Приложение № 14

к Порядку взаимодействия участников системы

обязательного медицинского страхования Республики Карелия

при проведении контроля объемов, сроков, качества

и условий предоставления медицинской помощи

по обязательному медицинскому страхованию

**Структура файла реестра актов КОСКУ (результатов проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи) по реестрам счетов медицинских организаций в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия**

1. Результаты проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (далее – результаты экспертизы) реестров счетов передаются в одном файле за один отчетный месяц в году.

2. Информационный файл передается в формате XML с кодовой страницей Windows-1251.

Файл должен быть упакован в архив формата ZIP (расширение архива ZIP).

Имя файла данных формируется по следующему принципу:

RSNiT10\_YYMMN.XML, где

R – реквизит, определяющий тип файла с результатами экспертизы;

S– реквизит, определяющий организацию отправителя – страховую медицинскую организацию;

Ni – реестровый номер СМО;

T10 - реквизит, определяющий организацию получателя – ГУ ТФОМС РК;

YYMM – отчётные год (две последние цифры года) и месяц (01,02,...,12), в отчетный месяц включаются сведения об актах КОСКУ, полученных в отчетный месяц, но которые СМО не успела внести в свою ИС и включить в XML-файл могут быть поданы следующий отчетный период.

* N – порядковый номер пакета.

Состав пакета результатов экспертизы реестра счета представлен в Таблице 1.

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

- возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

- наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

- отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена;

- соответствия файлов установленным форматам;

Результаты ФЛК должны доводиться в виде протокола ФЛК. Структура файла приведена в Таблице 2.

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

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

Файл XML должен строиться на основе элементов (тегов), использование атрибутов не допускается.

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 элемента он 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 элемента указывается – символ формата, а вслед за ним в круглых скобках – максимальная длина значения элемента.

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

N – <число>, где разделителем дробной части является точка;

D – <дата> в формате **ГГГГ-ММ-ДД**;

S – <элемент> составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента.

В столбце «Дополнительная информация» указываются правила заполнения элементов.

