Приложение 1 к Соглашению

об информационном взаимодействии в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в сфере ОМС Республики Карелия и информационном обмене между ТФОМС РК, Министерством и СМО от «\_\_\_» декабря 2020 г.

**Регламент**

**информационного взаимодействия в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (промежуточный)**

**I. Общие положения**

1. Настоящий Регламент разработан с целью упорядочения процесса прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Карелия.

2. Регламент осуществляет:

2.1. Регулирование взаимоотношений застрахованных лиц, медицинских организаций и страховых медицинских организаций по вопросам прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям;

2.2. Определение процедуры учета прикрепленных застрахованных лиц и отчета о численности прикрепленных застрахованных лиц;

2.3. Установление правил ведения и актуализации базы данных застрахованных лиц прикрепленных к медицинским организациям;

2.4. Минимизацию численности неприкрепленного населения.

3. Настоящий Регламент не распространяется:

* на медицинские организации с обслуживанием населения по стоматологическому, акушерско–гинекологическому и травматологическому профилям (не оказывающие первичную медико-санитарную помощь);
* на отношения по выбору медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

**II. Термины и определения**

4. В Регламенте применяются следующие понятия:

4.1. Оказание первичной медико-санитарной помощи – организация оказания медицинской помощи населению с приближением к месту жительства, работы или обучения граждан. Осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения в определенных медицинских организациях;

4.2. Медицинская организация (далее - МО) – организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия;

4.3. PC ЕРЗ - региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Республики Карелия;

4.4. КАС - комплексная автоматизированная система "Медэксперт - ТФОМС РК";

4.5. ТФОМС РК - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия;

4.6. застрахованное лицо - лицо, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Карелия согласно данным PC ЕРЗ;

4.7. прикрепленное застрахованное лицо – лицо, зарегистрированное в установленном порядке медицинской организацией на основании заявления о выборе медицинской организации (далее – Заявление) или (до подачи заявления о выборе медицинской организации) согласно регистрации (проживания) на территории обслуживания данной медицинской организации;

4.8. прикрепление застрахованного по обязательному медицинскому страхованию лица к медицинской организации — процедура регистрации лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Карелия согласно данным PC ЕРЗ, осуществляемая медицинской организацией на основании Заявления или (до подачи заявления о выборе медицинской организации) согласно регистрации (проживания) на территории обслуживания данной медицинской организации;

4.9. страховая медицинская организация (далее - СМО) - организация, включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия.

**III. Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия**

5. Распределение зон обслуживания между МО устанавливается приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия.

6. Распределение населения по участкам в пределах зоны обслуживания устанавливается приказом руководителя МО в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности.

МО обеспечивают хранение сведений о прикреплении застрахованных лиц к врачу (врачу-терапевту, врачу-педиатру или врачу общей практики) и среднему медицинскому персоналу (фельдшеру, акушерке) (далее - к медицинскому работнику) застрахованных лиц с указанием кода медицинского работника из федерального регистра медицинских работников, кода медицинской организации и кода подразделения в составе медицинской организации в соответствии с паспортом МО и актуализацию их в день изменения.

7. Руководители МО приказами определяют лиц, уполномоченных на прием и регистрацию Заявлений, направление информации в ТФОМС РК (далее – уполномоченное лицо). Копии приказов о назначении (замене) уполномоченных лиц направляются в СМО, ТФОМС РК, в течение трех рабочих дней с момента регистрации приказов в учреждении.

8. Перечень документов, предъявляемых застрахованным лицом при подаче Заявления, определен Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 №406н (далее – Порядок).

9. Заявление оформляется в письменной форме или машинописным способом по примерной форме заявления о выборе медицинской организации согласно приложению №1 к Регламенту.

Информация, представленная в Заявлении, сверяется уполномоченным лицом МО с данными оригиналов документов гражданина или их нотариально заверенными копиями. Исправления в Заявлении недопустимы.

10. Заявление подлежит регистрации в журнале регистрации заявлений о выборе медицинской организации, ведение которого осуществляется в электронной форме согласно приложению №2 к Регламенту. Регистрация Заявления осуществляется в день получения Заявления уполномоченным лицом.

11. При осуществлении выбора МО застрахованное лицо должно быть ознакомлено с перечнем врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых (врачей общей практики), с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

12. Взаимодействие между МО, принявшей Заявление, и МО, в которой гражданин находился на медицинском обслуживании на момент подачи Заявления, осуществляется согласно Порядку.

13. Открепление (прекращение прикрепления) от МО, к которой застрахованное лицо было прикреплено ранее, осуществляется:

13.1. при прикреплении застрахованного лица к иной МО в соответствии с Порядком с даты подачи Заявления о выборе (замене) медицинской организации;

13.2. при достижении застрахованным лицом 18-летнего возраста — открепление от МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению. Застрахованные лица, достигшие 18-летнего возраста и не осуществившие выбор медицинской организации путем подачи Заявления, прикрепляются к МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь взрослому населению и территории, обслуживания которой соответствует адрес регистрации (проживания) застрахованного лица по данными PC ЕРЗ;

13.3. при прекращении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования МО, к которой был ранее прикреплен гражданин;

13.4. при смене территории страхования гражданином на иной субъект Российской Федерации;

13.5. при прекращении страхования по обязательному медицинскому страхованию по иным причинам;

13.6. в случае смерти застрахованного лица.

14. После получения уведомления об откреплении ранее прикрепленного застрахованного лица МО, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи Заявления, в течение трех рабочих дней направляет копию медицинской документации гражданина в МО, принявшую Заявление.

15. В случае невозможности прикрепления застрахованного лица руководитель МО указывает в Заявлении мотивированную причину отказа.

16. СМО ежемесячно в срок до 25 числа текущего месяца формирует и направляет в каждую МО в электронном виде следующие данные за период с 25 числа предыдущего месяца по 24 число текущего месяца:

* о вновь застрахованных лицах, ранее не включенных в РС ЕРЗ (новорожденных, впервые застрахованных на территории Республики Карелия, впервые застрахованных в системе ОМС);
* о застрахованных лицах, с изменением данных персонифицированного учета (изменение ФИО, изменение места проживания, смена СМО, изменение данных полиса ОМС по причине закрытия ранее выданного полиса);
* о застрахованных лицах, прекративших страхование в Республике Карелия по любым причинам

в формате согласно приложению №3 к Регламенту.

В случае изменения данных о месте регистрации застрахованного или месте его проживания, информация передается в МО, к которой гражданин прикреплен в настоящий момент.

Передача данных производится по защищенным каналам связи.

Данные о застрахованном лице подлежат выгрузке в МО только в случае, если застрахованное лицо в процессе подачи заявления о выборе/замене СМО даёт согласие на передачу своих персональных данных в МО по месту регистрации (проживания), к которой прикрепляется застрахованное лицо.

17. Вновь застрахованные лица, ранее не включенные в РС ЕРЗ (новорожденные, впервые застрахованные на территории Республики Карелия, впервые застрахованные в системе ОМС), до осуществления выбора МО для медицинского обслуживания (до подачи заявления о выборе медицинской организации) считаются прикрепленными к той медицинской организации, территории обслуживания которой соответствует адрес регистрации (проживания, в случае отсутствия регистрации) застрахованного лица по данным СМО.

В приложении №3 к Регламенту СМО указывает код МО исходя из участкового принципа, согласно адресу регистрации (проживания, в случае отсутствия регистрации) заявителя.

МО до 01 числа месяца следующего за отчетным должна провести обработку представленных СМО списков в соответствии с приложением №3 путём **прикрепления или открепления** застрахованных лиц ~~в online режиме~~.

18. Запись о прикрепленном лице представляется МО в ТФОМС РК в электронном виде в формате согласно приложению №4 к Регламенту после регистрации записи в информационной системе МО (режим он-лайн). Передача данных производится по защищенным каналам связи.

19. ТФОМС РК после получения информации от МО производит форматно-логический контроль, идентификацию и проверку представленных данных. В случае выявления ошибок ТФОМС РК направляет в МО файл с выявленными ошибками согласно приложению №5 к Регламенту (далее – Протокол).

19.1. МО, получив Протокол, проводит работу по исправлению выявленных ошибок и несоответствий персональных данных и повторно передает по защищенным каналам связи в ТФОМС РК данные о прикрепленном застрахованном лице в формате согласно приложению №4 к Регламенту.

20. ТФОМС РК ~~ежедневно~~ ежемесячно осуществляет выгрузку и отправку сведений о прикрепленных лицах к конкретной медицинской организации и к медицинскому работнику в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц (далее – ЦС ЕРЗ) в соответствии с утвержденными форматами.

21. ТФОМС РК на основе полученных ответов ЦС ЕРЗ выполняет корректировку ошибочных данных. Исправленные сведения о прикрепленных застрахованных лицах к конкретной медицинской организации и к медицинскому работнику повторно отправляет в ЦС ЕРЗ.

СВЕРКА ПО СТАРОМУ

22. МО ежемесячно 01 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляет в СМО в электронном виде данные о прикрепленных застрахованных лицах по состоянию на последнее число отчетного месяца в формате согласно приложению №6 к Регламенту. Передача данных производится по защищенным каналам связи. Если 01 число месяца выпадает на выходной день, МО должна представить данные до выходного дня.

23. СМО ежемесячно в срок до 04 числа месяца, следующего за отчетным периодом, проводит идентификацию и проверку однозначности прикрепления застрахованных лиц к МО согласно приложению №7 к Регламенту и направляет по защищенным каналам связи в МО в электронном виде данные о принятом списке однозначно прикрепленных застрахованных лиц, перечень застрахованных лиц, прикрепленных к двум и более медицинским организациям, и выявленные ошибки согласно приложению №8 к Регламенту (далее – протокол). В процессе проверки СМО актуализирует данные о номере и серии полиса застрахованных лиц. При проверке в СМО достоверности информации о действующем полисе ОМС учитываются только полисы, выданные СМО ранее отчетной даты (01 числа месяца, следующего за отчетным периодом).

24. МО, получив протокол, проводит работу по исправлению выявленных ошибок и несоответствий персональных данных и в срок до 07 числа месяца, следующего за отчетным периодом, повторно передает по защищенным каналам связи в СМО данные о прикрепленных застрахованных лицах по состоянию на последнее число отчетного месяца в формате согласно приложению №6 к Регламенту. Если 07 число месяца выпадает на выходной день, МО должна представить данные до выходного дня.

Кроме того, МО проводит работу по исправлению ошибок в части пересечений прикрепления застрахованного лица к двум и более медицинским организациям, при необходимости урегулирует возникшие конфликты с другими МО и включает выверенные данные однозначного прикрепления в следующий отчетный период.

25. В случае не урегулирования конфликта в сведениях МО, руководитель СМО обязан организовать встречу с застрахованным лицом, разъяснить ему его права и действующее законодательство. В результате гражданин должен изъявить свою волю и определить МО, к которой он будет прикреплен в соответствии с положениями настоящего Регламента.

26. СМО ежемесячно в срок до 09 числа месяца, следующего за отчетным периодом:

* повторно проводит идентификацию и проверку однозначности прикрепления застрахованных лиц к МО согласно приложению №7 к Регламенту и направляет по защищенным каналам связи в МО в электронном виде данные о принятом списке однозначно прикрепленных застрахованных лиц, перечень застрахованных лиц, прикрепленных к двум и более медицинским организациям, и выявленные ошибки согласно приложению №8 к Регламенту (при проверке в СМО достоверности информации о действующем полисе ОМС учитываются только полисы, выданные СМО ранее отчетной даты (01 числа месяца, следующего за отчетным периодом);
* представляет в ТФОМС РК сведения мониторинга данных по прикрепленному населению в разрезе медицинских организаций в формате согласно приложению №9 к Регламенту;
* представляет в ТФОМС РК данные о прикрепленных застрахованных лицах к конкретной медицинской организации в электронном виде по защищенным каналам связи в формате согласно приложению №10 к Регламенту.

27. ТФОМС РК ежемесячно в срок до 11 числа месяца, следующего за отчетным периодом, выполняет импорт и обработку данных, представленных СМО, о прикрепленных застрахованных лицах к конкретной медицинской организации в РС ЕРЗ с проведением в соответствии с форматами, указанными в приложении № 11 к Регламенту:

* форматно-логического контроля входящих файлов и формированием файла контроля;
* идентификации застрахованного лица в PC ЕРЗ;
* формирования и направления в СМО файла ошибок обработки данных о прикрепленных застрахованных лицах.

28. СМО ежемесячно в срок до 12 числа месяца, следующего за отчетным периодом:

* проводит работы по устранению ошибок, полученных от ТФОМС, и (при их наличии) повторно направляет в ТФОМС РК данные о прикрепленных застрахованных лицах к конкретной медицинской организации в электронном виде по защищенным каналам связи в формате согласно приложению №10 к Регламенту;
* оформляет, подписывает, скрепляет печатью и направляет в МО 2 экземпляра Акта сверки по списку прикрепленных застрахованных лиц (приложение №12 к Регламенту) по состоянию на 01 число отчетного месяца (далее – Акт) на бумажном носителе и в электронном виде отсканированную копию.

