на платной основе; ДМС; по бюджету (паллиативное отделение, койки сестринского ухода)) 4. Отправлен в специализированную МО (туберкулез, психиатрия/наркология, венерология) 5. Имеются медицинские противопоказания к госпитализации 6. Изменение даты плановой госпитализации по инициативе пациента 7. Госпитализирован с другим (номерным) направлением (в иные условия (дн. стационар); по иному профилю) 8. Госпитализация в дневной/круглосуточный стационар			Целое	
C_CancelNotes	DocCancel	Причина отказа в госпитализации			Текст	250
C_Surname	DocCancel	Фамилия застрахованного лица			Текст	40
C_Name	DocCancel	Имя застрахованного лица			Текст	40
C_Patronymic	DocCancel	Отчество застрахованного лица			Текст	40
HospStats	Request	Группировочный тег, содержит в себе данные о свободных койках			Группа	
D_Date	HospStats	Дата			Дата	
F_MO	HospStats	Реестровый номер МО (справочник МО ФФОМС)			Текст	6

Элемент Поле(тег)	Родительский элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательность	Повторяемость	Тип данных	Длина, знаков
C_Department	HospStats	Код подразделения (справочник подразделений в АИС)			Текст	30
F_Profile	HospStats	Код профиля медицинской помощи (справочник медицинской помощи, который используется в системе АИС региона. Может быть v002 или v020 ФФОМС)			Текст	5
USLMP	HospStats	Код условия оказания МП: КР-Стационар круглосуточный ДС-Дневное пребывание (в стационаре) ДП-Дневной стационар (в поликлинике) ДД-Стационар на дому			Текст	2
N_Patients	HospStats	Состояло пациентов			Число	
N_PatientsNew	HospStats	Поступило пациентов			Число	
N_PatientsLeave	HospStats	Выбыло пациентов			Число	
N_PatientsPlanned	HospStats	Планируется госпитализаций			Число	
N_AvailableTotal	HospStats	Количество свободных коек			Число	
N_AvailableMale	HospStats	Количество коек для записи мужских			Число	
N_AvailableFemale	HospStats	Количество коек для записи женских			Число	
N_AvailableChildren	HospStats	Количество коек для записи детских			Число	
N_PatientsExecutionVolume	HospStats	Исполнение объемов по количеству госпитализаций			Число	
N_ExecutionVolume	HospStats	Исполнение объемов по количеству койко-дней			Число	
Consilium	Request	Группировочный тег, содержит в себе данные о телемедицинской консультации (ТМК)			Группа	
ID	Consilium	Идентификатор ТМК в ИС МО			Текст	36
D_Date	Consilium	Дата ТМК			Дата	
F_MO_Referral	Consilium	Реестровый номер МО (справочник МО ФФОМС) направившей на ТМК			Текст	6
F_MO	Consilium	Реестровый номер МО (справочник МО ФФОМС) проводившей ТМК			Текст	6
C_Surname	Consilium	Фамилия застрахованного лица			Текст	40
C_Name	Consilium	Имя застрахованного лица			Текст	40
C_Patronymic	Consilium	Отчество застрахованного лица			Текст	40
B_Gender	Consilium	Пол застрахованного лица (1 – мужской, 0 – женский)			Целое	
D_BirthDate	Consilium	Дата рождения застрахованного лица			Дата	
C_MKB	Consilium	Код диагноза по МКБ-10			Текст	10

Элемент Поле(тег)	Родительский Элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательность	Повторяемость	Тип данных	Длина, знаков
F_TypeOMS	Consilium	Тип полиса ОМС: 1 - Полис ОМС старого образца 2 - Временное свидетельство 3 - Полис ОМС единого образца			Целое	
C_InsuranceSeries	Consilium	Серия полиса			Текст	20
C_InsurancePolicy	Consilium	Номер полиса			Текст	25
F_SMO	Consilium	Реестровый номер СМО (справочник F002 ФФОМС)			Текст	5
D_Plan	Consilium	Плановая дата выполнения рекомендаций			Дата	
C_Recomendation	Consilium	Рекомендации			Текст	255
D_Fact	Consilium	Фактическая дата выполнения рекомендаций			Дата	
C_Result	Consilium	Результат			Текст	255

Приложение № 14
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Модуль интеграции предназначен для передачи данных от МИС МО о картах ДН, а также о запланированных профилактических мероприятиях, ведущихся в МО в модуль Информационное обеспечение профилактических мероприятий.