**Таблица 1**. **Файл с результатами экспертизы**

| **Код**  **элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | | **Формат** | **Наименование** | | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент** | | | | | | | |
| MED\_LIST | ZGLV | О | | S | Заголовок файла | | Информация о передаваемом файле |
|  | MED\_ACT | ОМ | | S |  | | Медицинские акты закрытые в данном отчетном периоде |
| **Заголовок файла** | | | | | | | |
| ZGLV | CODE | O | | N(5) | Уникальный код | | Например, порядковый номер |
|  | VERSION | O | | T(5) | Версия взаимодействия | | 3.0 |
|  | DATE | О | | D | Дата формирования файла | |  |
|  | YEAR | O | | N(4) | Отчетный год | | Год из даты акта. |
|  | MONTH | O | | N(2) | Отчетный месяц | | Месяц из даты акта. |
|  | SMO | О | | T(5) | СМО | | Реестровый номер СМО  (В соответствии с классификатором F002) |
|  | FILENAME | О | | T(50) | Имя файла | | Имя файла без расширения. |
| **Медицинские акты** | | | | | | | |
| MED\_ACT | ACT\_ZGLV | О | | S | Акт | | Реквизиты акта |
|  | ZAP | ОМ | | S | Записи | | Записи о случаях оказания медицинской помощи, вошедшие в данный акт |
| **Реквизиты акта** | | | | | | | |
| ACT\_ZGLV | ID\_ACT | О | | Т(36) | Идентификатор акта | | Идентификатор акта из ИС СМО |
|  | CODE\_MO | О | | T(6) | Реестровый номер медицинской организации, в которой проводилась экспертиза, по которой подается данный акт | | Заполняется в соответствии с классификатором F003 |
|  | N\_ACT | О | | T(20) | Номер акта | | Номер акта из информационной системы СМО |
|  | D\_ACT | О | | D | Дата акта | | Вносится с бумажного акта экспертизы. |
|  | S\_ACT | У | | D | Дата отправки акта в ЛПУ | |  |
|  | AGREE\_DATE\_ACT | У | | D | Дата подписания акта МО | | Вносится с бумажного акта экспертизы. |
|  | RECEIVE\_DATE\_ACT | У | | D | Дата получения СМО подписанного акта МО | | Формирование файла производится по дате получения СМО подписанного акта МО |
|  | V\_ACT | О | | N(3) | Вид экспертизы | | Заполняется в соответствии с Приложением №9. На основе этого кода будут заполняться таблицы формы ПГ |
|  | R\_ACT | У | | N(1) | Ответ от ЛПУ по акту ЭКМП. | | Возможны следующие значения:  1 - Согласован  2 - Направлена претензия в ТФОМС |
|  | SUM\_ACT | О | | N(15.2) | Сумма санкций по акту | | = SUM\_ACT\_PENALTY + SUM\_ACT\_NOPAYMENT |
|  | SUM\_ACT\_PENALTY | У | | N(15.2) | Сумма штрафов по всем случаям в акте | | = сумма <Z\_SL-SL- SUM\_PENALTY> в акте |
|  | SUM\_ACT\_NOPAYMENT | У | | N(15.2) | Сумма неоплат (уменьшений в оплате) по всем случаям в акте | | = сумма всех <Z\_SL-SL- SUM\_ NOPAYMENT> в акте |
| **Записи** | | | | | | | |
| ZAP | N\_ZAP | О | | N(8) | Номер позиции записи | | Уникально идентифицирует запись в пределах пакета. Значение берется из счета МО. |
|  | SCHET | О | | S | Счёт | | Информация о счёте МО, в который входит данная запись |
|  | Z\_SL | О | | S | Законченный случай | | Информация о законченном случае, включенном в данную запись. |
| **Счёт** | | | | | | | |
| SCHET | VERSION | | O | T(5) | | Версия взаимодействия | Версия счета по случаям которого проведена экспертиза. |
|  | CODE | | О | N(8) | | Код записи счета | Все реквизиты счета должны совпадать с реквизитами, полученными от МО (в т.ч. и код записи счета, т.к. по нему производится идентификация счета в ИС ТФОМС). |
|  | CODE\_MO | | О | T(6) | | Реестровый номер медицинской организации (юридического лица) |
|  | YEAR | | O | N(4) | | Отчетный год счета |
|  | MONTH | | O | N(2) | | Отчетный месяц счета |
|  | NSCHET | | O | T(15) | | Номер счета |
|  | DSCHET | | O | D | | Дата счета |
|  | PLAT | | У | T(5) | | Плательщик. Реестровый номер СМО |
| **Законченный случай** | | | | | | | |
| Z\_SL | IDCASE | | У | Т(40) | | Сведения о законченном случае | Значение элемента IDCASE законченного случая.  Значение берется из счета МО. Обязательно заполняется для счетов версии 3.0 и 3.1. |
|  | SL | | ОМ | S | | Сведения о случае | Случаи лечения, вошедшие в данный акт. Список случаев, подвергнутых экспертизе из текущей записи (N\_ZAP) |
| **Сведения о случае** | | | | | | | |
| SL | SL\_ID | O | | T(40) | Номер записи в реестре случаев | | Для версии счетов 3.0 и 3.1 уникально идентифицирует случай в пределах Z\_SL.  Для версии счетов 2.1 уникально идентифицирует случай в пределах реестра счетов (в версии 2.1 поле называлось IDCASE). |
|  | SUMV | O | | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | | Сумма, выставленная к оплате по данному случаю.  Значение берется из счета МО. |
|  | OPLATA | O | | N(1) | Тип оплаты | | Заполняется СМО. Оплата случая оказания медпомощи (с учётом всех санкций):  1 – полная, если SUMP = SUMP  2 – полный отказ, если SUMP = 0  3 – частичный отказ, если SUMV > SUMP И SUMP > 0 |
|  | SUMP | O | | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате | | = SUMV минус сумма по результатам МЭК |