29. МО в срок до 14 числа месяца, следующего за отчетным периодом, получает от СМО в электронном виде отсканированную копию Акта с подписью и печатью, со своей стороны подписывает и скрепляет его печатью, сканирует и направляет в СМО в электронном виде (отсканированную копию). Получив от СМО завизированные Акты на бумажном носителе, МО подписывает и скрепляет их печатью и возвращает один экземпляр в СМО.

30. СМО, ежемесячно, в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, получив от МО подписанные Акты в электронном виде (отсканированные копии), формирует пакет документов по всем МО согласно Приложению №1 «Перечень МО, коэффициенты и уровни» к Тарифному соглашению и направляет их в ТФОМС РК. В случае отсутствия одного из значений, дат, печатей или подписей на Акте, ТФОМС РК считает данный акт недействительным.

31. ТФОМС РК в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляет:

1. мониторинг данных по прикрепленному населению в разрезе медицинских организаций в формате согласно приложению №9 к Регламенту в Министерство здравоохранения Республики Карелия;
2. мониторинг данных по неприкрепленному населению согласно приложению №14 к Регламенту в Министерство здравоохранения Республики Карелия и СМО;
3. численность застрахованных лиц, имеющих прикрепление к медицинской организации без сведений о прикреплении к врачу и участку согласно приложению №15 к Регламенту в МО.

32. Доступ к информации о прикреплении застрахованных лиц в PC ЕРЗ для страховых медицинских организаций и медицинских организаций осуществляется посредством программного обеспечения «Интерактивный клиент» ТФОМС РК.

Приложение №1 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Форма заявления о выборе медицинской организации**

Руководителю медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, ФИО руководителя медицинской организации)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО гражданина полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ №

о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить

(ФИО гражданина полностью или ФИО гражданина, законным представителем\* которого я являюсь полностью)

к медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации, фактический адрес)

в связи с *(нужное выделить знаком «V»):*

* первичным выбором медицинской организации;
* выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
* выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
* прекращением деятельности медицинской организации;
* откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Сведения о застрахованном лице:

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Пол: \_\_\_\_
3. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

6. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

7. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Адрес регистрации (по постоянному месту жительства, по месту проживания, отсутствие регистрации - нужное подчеркнуть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дата регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Контактная информация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(телефон, e-mail)

1. Страховой медицинский полис:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Страховая медицинская организация:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. СНИЛС (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Прикреплен к медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прежнее прикрепление)

Сведения о представителе застрахованного лица (заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица):

1. Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Отношение к гражданину: отец, мать (нужное подчеркнуть) или другое (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Документ, подтверждающий право законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

1. Контактная информация представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(телефон, email)  
Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

\* для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан - опекунами.

Приложение №2 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Журнал регистрации заявлений о выборе медицинской организации**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата подачи заявления о выборе МО | ФИО застрахованного лица | Пол | Дата рождения | ФИО законного представителя\* | Дата прикрепления к выбранной МО | МО, где ранее  было прикреплено  застрахованное лицо | Причина  отказа в  прикреплении  к МО |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан – опекунами

Приложение №3 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Формат файла данных о вновь застрахованных лицах, ранее не включенных в РС ЕРЗ или с изменением данных персонифицированного учета за период (направляется СМО в МО ежемесячно)**

Файл должен иметь формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Имя исходного xml-файла формируется по следующему принципу:

NPXXXXXYYYYYY\_ YYYYMMDD.XML, где

NP – постоянный символ (латинская буква), описывающие тип файла,

XXXXX - код СМО,

YYYYYY - код МО, в которую производится выгрузка данных,

YYYYMMDD - дата выгрузки

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.

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | PERS | ОМ | S | Записи | Записи о застрахованных лицах |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATA | О | D | Дата формирования файла |  |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения |
| **Записи** | | | | | |
| PERS |  |  |  |  |  |
|  | FAM | О | T(30) | Фамилия |  |
|  | IM | О | T(30) | Имя |  |
|  | OT | У | T(30) | Отчество |  |
|  | W | О | N(1) | Пол | Таблица №1 |
|  | DR | О | D | Дата рождения |  |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип полиса | Таблица №2 |
|  | SPOLIS | У | T(30) | Серия полиса |  |
|  | NPOLIS | O | T(30) | Номер полиса |  |
|  | DATE\_BEGIN | О | D | Дата открытия полиса |  |
|  | SMO | О | N(5) | Код СМО | По справочнику F003 |
|  | STREET\_REG | У | Т(17) | Адрес регистрации - улица | Код улицы по Федеральной информационной адресной системе ФИАС |
|  | HOUSE\_REG | У | N(3) | Адрес регистрации - дом |  |
|  | CORPUS\_REG | У | T(6) | Адрес регистрации - корпус |  |
|  | FLAT\_REG | У | N(3) | Адрес регистрации - квартира |  |
|  | STREET\_PROG | У | Т(17) | Адрес проживания - улица | Код улицы по Федеральной информационной адресной системе ФИАС |
|  | HOUSE\_PROG | У | N(3) | Адрес проживания - дом |  |
|  | CORPUS\_PROG | У | T(6) | Адрес проживания - корпус |  |
|  | FLAT\_ PROG | У | N(3) | Адрес проживания - квартира |  |
|  | CASE\_VID | О | N(1) | Причина приема заявления о выборе/смене СМО | Таблица №3 |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО прикрепления | По справочнику F002 |
|  | DATE\_END | У | D | Дата закрытия полиса | Заполняется только для прекративших страхование в РК по любым причинам |
|  | FAM\_OLD | У | T(30) | Фамилия | Заполняется в случае изменения ФИО или даты рождения (2 код причины приема заявления о выборе/смене СМО) |
|  | IM\_OLD | У | T(30) | Имя |
|  | OT\_OLD | У | T(30) | Отчество |
|  | DR\_OLD | У | D | Дата рождения |

Таблица №1. Коды пола застрахованного лица

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Значение |
| 1 | Мужской |
| 2 | Женский |

Таблица №2. Коды типов полиса

| Код | Значение |
| --- | --- |
| 1 | полис ОМС старого образца |
| 2 | временное свидетельство |
| 3 | полис ОМС единого образца |
| 4 | Универсальная электронная карта (УЭК) |

Таблица №3. Коды причины приема заявления о выборе/смене СМО

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Значение |
| 1 | новорожденный (до года) |
| 2 | изменение ФИО |
| 3 | впервые застрахован на территории Республики Карелия |
| 4 | смена СМО |
| 5 | первичный выбор СМО (ранее не был застрахован в системе ОМС) |
| 6 | предыдущий полис был закрыт |

Приложение №4 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Структуры пакетов и правила их заполнения при информационном взаимодействии между медицинскими организациями и ТФОМС**

1. Параметры передаваемого пакета

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имя параметра** | **Описание** | **Примечание** |
| **app\_id:** | Имя сервера | Имя сервера передающего пакет |
| **user\_id** | Имя пользователя |  |
| **type:** | Тип пакета | ATTACH\_DATA (данные  о прикреплении/откреплении застрахованного лица к/от МО) |
| **message\_id:** | Идентификатор пакета |  |
| **content\_encoding** | Кодировка | utf-8 |
| **content\_type:** | Тип контента | Xml |

Пример :

|  |  |
| --- | --- |
| **app\_id:** | TEST |
| **user\_id:** | USER01 |
| **type:** | ATTACH\_DATA |
| **message\_id:** | c0cb3412-140f-41c0-90a6-d79607217411 |
| **content\_encoding:** | utf-8 |
| **content\_type:** | Xml |

1. Особенности формирования пакета
   1. Наименования элементов должны соответствовать структурам файла – Таблицы.
   2. Пустые элементы (теги) в пакет не включаются.
2. 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.

1. 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.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| ATTACH\_DATA | ZGLV | О | S | Заголовок пакета | Информация о передаваемом пакете |
|  | PERS | О | S | Запись о прикрепленном лице |  |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATE | О | D | Дата формирования пакета |  |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО, направляющей пакет. | По справочнику F003 |
|  | ID\_MO | O | T(30) | Реестровый номер МО | Номер из ИС «Паспорт МУ» реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
| **Запись** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Уникальный в пределах МО идентификатор гражданина |  |
|  | FAM | О | T(30) | Фамилия |  |
|  | IM | О | T(30) | Имя |  |
|  | OT | У | T(30) | Отчество |  |
|  | W | О | N(1) | Пол | Таблица №1 |
|  | DR | О | D | Дата рождения |  |
|  | SMO | О | N(5) | Код СМО | По справочнику F002 |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип полиса | Таблица №2 |
|  | SPOLIS | У | T(30) | Серия полиса |  |
|  | NPOLIS | О | T(30) | Номер полиса |  |
|  | OPER\_TYPE | O | N(1) | Тип операции | = 1, если производится первичная передача сведения о прикреплении (insert).  = 2 , если производится исправление данных о прикреплении ранее поданных сведений (update).  = 3, если производится удаление данных о прикреплении ранее поданных сведений (delete). |
|  | INFO\_TYPE | O | N(1) | Тип сведений | = 1, если передаются сведения о прикреплении;  = 0, если передаются сведения об откреплении. |
|  | DATE | О | D | Дата прикрепления/открепления | Заполняется согласно таблице №5 |
|  | SP\_PRIK | О | N(1) | Способ прикрепления | Таблица №3 |
|  | T\_PRIK | О | N(1) | Тип прикрепления | Таблица №4 |
|  | KOD\_РODR | О | T(10) | Код территориально-обособленного подразделения (ТОПа) | Справочник РК 17, для медицинских организаций, в которых не выделены подразделения, указывать 0 |
|  | NUM\_UCH | О | T(10) | Номер участка | Номер участка, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH | О | T(10) | Тип участка | По таблице №6. |
|  | SNILS\_VR | О | T(11) | СНИЛС медицинского работника участка, к которому произведено прикрепление | СНИЛС указывается без разделителей |
|  | PHONE1 | У | Т(11) | Контактный телефон 1 прикрепленного лица |  |
|  | PHONE2 | У | Т(11) | Контактный телефон 2 прикрепленного лица |  |
|  | REZERV1 | У | T(500) | Резервное поле |  |
|  | REZERV2 | У | T(500) | Резервное поле |  |

Примечание: При передаче сведений об откреплении (INFO\_TYPE=0) МО передает все сведения о прикреплении об открепляемом лице известные МО на дату открепления.

Таблица №1. Коды пола застрахованного лица

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Значение** |
| 1 | Мужской |
| 2 | Женский |

Таблица №2. Коды типов полиса

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | полис ОМС старого образца |
| 2 | временное свидетельство |
| 3 | полис ОМС единого образца |
| 4 | Универсальная электронная карта (УЭК) |

Таблица №3. Коды способов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о способе прикрепления |
| 1 | по месту регистрации |
| 2 | по личному заявлению |

Таблица №4. Коды типов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о типе прикрепления |
| 1 | первичный выбор медицинской организации |
| 2 | выбор медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года |
| 3 | выбор медицинской организации в связи со сменой места жительства |
| 4 | прекращение деятельности медицинской организации |
| 5 | открепление от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста |

Таблица №5.

| Значение способа прикрепления  (элемент SP\_PRIK) | | Значение даты  (элемент DATE) | |
| --- | --- | --- | --- |
| При INFO\_TYPE=1 (прикрепление) | При INFO\_TYPE=0  (открепление) |
| 1 | 2 |
| 0 (нет данных о способе прикрепления) | 1 | Дата прикрепления, известная МО (по данным СМО, иным сведениям, при отсутствии заявления) | Дата написания заявления об откреплении от МО/дата смерти |
| 1 (по месту регистрации) | 2 |
| 2 (по личному заявлению) | 3 | Дата написания заявления о прикреплении к МО |

Таблица №6.

Справочник кодов и наименований типов участков.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Код типа участка | Тип участка |
| 1 | 1 | терапевтический |
| 2 | 2 | педиатрический |
| 3 | 3 | врача общей практики |
| 4 | 4 | фельдшерский |

Приложение №5

к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Структуры ответных пакетов (результата обработки ТФОМС сведений от МО) и правила их заполнения при информационном взаимодействии между медицинскими организациями, ТФОМС~~, СМО~~**

1. Параметры передаваемого пакета

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имя параметра** | **Описание** | **Примечание** |
| **app\_id:** | Имя сервера | Имя сервера передающего пакет |
| **user\_id** | Имя пользователя |  |
| **type:** | Тип пакета | ATTACH\_DATA (данные  о результатах обработки ТФОМС сведений от МО о прикреплении/откреплении застрахованного лица к/от МО) |
| **message\_id:** | Идентификатор пакета |  |
| **content\_encoding** | Кодировка | utf-8 |
| **content\_type:** | Тип контента | Xml |

Пример :

|  |  |
| --- | --- |
| **app\_id:** | TEST |
| **user\_id:** | USER01 |
| **type:** | ATTACH\_DATA |
| **message\_id:** | c0cb3412-140f-41c0-90a6-d79607217411 |
| **content\_encoding:** | utf-8 |
| **content\_type:** | Xml |

1. Особенности формирования пакета
2. Наименования элементов должны соответствовать структурам файла – Таблицы.
3. Пустые элементы (теги) в пакет не включаются.
4. 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.