Таблица 14.1. Описание формата выгрузки данных карт диспансерного наблюдения.

Элемент Поле(тег)	Родительск ий Элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязател ьн	Повторяемо	Тип данных	Длина, знаков
Request		Группировочный тег, объединяет все записи реестра			Группа	
Token	Request	Атрибут, значение которого используется для авторизации МО			Строка	36
GetStatus		Постоянное значение, используется для определения типа передаваемых данных. Всегда передавать 301			Целое	
DispensaryCard		Группировочный тег, содержит в себе данные карт диспансерного наблюдения			Группа	
ID		Порядковый номер карты ДН в выгрузке			Целое	
DispensaryCardID InMO	DispensaryCard	Целочисленный идентификатор карты ДН в МИС			Целое	
C_GUID		Guid идентификатор карты ДН в МИС			Текст	36
CARDNUM		Номер карты ДН			Текст	50
SURNAME		Фамилия застрахованного лица			Текст	40
NAME		Имя застрахованного лица			Текст	40
PATRONYMIC		Отчество застрахованного лица			Текст	40
BIRTHDATE		Дата рождения застрахованного лица			Дата	
GENDER		Пол застрахованного лица (1 – мужской, 2 – женский)			Целое	
ENP		Единый номер полиса			Текст	16

Элемент Поле(тег)	Родительский Элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязателен	Повторяемо	Тип данных	Длина, знаков
POLIS_SER		Серия полиса ОМС			Текст	20
POLIS_NUM		Номер полиса ОМС			Текст	25
SMO		Реестровый номер страховой медицинской организации (далее СМО) (справочник F002 ФФОМС)			Текст	5
MO		Реестровый номер медицинской организации (далее СМО) (справочник F002 ФФОМС)			Текст	6
DOCT_SNILS		Код мед.работника, ведущего карту ДН			Текст	20
DOCT_FIO		ФИО мед.работника, ведущего карт ДН			Текст	250
DOCT_POST		Код должности врача. Региональный справочник. Значения находятся в Информационное сопровождение профилактических мероприятий – Справочники - Должности (dbo.CS_Positions)			Текст	10
DOCT_SPEC		Код специальности (Справочник V021 ФФОМС)			Текст	10
DIAG_COND		Диагноз выявлен (1- При Обращении за лечением, 2 - При Профилактическом осмотре)			Целое	
CARD_STATE		Диагноз установлен (1 - Впервые, 2 - Повторно)			Целое	
CREATEDATE		Дата/время создания карты ДН			Дата/Время	
BEGDATEDN		Дата начала ДН			Дата	
ENDDATEDN		Дата окончания ДН			Дата	
STOPREASON		Причина закрытия карты ДН (1 - Выздоровление, 2 - Выбытие из района обслуживания, 3 - Смерть)			Целое	
COMMENT		Примечание			Текст	250
PROFIL		Группа диспансерного наблюдения (не используется)			Целое	
Diagnoses		Сведения о диагнозах в карте ДН			Группа	
DispensaryPlans		Сведения о планах на ДН			Группа	
DispensaryVisits		Сведения о посещениях в рамках ДН			Группа	
Item	Diagnoses	Сведения о диагнозе в карте ДН			Группа	
MKB	Diagnoses.Item	Код МКБ			Текст	10
DESCRIPTION	Diagnoses.Item	Описание диагноза			Текст	500
DIAG_DATE	Diagnoses.Item	Дата установления диагноза ДН			Дата	