|  | DESCR | У | | Т(512) | Описание экспертизы | |  |
|  | SUM\_PENALTY | У | | N(15.2) | Сумма штрафов | | = сумма штрафа по тому дефекту, в котором тег  <DEFECT-IS\_SANK> = 1 |
|  | SUM\_NOPAYMENT | У | | N(15.2) | Сумма неоплат (уменьшений в оплате) | | = сумма неоплаты по тому дефекту, в котором тег  <DEFECT-IS\_SANK> = 1 |
|  | CODE\_ EXPERT | У | | T(14) | Код эксперта ЭКМП | | Заполняется в соответствии с F004-Единым реестром экспертов качества МП (поле Код эксперта)  Внимание! **ОБЯЗАТЕЛЬНО** в случае проведения ЭКМП |
|  | IS\_DISSECT | У | | N(1) | Факт вскрытия по случаю с летальным исходом | | 0 – вскрытие не производилось,  1 – вскрытие производилось |
|  | DISSECT | У | | S | Сведения о факте вскрытия | | Заполняется обязательно, если IS\_DISSECT = 1,  не подается, если IS\_DISSECT = 0 |
|  | DEFECT | УМ | | S | Сведения о всех дефектах по данному случаю | | Заполняется обязательно при наличии дефектов обнаруженных при проведении экспертизы. |
|  | COMENTSL | У | | T(250) | Служебное поле | |  |
| **Сведения о вскрытии при летальном исходе** | | | | | | | |
| DISSECT | DEATH\_DS1 | О | | T(10) | Код заболевания | | Указывается код основного заболевания (первоначальная причина смерти) из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики |
|  | DEATH\_DS2 | О | | T(10) | Код осложнения | | Указывается код осложнения (основного заболевания) из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики |
|  | DEATH\_DS3 | О | | T(10) | Код заболевания | | Указывается код сопутствующего заболевания из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики |
|  | VARIANCE\_CAT | О | | N(1) | Категория расхождения диагнозов | | Заполняется кодом категории расхождения диагнозов по Таблице 3 |
|  | VARIANCE\_REASON | УМ | | S | Сведения о причинах расхождения диагнозов | | Заполнение обязательно, если DEATH\_CAT не равно 0 (см. Таблицу 3) |
| **Сведения о причинах расхождения диагнозов** | | | | | | | |
| VARIANCE\_REASON | VARIANCE | О | | Т(10) | Причина расхождения диагнозов | | Код причины расхождения диагнозов по Таблице 4 |
| **Сведения о финансовой санкции** | | | | | | | |
| DEFECT | S\_CODE | О | | Т(36) | Идентификатор финансовой санкции | | Уникален в пределах случая. Заполняется СМО. Кол-во тегов DEFECT равно количеству дефектов, обнаруженных по данному случаю. |
|  | S\_SUM | О | | N(15.2) | Финансовая санкция | | Взаимосвязано с элементом IS\_SANK:   1. если IS\_SANK = 0, S\_SUM = 0.00 2. если IS\_SANK = 1, S\_SUM равно сумме примененной финансовой санкции. |
|  | EXPERT | У | | T(14) | Код эксперта ЭКМП | | Заполняется обязательно в случае проведения ЭКМП |
|  | IDSERV | У | | T(36) |  | | Идентификатор услуги (из счета МО), в одном из полей которой обнаружена ошибка |
|  | S\_OSN | У | | N(3) | Код основания для отказа в (частичной) оплате и/или для наложения штрафа | | Заполняется по региональному справочнику на основе F014 «Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи». Обязательно при IS\_SANK=1.  Проставляется код основания отказа, действующий на дату проведения экспертизы. |
|  | IS\_SANK | О | | N(1) | Признак наличия санкции по данному дефекту | | Возможны следующие значения:  0 - по данному дефекту не была применена санкция или отсутствуют основания для отказа в (частичной) оплате и/или для наложения штрафа,  1 - была применена санкция.  При наличии нескольких дефектов по случаю один из них («дефект с максимальным снятием»), по которому была применена санкция,  необходимо отметить данным признаком. |
|  | S\_COM | У | | T(250) | Комментарий | | Описание ошибки |
|  | ADD\_CODE | У | | S | Дополнительный признак к дефекту | | Заполняется в обязательном порядке в случае выявления признаков описанных в Приложении №22 |
| **Дополнительный признак к дефекту** | | | | | | | |
| ADD\_CODE | DEF\_CODE | ОМ | | N(2) | Код дополнительного признака | | Заполняется в соответствии с Приложением №22 к Порядку взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Таблица 2. Структура файла с протоколом ФЛК** | | | | | |
| Имя файла протокола ФЛК соответствует имени файла с результатами экспертиз. | | | | | |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| **Корневой элемент** | | | | | |
| FLK\_P | FNAME | O | T(24) | Имя файла протокола |  |
|  | FNAME\_I | O | T(24) | Имя исходного файла |  |
|  | PR | HM |  | Причина отказа | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках. |
| **Причина отказа** | | | | | |
| PR | OSHIB | О | N(3) | Код ошибки | В соответствии с классификатором F012. |
|  | IM\_POL | У | T(20) | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом. |
|  | BAS\_EL | У | T(20) | Имя базового элемента | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка. |
|  | N\_ZAP | У | N(4) | Номер записи | Номер записи, в одном из полей которой обнаружена ошибка. |
|  | COMMENT | У | T(250) | Комментарий | Описание ошибки |