1. 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.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Правила заполнения** | **Примечание** |
| **Объявление XML** | | | | | | |
|  | ANSWER | О | S | Ответ |  |  |
| **Корневой элемент** | | | | | | |
|  | HEADER | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |  |
|  | BODY | О | S | Основная часть |  |  |
| **Заголовок файла** | | | | | | |
| HEADER | QUEUE\_NAME | О | T | Имя очереди |  |  |
|  | TYPE | О | T | Тип пакета | =Answer |  |
|  | MESSAGE\_ID | О | N | Идентификатор обрабатываемого пакета |  |  |
| **Основная часть** | | | | | | |
| BODY | RESULTS | О | S | Результат обработки |  |  |
| **Результаты обработки** | | | | | | |
| RESULTS | RESULT | О | T | Результат обработки | ОК – успешная обработка,  ERROR – ошибка |  |
|  | ERROR\_RESULT | УМ | S | Ошибки обработки |  | Поле, обязательное для заполнения, при RESULT = ERROR |
| **Ошибка обработки** | | | | | | |
| ERROR\_RESULT | RESULT\_CODE | О | N | Код ошибки | Заполняется значением из Таблицы №1 |  |
|  | RESULT\_NAME | О | Т | Описание ошибки | Заполняется значением из Таблицы №1 |  |

Таблица №1. Коды и описание ошибок обработки ТФОМС данных от МО (справочник будет пополняться ТФОМС по мере обнаружения вариантов нарушения корректности данных). Предоставляется ТФОМС по запросу от МО.

| **Код ошибки** | **Описание ошибки** | **Примечание** |
| --- | --- | --- |
| 001 | Неверный порядок элементов. Ожидается элемент <элемент> |  |
| 002 | Недопустимый формат данных в элементе <элемент> |  |
| 003 | Значение <такое-то> элемента <элемент> не содержится в справочнике <название справочника> |  |
| 101 | ЗЛ <ID\_PAC> не найдено в РС ЕРЗ | Ошибки данных при добавлении (OPER\_TYPE=1) |
| 102 | ЗЛ прикреплено более поздней датой <дата> к МО <код МО> |
| 103 | ЗЛ <ID\_PAC> умер |
| 104 | ЗЛ <ID\_PAC> застрахован другой СМО РК |
| 106 | ЗЛ <ID\_PAC> имеет другой полис |
| 107 | ЗЛ <ID\_PAC> указанный полис закрыт |
| 108 | Возраст ЗЛ <ID\_PAC> не соответствует профилю МО (взрослая, детская) |
| 109 | Дата прикрепления ЗЛ <ID\_PAC> позже текущей даты |
| 110 | Поля "Номер участка" и/или "Тип участка" не заполнены или заполнены некорректно. |
| 111 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" не заполнено (обязательный тег SNILS\_VR отсутствует или не заполнен СНИЛСом ) |
| 112 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" заполнено некорректно (аномальная длина, наличие нецифровых символов, некорректная контрольная сумма) |
| 113 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" по указанному для застрахованного лица СНИЛС медицинского работника не найден в Региональном регистре медицинского персонала МО, к которой прикреплен застрахованный (медицинский работник не должен быть умершим (тег Deathdate не заполнен) или уволившимся (как минимум один тег <CardRecordList>- <CardRecord>- <DateEnd> должен быть не заполнен)) согласно файла ФРМП. |
| 114 |  |
| 115 | Пакет уже подгружался |
| 201 | ЗЛ <ID\_PAC> не найдено в РС ЕРЗ | Ошибки данных при обновлении (OPER\_TYPE=2) |
| 202 | ЗЛ прикреплено более поздней датой <дата> к МО <код МО> |
| 203 | ЗЛ <ID\_PAC> умер |
| 204 | ЗЛ <ID\_PAC> застрахован другой СМО РК |
| 206 | ЗЛ <ID\_PAC> имеет другой полис |
| 207 | ЗЛ <ID\_PAC> указанный полис закрыт |
| 208 | Возраст ЗЛ <ID\_PAC> не соответствует профилю МО (взрослая, детская) |
| 209 | Дата прикрепления ЗЛ <ID\_PAC> позже текущей даты |
| 210 | Поля "Номер участка" и/или "Тип участка" не заполнены или заполнены некорректно. |
| 211 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" не заполнено (обязательный тег SNILS\_VR отсутствует или не заполнен СНИЛСом ) |
| 212 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" заполнено некорректно (аномальная длина, наличие нецифровых символов, некорректная контрольная сумма) |
| 213 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" по указанному для застрахованного лица СНИЛС медицинского работника не найден в Региональном регистре медицинского персонала МО, к которой прикреплен застрахованный (медицинский работник не должен быть умершим (тег Deathdate не заполнен) или уволившимся (как минимум один тег <CardRecordList>- <CardRecord>- <DateEnd> должен быть не заполнен)) согласно файла ФРМП. |
| 301 | ЗЛ <ID\_PAC> не найдено в РС ЕРЗ | Ошибки данных при удалении (OPER\_TYPE=3)  Ключ: ФИО, ДР, Номер полиса |

Приложение №6 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Формат передачи данных о прикрепленных застрахованных лицах (направляются медицинской организацией в страховую медицинскую организацию ежемесячно)**

Файл должен иметь формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Имя исходного xml-файла и файла архива формируется по следующему принципу:

PXXXXXYYYYYY\_ YYYYMMDD.XML, где

P – постоянный символ (латинская буква), описывающие тип файла,

XXXXX - код СМО,

YYYYYY - код МО, которая производит выгрузку,

YYYYMMDD - дата выгрузки.

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.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | PERS | ОМ | S | Записи | Записи о прикрепленном населении |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATA | О | D | Дата формирования файла |  |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО | По справочнику F003 |
|  | ID\_MO | O | T(30) | реестровый номер МО | Номер из ИС «Паспорт МУ» реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
|  | SMO | О | N(5) | Код СМО | По справочнику F002 |
|  | ZAP | О | N(6) | Количество записей |  |
| **Записи** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Уникальный в пределах МО идентификатор гражданина |  |
|  | FAM | О | T(30) | Фамилия |  |
|  | IM | О | T(30) | Имя |  |
|  | OT | У | T(30) | Отчество |  |
|  | W | О | N(1) | Пол | Таблица №1 |
|  | DR | О | D | Дата рождения |  |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип полиса | Таблица №2 |
|  | SPOLIS | У | T(30) | Серия полиса |  |
|  | NPOLIS | О | T(30) | Номер полиса |  |
|  | DATE | О | D | Дата прикрепления (актуального на указанную дату) |  |
|  | SP\_PRIK | О | N(1) | Способ прикрепления | Таблица №3 |
|  | T\_PRIK | О | N(1) | Тип прикрепления | Таблица №4 |
|  | KOD\_РODR | О | T(10) | Код подразделения | Справочник РК 17, для медицинских организаций, в которых не выделены подразделения, указывать 0 |
|  | NUM\_UCH | О | T(10) | Номер участка | Номер терапевтического, педиатрического участка, врача общей практики, фельдшерского, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH | О | T(10) | Тип участка | Тип участка:  1 - терапевтический;  2 - педиатрический;  3 - врача общей практики;  4 – фельдшерский. |
|  | SNILS\_VR | О | T(11) | СНИЛС медицинского работника участка | СНИЛС указывается без разделителей |
|  | DISP | О | N(1) | Подлежит Профилактическим мероприятиям | Таблица №5 |
|  | DISP\_KV | У | N(1) | Квартал отчетного периода проведения Профилактических мероприятий | Таблица №6 |
|  | DISP\_FAKT | У | N(2) | Тип профилактического мероприятия | Таблица №7  Тег обязателен при наличии факта начала или окончания профмероприятия |
|  | DATE\_NPM | У | D | Дата начала профилактического мероприятия | При заполненном теге DISP\_FAKT один из этих тегов обязателен.  Данные выгружаются на отчетную дату нарастающим итогом за отчетный год. |
|  | DATE\_OPM | У | D | Дата окончания профилактического мероприятия |
|  | PHONE1 | У | Т(11) | Контактный телефон 1 |  |
|  | PHONE2 | У | Т(11) | Контактный телефон 2 |  |

Таблица №1. Коды пола застрахованного лица

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Значение** |
| 1 | Мужской |
| 2 | Женский |

Таблица №2. Коды типов полиса

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | полис ОМС старого образца |
| 2 | временное свидетельство |
| 3 | полис ОМС единого образца |
| 4 | Универсальная электронная карта (УЭК) |

Таблица №3. Коды способов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о способе прикрепления |
| 1 | по месту регистрации |
| 2 | по личному заявлению |

Таблица №4. Коды типов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о типе прикрепления |
| 1 | первичный выбор медицинской организации |
| 2 | выбор медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года |
| 3 | выбор медицинской организации в связи со сменой места жительства |
| 4 | прекращение деятельности медицинской организации |
| 5 | открепление от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста |

Таблица №5. Коды типов планируемых Профилактических мероприятий

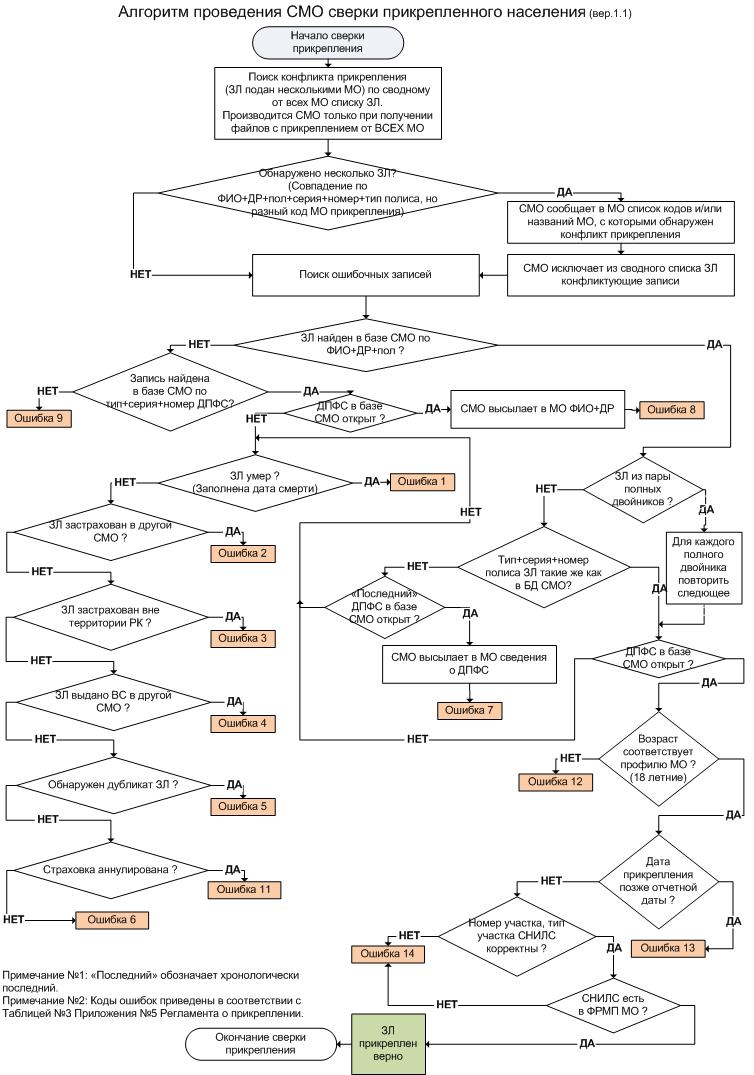
| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | Диспансеризация взрослого населения – 1 этап. |
| 2 | Диспансеризация инвалидов ВОВ; инвалидов боевых действий; участников ВОВ, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин; лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин»; бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанными инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин – 1 этап. |
| 3 | Профилактические медицинские осмотры взрослого населения. |
| 0 | Не подлежит профилактическим мероприятиям |
| 4 | Медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические) – 1 этап |

Таблица №6. Коды допустимых значений поля " Квартал отчетного периода проведения Профилактических мероприятий"

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | I квартал. |
| 2 | II квартал. |
| 3 | III квартал. |
| 4 | IV квартал. |

Таблица №7. Коды типов фактических Профилактических мероприятий

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | Диспансеризация взрослого населения – 1 этап. |
| 2 | Диспансеризация инвалидов ВОВ; инвалидов боевых действий; участников ВОВ, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин; лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин»; бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанными инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин – 1 этап. |
| 3 | Профилактические медицинские осмотры взрослого населения. |
| 4 | Диспансеризация взрослого населения – 2 этап. |
| 5 | Диспансеризация инвалидов ВОВ; инвалидов боевых действий; участников ВОВ, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин; лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин»; бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанными инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин – 2 этап. |
| 6 | Медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические) – 1 этап |
| 7 | Медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические) – 2 этап |

Приложение №7 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

Приложение №8 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Форма протокола передачи данных о принятом списке прикрепленных застрахованных лиц и перечень застрахованных лиц, прикрепленных к двум и более медицинским организациям (направляются страховой медицинской организацией в медицинскую организацию ежемесячно)**

Файл должен иметь формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Имя исходного xml-файла и файла архива формируется по следующему принципу (производится заменой буквы P в имени файла Приложения №4 на букву E, все буквы латинские):

EXXXXXYYYYYY\_ YYYYMMDD.XML, где

E – постоянный символ, описывающие тип файла,

XXXXX - код СМО,

YYYYYY - код МО,

YYYYMMDD - дата выгрузки.