Элемент Поле(тег)	Родительский Элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательн	Повторяемо	Тип данных	Длина, знаков
DIAG_DATE_TO		Дата окончания действия записи о диагнозе			Дата	
DOCTOR_SNILS		Код врача установившего диагноз			Текст	20
DIAGNOS_SET		Диагноз установлен (1 - Впервые, 2 - Повторно)			Целое	
Item	DispensaryPlans	Сведения о плановой дате на ДН			Группа	
PLAN_DATE	DispensaryPlans .Item	Плановая дата			Дата	
VISIT_DATE		Дата посещения			Дата	
PLACE		Место планового посещения (1 - Медицинская организация, 2 - На дому)			Целое	
Item	DispensaryVisits	Сведения о посещении в рамках ДН			Группа	
RESULT_CODE	DispensaryVisits.Item	Результат посещения. (V009 Классификатор результатов обращения за медицинской помощью)			Целое	
VISIT_DATE		Дата посещения			Дата	

Таблица 14.2. Описание формата выгрузки данных о запланированных профилактических мероприятиях.

Элемент Поле(тег)	Родительский Элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательность	Повторяемость	Тип данных	Длина, знаков
Request		Группировочный тег, объединяет все записи реестра	1	1	Группа	
Token	Request	Атрибут, значение которого используется для авторизации МО	1	1	Строка	36
GetStatus		Постоянное значение, используется для определения типа передаваемых данных. Всегда передавать 601	1	1	Целое	
DispPlan		Группировочный тег, содержит в себе данные по плановым мероприятиям	1	*	Группа	
MO	DispPlan	Реестровый номер медицинской организации (далее СМО) (справочник F003 ФФОМС)	1	1	Текст	6
YEAR		Год профмероприятия (2023,2024 и т.д.)	1	1	Целое	4
MONTH		Месяц профмероприятия (1-12)	1	1	Целое	2
DISPTYPE		Тип профмероприятия по классификатору V016	1	1	Текст	3
DispPlanItem		Группировочный тег, содержит в себе данные о застрахованных лицах, включенных в плановый список	1	*	Группа	
DispPlanItem	DispPlanItem	Группировочный тег, содержит в себе данные по плановым мероприятиям	1	*	Группа	
SURNAME		Фамилия застрахованного лица	1	1	Текст	40
NAME		Имя застрахованного лица	1	1	Текст	40
PATRONYMIC		Отчество застрахованного лица	-	1	Текст	40
BIRTHDATE		Дата рождения застрахованного лица	1	1	Дата	
GENDER		Пол застрахованного лица (1 – мужской, 2 – женский)	1	1	Целое	
ENP		Единый номер полиса. Обязательно указание или ЕНП или номера полиса	-	1	Текст	16
POLIS_SER		Серия полиса ОМС	-	1	Текст	20
POLIS_NUM		Номер полиса ОМС. Обязательно указание или ЕНП или номера полиса	-	1	Текст	25
PHONE		Контакты/телефон	-	1	Текст	250
SMO		Реестровый номер страховой медицинской организации (далее СМО) (справочник F002 ФФОМС)	1	1	Текст	5
SECTOR		Код (Номер) участка	-	1	Текст	25

Элемент Поле(тег)	Родительский Элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательность	Повторяемость	Тип данных	Длина, знаков
DATE		Дата профмероприятия	-	1	Дата	
DISPGROUP		Группа диспансеризации для УД1, обязательно при DISPTYPE = «УД1». Возможные значения 1 - Лица, перенесшие COVID-19, с коморбидным фоном 2 - Лица, перенесшие COVID-19 3 - Лица, не обращавшиеся в МО более 2 лет 4.1 - Иные граждане, не проходившие ДИСП, с коморбидным фоном 4.2 - Иные граждане, не проходившие ДИСП, без заболеваний 4.3 - Иные граждане, кому положено прохождение ДИСП 5 - Иные граждане	-	1	Текст	3
COMMENT		Примечание	-	1	Текст	250

Дата/Время передается в формате уууу-mm-ddThh:mi:ss, например

2018-01-15T17:38:00 - 17:38 15 января 2018 г.