|  |  |
| --- | --- |
| **Таблица 3. Справочник категорий расхождения диагнозов** | |
| Код | Описание |
| 0 | Расхождений нет |
| 1 | I категория:  В данной медицинской организации (далее – МО) правильный диагноз был невозможен и диагностическая ошибка (нередко допущенная еще во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью в другие лечебно-профилактические учреждения) уже не повлияла в этом стационаре на исход болезни.  Главный критерий I категории расхождения диагнозов— объективная невозможность установления верного диагноза в данном МО.  Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные. |
| 2 | II категория:  Правильный диагноз в данном МО был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.  Часть случаев расхождения диагнозов по II категории является следствием объективных трудностей диагностики (но не переводится при этом в I категорию), а часть— субъективных причин. |
| 3 | III категория:  Правильный диагноз в данном МО был возможен и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачаебную тактику, т. е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.  Причины диагностической ошибки при расхождении диагнозов по III категории также могут быть как объективными, так и субъективными |

|  |  |
| --- | --- |
| **Таблица 4. Справочник причин расхождения диагнозов** | |
| Код | Описание |
| 1 | Кратковременность пребывания больного в МО (краткость пребывания). Для большинства заболеваний нормативный срок диагностики составляет 3 суток, но для острых заболеваний, требующих экстренной, неотложной, интенсивной терапии, в том числе случаев ургентной хирургии, этот срок индивидуален и может быть равен часам и минутам (объективные причины) |
| 2 | Трудность диагностики заболевания: использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но диагностические возможности данного медицинского учреждения, атипичностъ и стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания не позволили поставить правильный диагноз (объективные причины) |
| 3 | Тяжесть состояния больного: диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, так как их проведение могло ухудшить состояние больного (имелись объективные противопоказания) (объективные причины) |
| 4 | Недостаточное обследование больного (субъективные причины) |
| 5 | Недоучет анамнестических данных (субъективные причины) |
| 6 | Недоучет клинических данных (субъективные причины) |
| 7 | Недоучет или переоценка данных лабораторных, R и других методов исследования (субъективные причины) |
| 8 | Недоучет или переоценка заключения консультанта (субъективные причины) |
| 9 | Неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза (субъективные причины) |