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.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | PERS | ОМ | S | Записи | Записи о прикрепленном населении |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATA | О | D | Дата формирования файла |  |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО | По справочнику F003 |
|  | ID\_MO | O | T(30) | реестровый номер МО | Номер из ИС «Паспорт МУ» реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
|  | SMO | О | N(5) | Код СМО | По справочнику F002 |
|  | ZAP | О | N(6) | Количество записей |  |
| **Записи** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Уникальный в пределах МО идентификатор гражданина |  |
|  | FAM | О | T(30) | Фамилия |  |
|  | IM | О | T(30) | Имя |  |
|  | OT | У | T(30) | Отчество |  |
|  | W | О | N(1) | Пол | Таблица №1 |
|  | DR | О | D | Дата рождения |  |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип полиса | Таблица №2 |
|  | SPOLIS | У | T(30) | Серия полиса |  |
|  | NPOLIS | О | T(30) | Номер полиса |  |
|  | DATE | О | D | Дата прикрепления (актуального на указанную дату) |  |
|  | KOD\_РODR | О | T(10) | Код подразделения | Справочник РК 17, для медицинских организаций, в которых не выделены подразделения, указывать 0 |
|  | NUM\_UCH | О | T(10) | Номер участка | Номер терапевтического, педиатрического участка, врача общей практики, фельдшерского, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH | О | T(10) | Тип участка | Тип участка:  1 - терапевтический;  2 - педиатрический;  3 - врача общей практики;  4 – фельдшерский. |
|  | SNILS\_VR | О | T(11) | СНИЛС медицинского работника участка | СНИЛС указывается без разделителей |
|  | IDENT\_RESULT | О | N(1) | Результат идентификации | =0, если застрахованный не найден в базе СМО;  =1, если застрахованный найден в базе СМО |
|  | PR\_RESULT | У | N(1) | Результат прикрепления | Тег отсутствует в случае, когда IDENT\_RESULT=0. Обязателен когда IDENT\_RESULT=1.  В этом случае PR\_RESULT  =1, если прикреплен к одной МО;  =2, не прикреплен, т.к. есть конфликт прикрепления к нескольким МО |
|  | PR\_CODE\_MO | УМ | N(6) | Код МО | Тег отсутствует в случае, когда IDENT\_RESULT=0. Обязателен когда IDENT\_RESULT=1. по справочнику F002. |
|  | REASON | У | N(2) | Причина невозможности идентификации | Тег отсутствует в случае, когда IDENT\_RESULT=1.  Обязателен когда IDENT\_RESULT=0 по таблице №3 |
|  | DATE\_CLOSE | У | D | Дата закрытия полиса | Тег отсутствует в случае, когда IDENT\_RESULT=1.  Обязателен когда IDENT\_RESULT=0 и по таблице №3 REASON= 1-6 |
|  | VPOLIS\_NEW | У | N(1) | Тип полиса нового | Тег отсутствует в случае, когда IDENT\_RESULT=1.  Обязателен когда IDENT\_RESULT=0 и по таблице №3 REASON= 7 |
|  | SPOLIS\_NEW | У | T(30) | Серия полиса нового |
|  | NPOLIS\_NEW | У | T(30) | Номер полиса нового |
|  | DATE\_NEW | У |  | Дата открытия полиса нового |
|  | COMMENT | У | Т(100) | Расшифровка причины невозможности идентификации | Заполняется в случае несовпадения по ФИО или дате рождения |

Таблица №1. Коды пола застрахованного лица

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Значение** |
| 1 | Мужской |
| 2 | Женский |

Таблица №2. Коды типов полиса

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | полис ОМС старого образца |
| 2 | временное свидетельство |
| 3 | полис ОМС единого образца |
| 4 | Универсальная электронная карта (УЭК) |

Таблица №3. Коды причин невозможности идентификации

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
|  | Застрахованный умер |
|  | Застрахован другой СМО РК |
|  | Застрахован вне территории РК |
|  | Выдача ВС в другой СМО |
|  | Полис закрыт в связи с выявлением дубликата |
|  | Прочие причины закрытия полиса (в том числе невозможность определить причину закрытия) |
|  | У застрахованного другой открытый полис, СМО добавлены данные нового полиса |
|  | ФИО или дата рождения или пол не совпадают, СМО добавлены новые данные |
|  | Застрахованный не найден ни по ФИО и ДР, ни по номеру и серии полиса |
|  | Прочие причины невозможности идентификации (не используется с 01.06.2016) |
|  | Аннулирование страховки (военнослужащие, и прочее) |
|  | Возраст застрахованного не соответствует профилю МО (взрослая, детская) |
|  | Дата прикрепления позже отчетной даты сверки численности |
|  | Поля "Номер участка" и/или "Тип участка" не заполнены или заполнены некорректно. |
|  | Поле "СНИЛС медицинского работника участка":  - не заполнено (обязательный тег SNILS\_VR отсутствует или не заполнен СНИЛСом )  - заполнено некорректно (аномальная длина, наличие нецифровых символов, некорректная контрольная сумма)  - по указанному для застрахованного лица СНИЛС медицинского работника не найден в Региональном регистре медицинского персонала МО, к которой прикреплен застрахованный (медицинский работник не должен быть умершим (тег Deathdate не заполнен) или уволившимся (как минимум один тег <CardRecordList>- <CardRecord>- <DateEnd> должен быть не заполнен или заполнен датой позже 1 числа отчетного месяца)) согласно файла ФРМП. Застрахованное лицо не может быть прикреплено к умершему или уволившемуся ранее 1 числа отчетного месяца. |

Приложение №9 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Мониторинг данных по прикрепленному населению по состоянию 01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

| № п/п | Наименование медицинской организации | Представлено записей всего | Подтверждено прикрепление | Отклонено записей | Конфликт прикрепления к нескольким МО | Количество записей с ошибками | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Всего | В том числе с кодом ошибки\*: | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1 | ГБУЗ «Детская республиканская больница» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Петрозаводскск ОАО РЖД» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | ГБУЗ «Городская поликлиника №1» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | ГБУЗ «Городская поликлиника №2» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | ГБУЗ «Городская поликлиника №3» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | ГБУЗ «Городская поликлиника № 4» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | ГБУЗ «Городская детская поликлиника №1» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | ГБУЗ «Городская детская поликлиника №2» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | ГБУЗ «БеломорскаяЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | ГБУЗ «Калевальская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | ГБУЗ «Кемская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | НУЗ «Узловая больница на ст.Кемь ОАО "РЖД"» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | ГБУЗ «Кондопожская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | ГБУЗ «Лоухская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | ГБУЗ «Медвежьегорская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | ГБУЗ «Толвуйская амбулатория» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | ГБУЗ «Олонецкая ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | ГБУЗ «Питкярантская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | ГБУЗ «Республиканская больница им.В.А.Баранова» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | ГБУЗ «Пряжинская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | ГБУЗ «Пудожская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | ГБУЗ «Сегежская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | ГБУЗ «Суоярвская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | ГБУЗ «Сортавальская ЦРБ» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | ГБУЗ «Межрайонная больница № 1» |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого по всем МО: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Коды ошибок указаны в соответствии с Таблицей №3. Коды причин невозможности идентификации Приложения №5 к Регламенту.

Приложение №10 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Формат передачи данных о прикрепленных застрахованных лицах к конкретной медицинской организации**

**(направляются страховой медицинской организацией в ТФОМС РК ежемесячно).**

Общие требования

Файл прикрепления должен иметь имя следующей структуры (буквы "MO" – из латинского алфавита):

MO+ Источник информации+ реестровый номер-СМО/МО + ГГГГММДД, где

* Источник информации – 1 – СМО или 2 - МО,
* реестровый номер-СМО/МО – шестизначный реестровый номер СМО или МО
* ГГГГММДД – дата, на которую подготовлены данные.

Расширение файла – csv.

Пример.

MO212345620150617.csv – файл для загрузки данных из МО с реестровым номером 123456, выгруженный 17.06.2015

Содержимое файла должно передаваться в кодировке Windows-1251.

**Логическая структура файла**

Строки файла прикрепления (начиная с первой строки и до конца файла) содержат данные о прикреплении.

Строки файла должны отделяться друг от друга парой знаков «возврат каретки» и «перевод строки» (коды 1310 и 1010), следующих непосредственно друг за другом.

Файл не должен начинаться со знаков «возврат каретки» и «перевод строки» или заканчиваться этими знаками. Включение в файл пустых строк (повторение пар «возврат каретки» и «перевод строки» несколько раз непосредственно друг за другом) не допускается.

**Таблица структуры строки файла прикрепления:**

| **№** | **Обязательность** | **Назначение атрибута** | **Имя столбца в файле выгрузки** | **Длина** | **Требования к формату и дополнительной обработке** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Да | Действие | Действие | =1 | Код действия, связанного с событием прикрепления к медицинскому работнику:  "Р" - при прикреплении к новой медицинской организации и соответственно к новому медицинскому работнику;  "И" - при любых изменениях внутри одной медицинской организации (медицинского работника, код участка, код подразделения, СНИЛС медицинского работника, категория медицинского работника, способ прикрепления, тип прикрепления), а также при подаче записи в следующем периоде, если запись не имеет изменений по сравнению с предыдущим периодом. |
|  | Да | Код типа ДПФС:  П - Бумажный полис ОМС единого образца  Э - Электронный полис ОМС единого образца  В – Временное свидетельство  С – Полис старого образца  К – В составе УЭК | Тип\_ДПФС | = 1 |  |
|  | Да | Серия и номер ДПФС | ИД\_полиса | ≤ 35 | Серия и номер полиса ОМС старого образца (*серия отделяется от номера последовательностью знаков «пробел», «№», «пробел»*), номер временного свидетельства или номер полиса единого образца. |
|  | Да | Единый номер полиса ОМС | ЕНП | = 16 | Обязательно указывается для полисов ОМС единого образца |
|  | Да | Фамилия застрахованного лица | Фамилия | ≤ 50 |  |
|  | Да | Имя застрахованного лица | Имя | ≤ 50 |  |
|  | Нет | Отчество застрахованного лица | Отчество | ≤ 50 | Обязательно высылается при наличии |
|  | Да | Дата рождения застрахованного лица. | Дата\_рождения | = 8 | ГГГГММДД |
|  | Нет | Место рождения застрахованного лица. | Место\_рождения | ≤ 100 |  |
|  | Да | Тип документа, удостоверяющего личность. | Тип\_УДЛ | ≤ 2 | По федеральному справочнику УДЛ. |
|  | Да | Серия и номер документа, удостоверяющего личность. | Серия и номер документа | ≤ 100 | Серия и номер документа через пробел |
|  | Да | Дата выдачи документа, удостоверяющего личность. | Дата УДЛ | = 8 | ГГГГММДД |
|  | Да | Наименование органа, выдавшего документ | Орган УДЛ | ≤ 100 | Указывается из документа, удостоверяющего личность |
|  | Нет | СНИЛС застрахованного лица. | СНИЛС | = 11 | Обязательно указывается при наличии сведений о СНИЛС. |
| 15 | Да | Идентификатор МО | ИД\_МО | = 6 | Реестровый номер медицинской организации в едином реестре МО. |
| 16 | Да | Способ прикрепления | Способ прикрепления | =1 | Способ прикрепления. Значение из таблицы №1 кодов способов прикрепления . |
| 17 | Да | Тип прикрепления | Тип прикрепления | = 3 | По таблице №2 кодов типов прикрепления |
| 18 | Да | Дата прикрепления | Дата прикрепления | = 8 | ГГГГММДД |
|  | Нет | Дата открепления | Дата открепления | = 8 | ГГГГММДД  Обязательно указывается при наличии. При отсутствии данных о дате открепления дата не указывается. |
|  | Да | ОИД ЛПУ – уникальный идентификатор медицинской организации в реестре ЛПУ. | ОИД\_ЛПУ | ≤ 30 | реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
|  | Да | Код подразделения | Код\_подразделения | ≤ 64 | Справочник РК 17,для медицинских организаций, в которых не выделены подразделения, указывать 0 |
|  | Да | Номер(код) участка | Код\_участка | ≤ 64 | Номер участка с учетом типа.  Номер формируется по формуле "X-Y", где:  X может принимать одно из значений: 1,2,3, 4-для терапевтического, педиатрического участка, участка врача общей практики, фельдшерского, к которому прикреплен застрахованный соответственно.  Y - номер участка. Например: "1-34" - Терапевтический участок №34. "3-2" - участок ВОП №2. |
|  | Да | СНИЛС медицинского работника участка | СНИЛС\_врача | =11 | указывается без разделителей |
|  | Нет | Подлежит Профилактическим мероприятиям | DISP | = 1 | Таблица №3 |
| 25. | Нет | Квартал отчетного периода проведения Профилактических мероприятий | DISP\_KV | = 1 | Таблица №4 |
| 26. | Да | Пол | W | =1 | Таблица №5 |

Значения атрибутов должны следовать в том порядке, в котором они перечислены. Значения отделяются друг от друга знаком «точка с запятой» (";" код 5910). Каждое отдельное значение должно быть взято в кавычки с обеих сторон (код 3410).