2018-02-13T00:00:00 - 13 февраля 2018 г.

Дата передается в формате уууу-mm-dd, например

2018-01-15 - 15 января 2018 г.

2018-02-13 - 13 февраля 2018 г.

Время передается в формате hh24:mi:ss, например

17:38:00 - 17 часов 38 минут

05:12:00 - 5 часов 12 минут

Приложение № 15
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

**Модуль интеграции, предназначенный для определения страховой принадлежности.
Таблица 15.1. Описание формата выгрузки данных ЗЛ.**

Элемент Поле(тег)	Родительск ий Элемент (тег)	Описание (ссылка на правило заполнения)	Обязательн ость	Повторяемо сть	Тип данных	Длина, знаков
Insured		Группировочный тег, объединяет все записи реестра			Группа	
GetInsurance	Request	Постоянное значение, используется для определения типа передаваемых данных.				
ФИО+ДР					Группа	
SecondName		Фамилия	1		Текст	
FirstName		Имя	1		Текст	
PatronymicName		Отчество	1		Текст	
BirthDate		Дата рождения	1		Текст	10
ЕНП					Группа	
ENP		Единый номер полиса	1		Текст	16
ДУЛ					Группа	
PassportSerial		Серия полиса	1		Текст	4
PassportNumber		Номер полиса	1		Текст	6

Таблица 15.2. Описание формата ответа выгрузки данных ЗЛ.

```
{
  "insuranceStatuses": [
    {
      "fio": "Магомедов Магомед Магомедович",
      "fam": "Магомедов",
      "im": "Магомед",
      "ot": "Магомедович",
      "dr": "2021-04-21",
      "w": 1, - пол (1-м, 2-ж)
      "doctype": 14,
      "docser": "82 00",
      "docnum": "997006",
      "snils"
      "date_begin"
      "date_end"
      "active": 0, - активен (1 - да, 0 - нет)
      "vpolis": 3"
      "spolis": null,
      "npolis": 1234567890123456,
      "enp": 1234567890123456
      "smo": "05501"
      "namSmok": "ФИЛИАЛ АО \"МАКС-М\" В Г.МАХАЧКАЛА, КОД - 05501",
      reenom: "050123", - реестровый номер МО прикрепления
      "adres": "ПОЛИКЛИНИКА , врач - МАГОМЕДОВА З.",
      "ss_vr", - СНИЛС врача
      "date_p - Дата прикрепления"
      "terSt": "82000",
      "name": "Республика Дагестан",
    }
  ],
  "result": 0,
  "description": null
}
```

Приложение № 16
к Регламенту между участниками
обязательного медицинского
страхования при ведении
персонифицированного учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным лицам в сфере
обязательного медицинского
страхования на территории
Республики Дагестан

Нормативно-справочная информация

Для информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, используются классификаторы, справочники и кодификаторы (далее НСИ) и региональные справочники, а также классификаторы и кодификаторы.

НСИ федерального уровня имеют структуры, установленные Федеральным фондом ОМС, за исключением случаев, описанных в настоящем приложении.

НСИ Регионального уровня имеют структуры, описанные в настоящем приложении.

Список справочников с региональными дополнениями ТФОМС РД

Код	Название
K009_reg	Справочник КСЛП
V006_reg	Классификатор условий оказания медицинской помощи
V009_reg	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью
V010_reg	Классификатор способов оплаты медицинской помощи
V012_reg	Классификатор исходов заболевания
V019_reg	Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи
VID_MED_DEV	Имплантируемые и вспомогательные устройства
V001	Справочник видов медицинского вмешательства
TFS011	Уровни подразделений МО