Значения, помеченные как необязательные, могут отсутствовать. Если значение отсутствует, то на его месте следует вставить очередную точку с запятой (кавычки в таком случае не требуются).

Таблица №1. Коды способов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о способе прикрепления |
| 1 | по месту регистрации |
| 2 | по личному заявлению |

Таблица №2. Коды типов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | Нет данных о типе прикрепления |
| 1 | первичный выбор медицинской организации |
| 2 | выбор медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года |
| 3 | выбор медицинской организации в связи со сменой места жительства |
| 4 | прекращение деятельности медицинской организации |
| 5 | открепление от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста |

Таблица №3. Коды типов планируемых Профилактических мероприятий

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | Диспансеризация взрослого населения – 1 этап. |
| 2 | Диспансеризация инвалидов ВОВ; инвалидов боевых действий; участников ВОВ, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин; лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин»; бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанными инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин – 1 этап. |
| 3 | Профилактические медицинские осмотры взрослого населения. |
| 0 | Не подлежит профилактическим мероприятиям |
| 4 | Медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические) – 1 этап |

Таблица №4. Коды допустимых значений поля " Квартал отчетного периода проведения Профилактических мероприятий"

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | I квартал. |
| 2 | II квартал. |
| 3 | III квартал. |
| 4 | IV квартал. |

Таблица №5. Коды пола застрахованного лица

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Значение** |
| 1 | Мужской |
| 2 | Женский |

Приложение №11 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Форматы файлов форматно-логического контроля и протокола прикладной обработки данных о прикрепленных застрахованных лицах (направляется ТФОМС РК в страховые медицинские организации ежемесячно)**

Файл данных о прикрепленных застрахованных лицах к конкретной медицинской организации проходит два уровня проверки – форматно-логический контроль и прикладную обработку данных.

**Формат файла форматно-логического контроля**

Файл форматно-логического контроля (далее - ФЛК) формируется на каждый файл прикрепления.

Имя файла строится из имени файла прикрепления путём замены букв MO, с которой начинается имя файла, на букву L:

L + Источник информации + реестровый номер СМО + ГГГГММДД, где

* Источник информации – 1 – СМО,
* реестровый номер СМО – шестизначный реестровый номер СМО или МО
* ГГГГММДД – дата, на которую подготовлены данные.

Расширение файла – csv.

Содержимое файла передаётся в кодировке кодовой страницы Windows-1251.

Формат файла - текстового формат с разделителями. Файл состоит из строк, отделяемых друг от друга парой знаков «возврат каретки» и «перевод строки» (коды 1310 и 1010). В качестве разделителя используется знак «точка с запятой» (";", код 3410). Отдельные значения обязательно берутся в кавычки в тех случаях, когда внутри значения встречается точка с запятой или кавычки.

**Перечень кодов ошибок форматно-логического контроля**

При обнаружении в строке хотя бы одной ошибки ФЛК, строка не передаётся на загрузку в РС ЕРЗ.

Таблица №1. Перечень кодов ошибок ФЛК с описанием

| **Код** | **Поле** | | **Описание ошибки** | **Реакция**  **системы** | **Дополнительная проверка** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Номер** | **Имя столбца** |
| Ошибки в конкретных полях записи | | | | | |
| 2 | 4 | ЕНП | Отсутствует ЕНП | W | Отсутствует ЕНП для полиса ОМС единого образца |
| 5 | 5 | Фамилия | Недопустимые знаки или сочетания знаков в фамилии | E | Фамилия, имя или отчество не удовлетворяет правилам ФЛК, принятым в ЕРЗ |
| 6 | 6 | Имя | Недопустимые знаки или сочетания знаков в имени | E |
| 7 | 7 | Отчество | Недопустимые знаки или сочетания знаков в отчестве | E |
| 10 | 8 | Дата\_рождения | Не указана дата рождения | E |  |
| 11 | 8 | Дата\_рождения | Ошибка в дате рождения | E | Указана нереальная дата:   * Дата рождения больше даты выгрузки файла, указанной в названии файла, * Значение месяца не является числом от 1 до 12. * В значении года встречаются знаки, отличные от цифр, либо получившееся число больше текущего года. |
| 21 | 14 | СНИЛС\_врача | Ошибка в значении СНИЛС | W | Указанное значение имеет неверную длину, либо содержит знаки, отличные от цифр, контрольное число (две последние цифры) СНИЛС вычислены с ошибкой. |
| 25 | 3 | ИД\_полиса | Отсутствует серия и номер ДПФС | W | Отсутствует серия и номер для полиса ОМС старого образца или номер для временного свидетельства и полиса |
| 31 | 8 | Дата\_рождения | Дата прикрепления меньше даты рождения | E |  |
| 32 | 18 | Дата\_прикрепления | Дата прикрепления больше текущей даты | E |  |
| 33 | 8 | Дата\_рождения | Возраст ЗЛ не соответствует МО на дату прикрепления. | E | Лицо, старше 17 лет прикреплено к  МО,  обслуживающему только детское население |
| 34 | 8 | Дата\_рождения | Возраст ЗЛ не соответствует МО на дату прикрепления. | E | Лицо, младше 18 лет прикреплено к  МО, обслуживающему только взрослое население |
| 35 | 15 | ИД\_МО | Указан реестровый номер МО, не участвующего в прикреплении населения | E |  |
| 36 | 4 | ЕНП | ЕНП не соответствует полу и возрасту застрахованного лица | E | Рассчитанное половозрастное число на основании указанной даты рождения не совпадает с указанным  в ЕНП |
| 239 | 14 | СНИЛС\_врача | Не указан СНИЛС медработника | W | Не указан СНИЛС медицинского работника |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 242 | 16 | Способ\_прикрепления | Не указан код способа прикрепления к МО | E |  |
| 243 | 16 | Способ\_прикрепления | Недопустимый код способа прикрепления к МО | E | Код способа прикрепления не найден в системе кодирования. |
| 245 | 18 | Дата\_прикрепления | Дата не заполнена. | E |  |
| 246 | 18 | Дата\_прикрепления | Ошибка в дате | E | Ошибки в дате:  - в состав даты входят знаки, отличные от цифр,  - количество цифр не равно восьми,  - последовательность цифр не может быть интерпретирована как правильная дата (например, "19722510" или "19801234"). |
| 746 | 18 | Дата\_открепления | Ошибка в дате | E | Ошибки в дате:  - в состав даты входят знаки, отличные от цифр,  - количество цифр не равно восьми,  - последовательность цифр не может быть интерпретирована как правильная дата (например, "19722510" или "19801234"). |
| 264 | 15 | ИД\_МО | Реестровый номер МО не указан | E |  |
| 300 | 15 | ИД\_МО | Неверный формат реестрового номера МО | E | Указанное значение не отвечает предъявляемым требованиям (должно быть указано шесть десятичных цифр). |
| 265 | 15 | ИД\_МО | Реестровый номер не найден | E | Указанное значение не найдено в едином реестре МО. |
|  |  |  |  |  |  |
| 543 | 23 | СНИЛС\_врача | Медработник не найден в ФРМП | W | По указанному СНИЛС в Федеральном реестре медицинских работников не найден медицинский работник |
| 544 | 23 | СНИЛС\_врача | Медработник не работает в указанной МО[[1]](#footnote-1) | W | В РС ЕРЗ отсутствуют сведения о том, что указанный медработник работает в указанной МО |
| Прочие (общие) ошибки | | | | | |
| 542 | Застрахованное лицо не прикреплено к МО | | | Е | Для операции «И» не найдена действующая запись о прикреплении |
| 546 | Не верное число прикреплений | | | E | В случает, когда категория медработника определена, указан второй медработник, тип должности которого (врач или средний медперсонал) совпадает с типом должности медработника, прикрепление к которому зарегистрировано ранее.  Или в случае обработки без анализа категорий указан третий медработник, когда уже имеется прикрепление к двум медработникам с разными типами должностей |
| 547 | Дата прикрепления по месту регистрации позже имеющейся в БД | | | E | Для способа прикрепления по личному заявлению застрахованного лица не применяется. |
|  |  | | |  |  |
| 555 | Для лица, не идентифицированного в РС, не указан ЕНП. | | | Е |  |
| 802 | СМО предоставляет сведения о прикреплении лица, застрахованного в другой организации | | | E | Ошибка проверяется исходя из имени **МО** + код СМО + ГГГГММДД + номер части.csv  При необходимости отключите проверку. |
| 803 | Нарушено правило о замене МО по прикреплению | | | E | По заявлению застрахованного МО может меняться не чаще чем раз в год.  Ошибка возникает, только если действующее на момент обработки прикрепление было по заявлению.  При необходимости отключите проверку и повторно обработайте запись. |
| 805 | В одном файле несколько записей с прикреплением по одному лицу. | | | Е | Ошибка вырабатывается в случае, если в одном файле более одной записи о прикреплении лица к медработнику одной и той же категории. Если будут две записи, из них одна о прикреплении к врачу, другая к фельдшеру ошибки выявлено не будет  Отсутствие этой проверки давало в предыдущих версиях не объяснимые результаты работы программы. Проверку желательно не отключать. |
| 99 | В программе обработки возникла исключительная ситуация | | | У |  |

**Формат строки журнала форматно-логического контроля**

Если в исходном файле не обнаружено ошибок ФЛК, то ответный файл будет содержать только один символ – латинскую букву "N".

Если в исходном файле обнаружены ошибки ФЛК, то для каждой строки исходного файла, содержащей ошибки, в журнал ФЛК включается строка, содержащая коды ошибок, обнаруженных в строке исходного файла.

Первым компонентом строки с описанием ошибки указывается порядковый номер строки исходного файла (нумерация строк файла начинается с первой строки), вторым – ЕНП, если он был указан в исходном файле прикрепления (Если ЕНП в исходном файле не был указан, то на месте второго компонента ставится очередная точка с запятой). Третий и последующие компоненты содержат коды ошибок, обнаруженных в строке исходного файла. Коды ошибок ФЛК приведены в Таблица №1

**Формат файла протокола прикладной обработки данных**

Структура файла протокола обработки такая же, как структура файла журнала форматно-логического контроля, за исключением имени файла, которое формируется следующим образом:

E + Источник информации + реестровый номер СМО + ГГГГММДД, где

* Источник информации – 1 – СМО,
* реестровый номер-СМО – шестизначный реестровый номер СМО,
* ГГГГММДД – дата, на которую подготовлены данные,

расширение файла – csv.

Таблица №2. Перечень кодов ошибок прикладной обработки данных с описанием

| **Код** | **Поле** | | **Описание ошибки** | **Дополнительная проверка** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Номер** | **Имя столбца** |
| Ошибки идентификации ЗЛ | | | | |
| 500 | 3 | ЕНП | Единый номер полиса не найден в ЕРЗ | Для полисов единого образца |
| 522 | 2 | ИД\_полиса | Невозможно идентифицировать застрахованное лицо в ЕРЗ |  |
| 525 | 3 | ЕНП | Единый номер полиса не соответствует указанному ДПФС |  |
| Ошибки в конкретных полях записи | | | | |
| 265 | 4 | ИД\_МО | Реестровый номер не найден | Указанное значение не найдено в едином реестре МО. |
| 243 | 5 | Способ\_прикрепления | Недопустимый код способа прикрепления к МО | Код способа прикрепления не найден в системе кодирования. |
| 600 | 6 | Дата прикрепления | Дата прикрепления по месту регистрации позже имеющейся в БД | Для способа прикрепления по личному заявлению застрахованного лица не применяется. |
| Прочие ошибки | | | | |
| 99 | – | – | В программе обработки возникла исключительная ситуация |  |

Примечания.

Ошибка 99 соответствует случаю, когда в работе программы обработки исходного файла возникло необработанное исключение.

Приложение №12 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Акт сверки по списку прикрепленных застрахованных лиц**

**по состоянию на 01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

**(направляется страховой медицинской организацией в медицинскую организацию ежемесячно).**

Настоящий Акт составлен между медицинской организацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – МО)

(наименование МО)

и страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – СМО)

(наименование СМО)

о том, что в результате обработки файлов передачи данных о прикрепленных застрахованных лицах, представленных МО:

Представлено всего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ записей о застрахованных лицах.

Подтверждено прикрепление \_\_\_\_\_\_\_\_\_ застрахованных лиц, в том числе:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число застрахованных лиц  (сумма по столбцам 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11) | В том числе по группам застрахованных лиц | | | | | | | | | |
| Дети\* | | | | | | трудоспособный возраст | | пенсионеры | |
| 0-до 1 года | | 1-4 года | | 5-17 лет | | 18-59 лет | 18-54 лет | 60 лет и старше | 55 лет и старше |
| Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Отклонено: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ застрахованных лиц

Подписи сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель МО  (наименование МО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года |  | Руководитель СМО  (наименование СМО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года |

\* Разбивка численности застрахованных лиц (далее - ЗЛ) по состоянию на расчетную дату по возрастным группам, на примере стыка группы "0-до 1 года" и "1-4 года", производится следующим способом:

- застрахованное лицо относится к возрастной группе "0-до 1 года" до тех пор пока относительно его возраста на отчетную дату справедлива формулировка «застрахованному лицу 0 полных лет»;

- застрахованное лицо относится к возрастной группе "1-4 года", если относительно его возраста на отчетную дату справедлива формулировка «застрахованному лицу 1 (2,3,4) полный(-х) год(-а)», включая случаи, когда расчетная дата совпадает с днем рождения ЗЛ.

Аналогичный способ применяется для разбивки для всех остальных возрастных групп.

Приложение №12 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Акт сверки по списку прикрепленных застрахованных лиц**

**по состоянию на 01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

**(направляется страховой медицинской организацией в медицинскую организацию ежемесячно).**

Настоящий Акт составлен между медицинской организацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – МО)

(наименование МО)

и страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – СМО)

(наименование СМО)

о том, что в результате обработки файлов передачи данных о прикрепленных застрахованных лицах, представленных МО:

Представлено всего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ записей о застрахованных лицах.

Подтверждено прикрепление \_\_\_\_\_\_\_\_\_ застрахованных лиц, в том числе:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число застрахованных лиц  (сумма по столбцам 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11) | В том числе по группам застрахованных лиц | | | | | | | | | |
| Дети\* | | | | | | трудоспособный возраст | | пенсионеры | |
| 0-до 1 года | | 1-4 года | | 5-17 лет | | 18 - 64 лет | | 65 лет и старше | |
| Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Отклонено: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ застрахованных лиц

Подписи сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель МО  (наименование МО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года |  | Руководитель СМО  (наименование СМО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года |

\* Разбивка численности застрахованных лиц (далее - ЗЛ) по состоянию на расчетную дату по возрастным группам, на примере стыка группы "0-до 1 года" и "1-4 года", производится следующим способом:

- застрахованное лицо относится к возрастной группе "0-до 1 года" до тех пор пока относительно его возраста на отчетную дату справедлива формулировка «застрахованному лицу 0 полных лет»;

- застрахованное лицо относится к возрастной группе "1-4 года", если относительно его возраста на отчетную дату справедлива формулировка «застрахованному лицу 1 (2,3,4) полный(-х) год(-а)», включая случаи, когда расчетная дата совпадает с днем рождения ЗЛ.

Аналогичный способ применяется для разбивки для всех остальных возрастных групп.

Приложение №13 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Структуры пакетов и правила их заполнения при информационном взаимодействии между медицинскими организациями и ТФОМС**

**(передача данных**

**о добавлении/изменении/удалении реквизитов участка МО,**

**к которому прикреплены застрахованные лица**

**(от МО в ТФОМС РК))**

**(вступает в силу с 01 сентября 2019г)**

1. Параметры передаваемого пакета

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имя параметра** | **Описание** | **Примечание** |
| **app\_id:** | Имя сервера | Имя сервера передающего пакет |
| **user\_id** | Имя пользователя |  |
| **type:** | Тип пакета | AREA\_DATA (данные  об участке прикрепления застрахованного лица к МО) |
| **message\_id:** | Идентификатор пакета |  |
| **content\_encoding** | Кодировка | utf-8 |
| **content\_type:** | Тип контента | Xml |

Пример :

|  |  |
| --- | --- |
| **app\_id:** | TEST |
| **user\_id:** | USER01 |
| **type:** | AREA\_DATA |
| **message\_id:** | c0cb3412-140f-41c0-90a6-d79607217411 |
| **content\_encoding:** | utf-8 |
| **content\_type:** | Xml |

1. Особенности формирования пакета
   1. Наименования элементов должны соответствовать структурам файла – Таблицы.
   2. Пустые элементы (теги) в пакет не включаются.
2. 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.

1. 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.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| AREA\_DATA | ZGLV | О | S | Заголовок пакета | Информация о передаваемом пакете |
|  | AREA | О | S | Запись об участке прикрепления |  |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATE | О | D | Дата формирования пакета |  |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО, направляющей пакет. | По справочнику F003 |
|  | ID\_MO | O | T(30) | Реестровый номер МО | Номер из ИС «Паспорт МУ» реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
| **Запись** | | | | | |
| AREA | ID\_AREA | О | T(36) | Уникальный в пределах МО идентификатор участка |  |
|  | OPER\_TYPE | O | N(1) | Тип операции | = 1, если производится первичная передача сведения об участке (insert).  = 2 , если производится замена участка (в случае массового переприкрепление) (replace) (\*).  = 3, если производится удаление данных о прикреплении ранее поданных сведений (delete).  = 4 , если производится замена врача на участке (в случае массового переприкрепление) (replace) (\*\*). |
|  | DOC\_DATE | О | D | Дата документа МО, по которому производится изменение данных об участке |  |
|  | NUM\_UCH | О | T(10) | Номер участка | Номер участка, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH | О | T(10) | Тип участка | По таблице №1. |
|  | NUM\_UCH\_NEW | У | T(10) | Номер участка для замены | Обязателен при OPER\_TYPE=2. Номер участка, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH\_NEW | У | T(10) | Тип участка для замены | Обязателен при OPER\_TYPE=2. По таблице №1. |
|  | SNILS\_VR | У | T(11) | СНИЛС медицинского работника участка, к которому произведено прикрепление | Обязателен при OPER\_TYPE=4. СНИЛС указывается без разделителей |
|  | REZERV1 | У | T(500) | Резервное поле |  |
|  | REZERV2 | У | T(500) | Резервное поле |  |

Примечания:

(\*) Используется в случае переприкрепления всех ЗЛ с участка на участок.

(\*\*) Используется в случае смены основного врача (врача на которого подаются все ЗЛ) на участке.

Таблица №1.

Справочник кодов и наименований типов участков.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Код типа участка | Тип участка |
| 1 | 1 | терапевтический |
| 2 | 2 | педиатрический |
| 3 | 3 | врача общей практики |
| 4 | 4 | фельдшерский |

Приложение №14 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Мониторинг данных по неприкрепленному населению по состоянию на**

**01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Общее кол-во прикреплённого населения | Общее кол-во неприкреплённого населения | Из них в возрасте от 0 до 3 лет |
| -1- |  | -2- | -3- |
| 1. |  |  |  |

Приложение №15 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия

**Численность застрахованных лиц, имеющих прикрепление к медицинской организации без сведений о прикреплении к врачу и участку**

**на 01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

**.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование медицинской организации | Кол-во прикрепленных | Из них без прикрепления к врачу | Из них без прикрепления  к участку |
| -1- | -2- | -3- | -4- |  |
|  |  |  |  |  |

Приложение 1

к Соглашению об информационном взаимодействии в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в сфере ОМС Республики Карелия и информационном обмене между ТФОМС РК, Министерством и СМО от 30 мая 2019 г.

**Регламент**

**информационного взаимодействия в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)**

**I. Общие положения**

1. Настоящий Регламент разработан с целью упорядочения процесса прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Карелия.

2. Регламент осуществляет:

2.1. Регулирование взаимоотношений застрахованных лиц, медицинских организаций и страховых медицинских организаций по вопросам прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям;

2.2. Определение процедуры учета прикрепленных застрахованных лиц и отчета о численности прикрепленных застрахованных лиц;

2.3. Установление правил ведения и актуализации базы данных застрахованных лиц прикрепленных к медицинским организациям;

2.4. Минимизацию численности неприкрепленного населения.

3. Настоящий Регламент не распространяется:

- на медицинские организации с обслуживанием населения по стоматологическому, акушерско–гинекологическому и травматологическому профилям (не оказывающие первичную медико-санитарную помощь);

- на отношения по выбору медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

**II. Термины и определения**

3. В Регламенте применяются следующие понятия:

3.1. Оказание первичной медико-санитарной помощи – организация оказания медицинской помощи населению с приближением к месту жительства, работы или обучения граждан. Осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения в определенных медицинских организациях;

3.2. Медицинская организация (далее - МО) – организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия;

3.3. PC ЕРЗ - региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Республики Карелия;

3.4. КАС - комплексная автоматизированная система "Медэксперт - ТФОМС РК";

3.5. ТФОМС РК - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия;

3.6. застрахованное лицо - лицо, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Карелия согласно данным PC ЕРЗ;

3.7. прикрепленное застрахованное лицо – лицо, зарегистрированное в установленном порядке медицинской организацией на основании заявления о выборе медицинской организации (далее – Заявление) или (до подачи заявления о выборе медицинской организации) согласно регистрации (проживания) на территории обслуживания данной медицинской организации;

3.8. прикрепление застрахованного по обязательному медицинскому страхованию лица к медицинской организации — процедура регистрации лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Карелия согласно данным PC ЕРЗ, осуществляемая медицинской организацией на основании Заявления или (до подачи заявления о выборе медицинской организации) согласно регистрации (проживания) на территории обслуживания данной медицинской организации;

3.9. страховая медицинская организация (далее - СМО) - организация, включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия.

**III. Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия**

4. Распределение зон обслуживания между МО устанавливается приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия.

5. Распределение населения по участкам в пределах зоны обслуживания устанавливается приказом руководителя МО в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности.

МО обеспечивают хранение сведений о прикреплении застрахованных лиц к врачу (врачу-терапевту, врачу-педиатру или врачу общей практики) и среднему медицинскому персоналу (фельдшеру) (далее - к медицинскому работнику) застрахованных лиц с указанием кода медицинского работника из федерального регистра медицинских работников, кода медицинской организации и кода подразделения в составе медицинской организации в соответствии с паспортом МО и актуализацию их в день изменения.

6. Руководители МО приказами определяют лиц, уполномоченных на прием и регистрацию Заявлений, направление информации в ~~ТФОМС РК~~ СМО (далее – уполномоченное лицо). Копии приказов о назначении (замене) уполномоченных лиц направляются в СМО, ТФОМС РК, в течение трех рабочих дней с момента регистрации приказов в учреждении.

7. Перечень документов, предъявляемых застрахованным лицом при подаче Заявления, определен Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 №406н (далее – Порядок).

8. Заявление оформляется в письменной форме или машинописным способом по примерной форме заявления о выборе медицинской организации согласно приложению №1 к Регламенту.

Информация, представленная в Заявлении, сверяется уполномоченным лицом МО с данными оригиналов документов гражданина или их нотариально заверенными копиями. Исправления в Заявлении недопустимы.

9. Заявление подлежит регистрации в журнале регистрации заявлений о выборе медицинской организации, ведение которого осуществляется в электронной форме согласно приложению №2 к Регламенту. Регистрация Заявления осуществляется в день получения Заявления уполномоченным лицом.

10. При осуществлении выбора МО застрахованное лицо должно быть ознакомлено с перечнем врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых (врачей общей практики), с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

11. Взаимодействие между МО, принявшей Заявление, и МО, в которой гражданин находился на медицинском обслуживании на момент подачи Заявления, осуществляется согласно Порядку.

12. Открепление (прекращение прикрепления) от МО, к которой застрахованное лицо было прикреплено ранее, осуществляется:

12.1. при прикреплении застрахованного лица к иной МО в соответствии с Порядком с даты подачи Заявления о выборе (замене) медицинской организации;

12.2. при достижении застрахованным лицом 18-летнего возраста — открепление от МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению. Застрахованные лица, достигшие 18-летнего возраста и не осуществившие выбор медицинской организации путем подачи Заявления, прикрепляются к МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь взрослому населению и территории, обслуживания которой соответствует адрес регистрации (проживания) застрахованного лица по данными PC ЕРЗ;

12.3. при прекращении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования МО, к которой был ранее прикреплен гражданин;

12.4. при смене территории страхования гражданином на иной субъект Российской Федерации;

12.5. при прекращении страхования по обязательному медицинскому страхованию по иным причинам;

12.6. в случае смерти застрахованного лица.

13. После получения уведомления об откреплении ранее прикрепленного застрахованного лица МО, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи Заявления, в течение трех рабочих дней направляет копию медицинской документации гражданина в МО, принявшую Заявление.

14. В случае невозможности прикрепления застрахованного лица руководитель МО указывает в Заявлении мотивированную причину отказа.

15. СМО ежемесячно в срок до 25 числа текущего месяца формирует и направляет в каждую МО в электронном виде следующие данные за период с 25 числа предыдущего месяца по 24 число текущего месяца:

- о вновь застрахованных лицах, ранее не включенных в РС ЕРЗ (новорожденных, впервые застрахованных на территории Республики Карелия, впервые застрахованных в системе ОМС);

- о застрахованных лицах, с изменением данных персонифицированного учета (изменение ФИО, изменение места проживания, смена СМО, изменение данных полиса ОМС по причине закрытия ранее выданного полиса);

- о застрахованных лицах, прекративших страхование в Республике Карелия по любым причинам

в формате согласно приложению №3 к Регламенту.

В случае изменения данных о месте регистрации застрахованного или месте его проживания, информация передается в МО, к которой гражданин прикреплен в настоящий момент.

Передача данных производится по защищенным каналам связи.

Данные о застрахованном лице подлежат выгрузке в МО только в случае, если застрахованное лицо в процессе подачи заявления о выборе/замене СМО даёт согласие на передачу своих персональных данных в МО по месту регистрации (проживания), к которой прикрепляется застрахованное лицо.

16. В приложении №3 к Регламенту СМО указывает код МО исходя из участкового принципа, согласно адресу регистрации (проживания, в случае отсутствия регистрации) заявителя.

МО до 01 числа месяца следующего за отчетным должна провести обработку представленных СМО списков в соответствии с приложением №3 путём **прикрепления или открепления** застрахованных лиц в online режиме.

17. Запись о прикрепленном лице представляется МО в ~~ТФОМС РК~~ СМО в электронном виде в формате согласно приложению №4 к Регламенту после регистрации записи в информационной системе МО (режим онлайн). Передача данных производится по защищенным каналам связи.

18. ~~ТФОМС РК~~ СМО после получения информации от МО производит форматно-логический контроль, ~~идентификацию~~ и проверку представленных данных. В случае выявления ошибок ~~ТФОМС РК~~ СМО направляет в МО файл с выявленными ошибками согласно приложению №5 к Регламенту (далее – Протокол СМО).

18.1. МО, получив Протокол СМО, проводит работу по исправлению выявленных ошибок и несоответствий персональных данных и повторно передает по защищенным каналам связи в СМО ~~ТФОМС РК~~ данные о прикрепленном застрахованном лице в формате согласно приложению №4 к Регламенту.

19. При безошибочной обработке файла о прикреплении СМО ~~ТФОМС РК~~ передает в ТФОМС РК ~~СМО~~ по защищенным каналам связи информацию о прикреплении застрахованного лица, в соответствии с приложением №4.

20. ТФОМС РК ~~СМО~~ после получения информации от СМО ~~ТФОМС РК~~ производит форматно-логический контроль, идентификацию и проверку представленных данных ~~в~~ ~~соответствии с приложением №5~~. В случае выявления ошибок ТФОМС РК ~~СМО~~ направляет в СМО ~~ТФОМС РК~~ файл с выявленными ошибками согласно приложению №5 (далее – Протокол ТФОМС).

20.1 СМО ~~ТФОМС РК~~, получив Протокол ТФОМС, проводит работу по исправлению выявленных ошибок и несоответствий персональных данных. Затем направляет Протокол СМО в МО.

20.2 МО действует в рамках пункта 18.1 настоящего Регламента.

21. При безошибочной обработке файла ТФОМС РК ~~СМО~~ актуализирует КАС в части прикрепления на основе предоставленных данных и направляет в СМО ~~ТФОМС РК~~ Протокол ТФОМС, согласно приложению №5.

~~21.1. ТФОМС РК актуализирует КАС в части прикрепления на основе полученного Протокола и направляет его в МО.~~

21.1 СМО после получения Протокола ТФОМС актуализирует свою информационную систему в части прикрепления.

21.2 СМО формирует и направляет в МО Протокол СМО. В случае, если человек уже имел прикрепление к МО, СМО направляет файл со сведениями о застрахованном лице согласно приложению № 4 в прежнюю МО для открепления.

22. МО, получив файл в формате согласно приложению №4, проводит открепление застрахованного лица.

23. ТФОМС РК ежедневно осуществляет выгрузку и отправку сведений о прикрепленных лицах к конкретной медицинской организации и к медицинскому работнику в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц (далее – ЦС ЕРЗ) в соответствии с утвержденными форматами.

24. ТФОМС РК на основе полученных ответов ЦС ЕРЗ выполняет корректировку ошибочных данных. Исправленные сведения о прикрепленных застрахованных лицах к конкретной медицинской организации и к медицинскому работнику повторно отправляет в ЦС ЕРЗ.

25. СМО ежемесячно на 01 число месяца:

* формирует мониторинг данных по прикрепленному населению в разрезе медицинских организаций в формате согласно приложению №8 к Регламенту;
* оформляет, подписывает, скрепляет печатью и направляет в МО 2 экземпляра Акта сверки по списку прикрепленных застрахованных лиц (приложение №7 к Регламенту) по состоянию на 01 число отчетного месяца (далее – Акт) на бумажном носителе и в электронном виде отсканированную копию.

~~26. МО в срок до 03 числа месяца, следующего за отчетным периодом, получает от СМО в электронном виде отсканированную копию Акта с подписью и печатью, со своей стороны подписывает и скрепляет его печатью, сканирует и направляет в СМО в электронном виде (отсканированную копию). Получив от СМО завизированные Акты на бумажном носителе, МО подписывает и скрепляет их печатью и возвращает один экземпляр в СМО.~~

26. При выявлении разногласий в данных Актов, представленных СМО, МО информирует об этом СМО и в срок до 02 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, направляет в СМО файл данных о прикрепленных к МО застрахованных лицах (по форме приложения №12 к Регламенту) для осуществления сверки данных МО и СМО. СМО до 05 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, осуществляет сверку данных МО и СМО и направляет в МО данные о согласованном списке прикрепленных застрахованных лиц и перечень застрахованных лиц, прикрепленных к другим медицинским организациям (по форме приложения №13 к Регламенту). МО до 10 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, на основе анализа полученных от СМО данных, вносит необходимые корректировки, используя режим online. СМО в срок до 12 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, повторно направляет в МО Акт сверки по списку прикрепленных застрахованных лиц

26.1. Ежеквартально в срок до 01 числа месяца, следующего за кварталом, МО направляет в СМО файл данных о прикрепленных к МО застрахованных лицах (по форме приложения №12 к Регламенту) для осуществления сверки данных МО и СМО. СМО до 05 числа месяца, следующего за кварталом, осуществляет сверку данных МО и СМО и направляет в МО данные о согласованном списке прикрепленных застрахованных лиц и перечень застрахованных лиц, прикрепленных к другим медицинским организациям (по форме приложения №13 к Регламенту). МО до 10 числа месяца, следующего за кварталом, на основе анализа полученных от СМО данных, вносит необходимые корректировки, используя режим online. СМО в срок до 12 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, повторно направляет в МО Акт сверки по списку прикрепленных застрахованных лиц.

27. При выявлении разногласий в данных Актов, представленных СМО, МО сообщает об этом в СМО для сверки. СМО осуществляет выгрузку списка соответствующей группы (половозрастной) с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, полиса. По полученным данным МО вносит коррективы, используя режим online до 10 числа месяца.

28. СМО, ежемесячно, в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, получив от МО подписанные Акты в электронном виде (отсканированные копии), формирует пакет документов по всем МО согласно Приложению1 ~~Приложению №14 «Перечень медицинских организаций Республики Карелия, имеющих прикрепленное население»~~ к Тарифному соглашению и направляет их в ТФОМС РК. В случае отсутствия одного из значений, дат, печатей или подписей на Акте, ТФОМС РК считает данный акт недействительным.

29. ТФОМС РК в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляет:

а) мониторинг данных по прикрепленному населению в разрезе медицинских организаций в формате согласно приложению №9 к Регламенту в Министерство здравоохранения Республики Карелия;

б) мониторинг данных по неприкрепленному населению согласно приложению №14 к Регламенту в Министерство здравоохранения Республики Карелия и СМО;

в)Численность застрахованных лиц, имеющих прикрепление к медицинской организации без сведений о прикреплении к врачу и участку согласно приложению №15 к Регламенту в МО.

30. Доступ к информации о прикреплении застрахованных лиц в PC ЕРЗ для страховых медицинских организаций и медицинских организаций осуществляется посредством программного обеспечения «Интерактивный клиент» ТФОМС РК.

31. При добавлении/изменении/удалении реквизитов участка МО, к которому прикреплены застрахованные лица, МО должна направить файл с обновлёнными данными в формате согласно приложению №9 к Регламенту.

32. СМО, получив файл с информацией о добавлении/изменении/удалении реквизитов участка МО, производит форматно-логический контроль и проверку представленных данных. В случае выявления ошибок СМО направляет в МО файл с выявленными ошибками согласно приложению №10 к Регламенту.

32.1. МО, получив файл с ошибками, проводит работу по исправлению выявленных ошибок и несоответствий персональных данных и повторно передает по защищенным каналам связи в СМО данные о прикрепленном застрахованном лице в формате согласно приложению №9 к Регламенту.

33. При безошибочной обработке файла о добавлении/изменении/удалении реквизитов участка МО СМО передает в ТФОМС РК по защищенным каналам связи информацию о прикреплении застрахованного лица, в соответствии с приложением №9.

34. ТФОМС РК после получения информации от СМО производит форматно-логический контроль, идентификацию и проверку представленных данных. В случае выявления ошибок ТФОМС РК направляет в СМО файл с выявленными ошибками согласно приложению №10.

34.1 СМО, получив файл с ошибками, проводит работу по исправлению выявленных ошибок и несоответствий персональных данных. Затем направляет файл с ошибками согласно приложению №10 в МО.

34.2 МО действует в рамках пункта 32.1 настоящего Регламента.

35. При безошибочной обработке файла ТФОМС РК актуализирует свою информационную систему в части прикрепления на основе предоставленных данных и направляет файл с результатом обработки согласно приложению № 10 в СМО.

35.1 СМО после получения файла ТФОМС РК актуализирует свою информационную систему в части прикрепления и направляет ответный файл обработки в МО согласно приложению №10.

Приложение №1 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Форма заявления о выборе медицинской организации**

Руководителю медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, ФИО руководителя медицинской организации)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО гражданина полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ №

о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить

(ФИО гражданина полностью или ФИО гражданина, законным представителем\* которого я являюсь полностью)

к медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации, фактический адрес)

в связи с *(нужное выделить знаком «V»):*

* первичным выбором медицинской организации;
* выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
* выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
* прекращением деятельности медицинской организации;
* откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Сведения о застрахованном лице:

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Пол: \_\_\_\_
3. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

6. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

7. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Адрес регистрации (по постоянному месту жительства, по месту проживания, отсутствие регистрации - нужное подчеркнуть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дата регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Контактная информация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(телефон, e-mail)

1. Страховой медицинский полис:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Страховая медицинская организация:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. СНИЛС (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Прикреплен к медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прежнее прикрепление)

Сведения о представителе застрахованного лица (заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица):

1. Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Отношение к гражданину: отец, мать (нужное подчеркнуть) или другое (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Документ, подтверждающий право законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

1. Контактная информация представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(телефон, email)  
Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

\* для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан - опекунами.

Приложение №2 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Журнал регистрации заявлений о выборе медицинской организации**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата подачи заявления о выборе МО | ФИО застрахованного лица | Пол | Дата рождения | ФИО законного представителя\* | Дата прикрепления к выбранной МО | МО, где ранее  было прикреплено  застрахованное лицо | Причина  отказа в  прикреплении  к МО |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан – опекунами

Приложение №3 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Формат файла данных о вновь застрахованных лицах, ранее не включенных в РС ЕРЗ или с изменением данных персонифицированного учета за период (направляется СМО в МО ежемесячно)**

Файл должен иметь формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Имя исходного xml-файла формируется по следующему принципу:

NPXXXXXYYYYYY\_ YYYYMMDD.XML, где

NP – постоянный символ (латинская буква), описывающие тип файла,

XXXXX - код СМО,

YYYYYY - код МО, в которую производится выгрузка данных,

YYYYMMDD - дата выгрузки

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.

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | PERS | ОМ | S | Записи | Записи о застрахованных лицах |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATA | О | D | Дата формирования файла |  |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения |
| **Записи** | | | | | |
| PERS |  |  |  |  |  |
|  | FAM | О | T(30) | Фамилия |  |
|  | IM | О | T(30) | Имя |  |
|  | OT | У | T(30) | Отчество |  |
|  | W | О | N(1) | Пол | Таблица №1 |
|  | DR | О | D | Дата рождения |  |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип полиса | Таблица №2 |
|  | SPOLIS | У | T(30) | Серия полиса |  |
|  | NPOLIS | O | T(30) | Номер полиса |  |
|  | DATE\_BEGIN | О | D | Дата открытия полиса |  |
|  | SMO | О | N(5) | Код СМО | По справочнику F003 |
|  | STREET\_REG | У | Т(17) | Адрес регистрации - улица | Код улицы по Федеральной информационной адресной системе ФИАС |
|  | HOUSE\_REG | У | N(3) | Адрес регистрации - дом |  |
|  | CORPUS\_REG | У | T(6) | Адрес регистрации - корпус |  |
|  | FLAT\_REG | У | N(3) | Адрес регистрации - квартира |  |
|  | STREET\_PROG | У | Т(17) | Адрес проживания - улица | Код улицы по Федеральной информационной адресной системе ФИАС |
|  | HOUSE\_PROG | У | N(3) | Адрес проживания - дом |  |
|  | CORPUS\_PROG | У | T(6) | Адрес проживания - корпус |  |
|  | FLAT\_ PROG | У | N(3) | Адрес проживания - квартира |  |
|  | CASE\_VID | О | N(1) | Причина приема заявления о выборе/смене СМО | Таблица №3 |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО прикрепления | По справочнику F002 |
|  | DATE\_END | У | D | Дата закрытия полиса | Заполняется только для прекративших страхование в РК по любым причинам |
|  | FAM\_OLD | У | T(30) | Фамилия | Заполняется в случае изменения ФИО или даты рождения (2 код причины приема заявления о выборе/смене СМО) |
|  | IM\_OLD | У | T(30) | Имя |
|  | OT\_OLD | У | T(30) | Отчество |
|  | DR\_OLD | У | D | Дата рождения |

Таблица №1. Коды пола застрахованного лица

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Значение |
| 1 | Мужской |
| 2 | Женский |

Таблица №2. Коды типов полиса

| Код | Значение |
| --- | --- |
| 1 | полис ОМС старого образца |
| 2 | временное свидетельство |
| 3 | полис ОМС единого образца |
| 4 | Универсальная электронная карта (УЭК) |

Таблица №3. Коды причины приема заявления о выборе/смене СМО

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Значение |
| 1 | новорожденный (до года) |
| 2 | изменение ФИО |
| 3 | впервые застрахован на территории Республики Карелия |
| 4 | смена СМО |
| 5 | первичный выбор СМО (ранее не был застрахован в системе ОМС) |
| 6 | предыдущий полис был закрыт |

Приложение №4 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Структуры пакетов и правила их заполнения при информационном взаимодействии между медицинскими организациями и СМО, СМО и ТФОМС РК**

1. Параметры передаваемого пакета

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имя параметра** | **Описание** | **Примечание** |
| **app\_id:** | Имя сервера | Имя сервера передающего пакет |
| **user\_id** | Имя пользователя |  |
| **type:** | Тип пакета | ATTACH\_DATA (данные  о прикреплении/откреплении застрахованного лица к/от МО) |
| **message\_id:** | Идентификатор пакета |  |
| **content\_encoding** | Кодировка | utf-8 |
| **content\_type:** | Тип контента | Xml |

Пример :

|  |  |
| --- | --- |
| **app\_id:** | TEST |
| **user\_id:** | USER01 |
| **type:** | ATTACH\_DATA |
| **message\_id:** | c0cb3412-140f-41c0-90a6-d79607217411 |
| **content\_encoding:** | utf-8 |
| **content\_type:** | Xml |

1. Особенности формирования пакета
   1. Наименования элементов должны соответствовать структурам файла – Таблицы.
   2. Пустые элементы (теги) в пакет не включаются.
2. 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.

1. 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.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| ATTACH\_DATA | ZGLV | О | S | Заголовок пакета | Информация о передаваемом пакете |
|  | PERS | О | S | Запись о прикрепленном лице |  |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATE | О | D | Дата формирования пакета |  |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО, направляющей пакет. | По справочнику F003 |
|  | ID\_MO | O | T(30) | Реестровый номер МО | Номер из ИС «Паспорт МУ» реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
| **Запись** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Уникальный в пределах МО идентификатор гражданина |  |
|  | FAM | О | T(30) | Фамилия |  |
|  | IM | О | T(30) | Имя |  |
|  | OT | У | T(30) | Отчество |  |
|  | W | О | N(1) | Пол | Таблица №1 |
|  | DR | О | D | Дата рождения |  |
|  | SMO | О | N(5) | Код СМО | По справочнику F002 |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип полиса | Таблица №2 |
|  | SPOLIS | У | T(30) | Серия полиса |  |
|  | NPOLIS | О | T(30) | Номер полиса |  |
|  | OPER\_TYPE | O | N(1) | Тип операции | = 1, если производится первичная передача сведения о прикреплении (insert).  = 2 , если производится исправление данных о прикреплении ранее поданных сведений (update).  = 3, если производится удаление данных о прикреплении ранее поданных сведений (delete). |
|  | INFO\_TYPE | O | N(1) | Тип сведений | = 1, если передаются сведения о прикреплении;  = 0, если передаются сведения об откреплении. |
|  | DATE | О | D | Дата прикрепления/открепления | Заполняется согласно таблице №5 |
|  | SP\_PRIK | О | N(1) | Способ прикрепления | Таблица №3 |
|  | T\_PRIK | О | N(1) | Тип прикрепления | Таблица №4 |
|  | KOD\_РODR | О | T(10) | Код территориально-обособленного подразделения (ТОПа) | Справочник РК 17, для медицинских организаций, в которых не выделены подразделения, указывать 0 |
|  | NUM\_UCH | О | T(10) | Номер участка | Номер участка, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH | О | T(10) | Тип участка | По таблице №6. |
|  | SNILS\_VR | О | T(11) | СНИЛС медицинского работника участка, к которому произведено прикрепление | СНИЛС указывается без разделителей |
|  | PHONE1 | У | Т(11) | Контактный телефон 1 прикрепленного лица |  |
|  | PHONE2 | У | Т(11) | Контактный телефон 2 прикрепленного лица |  |
|  | REZERV1 | У | T(500) | Резервное поле |  |
|  | REZERV2 | У | T(500) | Резервное поле |  |

Примечание: При передаче сведений об откреплении (INFO\_TYPE=0) МО передает все сведения о прикреплении об открепляемом лице известные МО на дату открепления.

Таблица №1. Коды пола застрахованного лица

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Значение** |
| 1 | Мужской |
| 2 | Женский |

Таблица №2. Коды типов полиса

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | полис ОМС старого образца |
| 2 | временное свидетельство |
| 3 | полис ОМС единого образца |
| 4 | Универсальная электронная карта (УЭК) |

Таблица №3. Коды способов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о способе прикрепления |
| 1 | по месту регистрации |
| 2 | по личному заявлению |

Таблица №4. Коды типов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о типе прикрепления |
| 1 | первичный выбор медицинской организации |
| 2 | выбор медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года |
| 3 | выбор медицинской организации в связи со сменой места жительства |
| 4 | прекращение деятельности медицинской организации |
| 5 | открепление от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста |

Таблица №5.

| Значение способа прикрепления  (элемент SP\_PRIK) | | Значение даты  (элемент DATE) | |
| --- | --- | --- | --- |
| При INFO\_TYPE=1 (прикрепление) | При INFO\_TYPE=0  (открепление) |
| 1 | 2 |
| 0 (нет данных о способе прикрепления) | 1 | Дата прикрепления, известная МО (по данным СМО, иным сведениям, при отсутствии заявления) | Дата написания заявления об откреплении от МО/дата смерти |
| 1 (по месту регистрации) | 2 |
| 2 (по личному заявлению) | 3 | Дата написания заявления о прикреплении к МО |

Таблица №6.

Справочник кодов и наименований типов участков.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Код типа участка | Тип участка |
| 1 | 1 | терапевтический |
| 2 | 2 | педиатрический |
| 3 | 3 | врача общей практики |
| 4 | 4 | фельдшерский |

Приложение №5

к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Структуры ответных пакетов (результата обработки СМО сведений от МО, результата обработки ТФОМС сведений от СМО) и правила их заполнения при информационном взаимодействии**

1. Параметры передаваемого пакета

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имя параметра** | **Описание** | **Примечание** |
| **app\_id:** | Имя сервера | Имя сервера передающего пакет |
| **user\_id** | Имя пользователя |  |
| **type:** | Тип пакета | ATTACH\_DATA (данные  о результатах обработки ТФОМС сведений от МО о прикреплении/откреплении застрахованного лица к/от МО) |
| **message\_id:** | Идентификатор пакета |  |
| **content\_encoding** | Кодировка | utf-8 |
| **content\_type:** | Тип контента | Xml |

Пример :

|  |  |
| --- | --- |
| **app\_id:** | TEST |
| **user\_id:** | USER01 |
| **type:** | ATTACH\_DATA |
| **message\_id:** | c0cb3412-140f-41c0-90a6-d79607217411 |
| **content\_encoding:** | utf-8 |
| **content\_type:** | Xml |

1. Особенности формирования пакета
2. Наименования элементов должны соответствовать структурам файла – Таблицы.
3. Пустые элементы (теги) в пакет не включаются.
4. 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.

1. 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.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Правила заполнения** | **Примечание** |
| **Объявление XML** | | | | | | |
|  | ANSWER | О | S | Ответ |  |  |
| **Корневой элемент** | | | | | | |
|  | HEADER | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |  |
|  | BODY | О | S | Основная часть |  |  |
| **Заголовок файла** | | | | | | |
| HEADER | QUEUE\_NAME | О | T | Имя очереди |  |  |
|  | TYPE | О | T | Тип пакета | =Answer |  |
|  | MESSAGE\_ID | О | N | Идентификатор обрабатываемого пакета |  |  |
| **Основная часть** | | | | | | |
| BODY | RESULTS | О | S | Результат обработки |  |  |
| **Результаты обработки** | | | | | | |
| RESULTS | RESULT | О | T | Результат обработки | ОК – успешная обработка,  ERROR – ошибка |  |
|  | ERROR\_RESULT | УМ | S | Ошибки обработки |  | Поле, обязательное для заполнения, при RESULT = ERROR |
| **Ошибка обработки** | | | | | | |
| ERROR\_RESULT | RESULT\_CODE | О | N | Код ошибки | Заполняется значением из Таблицы №1 |  |
|  | RESULT\_NAME | О | Т | Описание ошибки | Заполняется значением из Таблицы №1 |  |

Таблица №1. Коды и описание ошибок обработки ТФОМС,СМО данных от МО (справочник будет пополняться ТФОМС по мере обнаружения вариантов нарушения корректности данных). Предоставляется ТФОМС по запросу от МО.

| **Код ошибки** | **Описание ошибки** | **Примечание** |
| --- | --- | --- |
| 001 | Неверный порядок элементов. Ожидается элемент <элемент> |  |
| 002 | Недопустимый формат данных в элементе <элемент> |  |
| 003 | Значение <такое-то> элемента <элемент> не содержится в справочнике <название справочника> |  |
| 101 | ЗЛ <ID\_PAC> не найдено в РС ЕРЗ | Ошибки данных при добавлении (OPER\_TYPE=1) |
| 102 | ЗЛ прикреплено более поздней датой <дата> к МО <код МО> |
| 103 | ЗЛ <ID\_PAC> умер |
| 104 | ЗЛ <ID\_PAC> застрахован другой СМО РК |
| 106 | ЗЛ <ID\_PAC> имеет другой полис |
| 107 | ЗЛ <ID\_PAC> указанный полис закрыт |
| 108 | Возраст ЗЛ <ID\_PAC> не соответствует профилю МО (взрослая, детская) |
| 109 | Дата прикрепления ЗЛ <ID\_PAC> позже текущей даты |
| 110 | Поля "Номер участка" и/или "Тип участка" не заполнены или заполнены некорректно. |
| 111 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" не заполнено (обязательный тег SNILS\_VR отсутствует или не заполнен СНИЛСом ) |
| 112 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" заполнено некорректно (аномальная длина, наличие нецифровых символов, некорректная контрольная сумма) |
| 113 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" по указанному для застрахованного лица СНИЛС медицинского работника не найден в Региональном регистре медицинского персонала МО, к которой прикреплен застрахованный (медицинский работник не должен быть умершим (тег Deathdate не заполнен) или уволившимся (как минимум один тег <CardRecordList>- <CardRecord>- <DateEnd> должен быть не заполнен)) согласно файла ФРМП. |
| 114 |  |
| 115 | Пакет уже подгружался |
| 201 | ЗЛ <ID\_PAC> не найдено в РС ЕРЗ | Ошибки данных при обновлении (OPER\_TYPE=2) |
| 202 | ЗЛ прикреплено более поздней датой <дата> к МО <код МО> |
| 203 | ЗЛ <ID\_PAC> умер |
| 204 | ЗЛ <ID\_PAC> застрахован другой СМО РК |
| 206 | ЗЛ <ID\_PAC> имеет другой полис |
| 207 | ЗЛ <ID\_PAC> указанный полис закрыт |
| 208 | Возраст ЗЛ <ID\_PAC> не соответствует профилю МО (взрослая, детская) |
| 209 | Дата прикрепления ЗЛ <ID\_PAC> позже текущей даты |
| 210 | Поля "Номер участка" и/или "Тип участка" не заполнены или заполнены некорректно. |
| 211 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" не заполнено (обязательный тег SNILS\_VR отсутствует или не заполнен СНИЛСом ) |
| 212 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" заполнено некорректно (аномальная длина, наличие нецифровых символов, некорректная контрольная сумма) |
| 213 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" по указанному для застрахованного лица СНИЛС медицинского работника не найден в Региональном регистре медицинского персонала МО, к которой прикреплен застрахованный (медицинский работник не должен быть умершим (тег Deathdate не заполнен) или уволившимся (как минимум один тег <CardRecordList>- <CardRecord>- <DateEnd> должен быть не заполнен)) согласно файла ФРМП. |
| 301 | ЗЛ <ID\_PAC> не найдено в РС ЕРЗ | Ошибки данных при удалении (OPER\_TYPE=3)  Ключ: ФИО, ДР, Номер полиса |

Приложение №6 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Структуры ответных пакетов (результата обработки ТФОМС сведений от СМО) и правила их заполнения при информационном взаимодействии**

1. Параметры передаваемого пакета

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имя параметра** | **Описание** | **Примечание** |
| **app\_id:** | Имя сервера | Имя сервера передающего пакет |
| **user\_id** | Имя пользователя |  |
| **type:** | Тип пакета | ATTACH\_DATA (данные  о результатах обработки ТФОМС сведений от МО) |
| **message\_id:** | Идентификатор пакета |  |
| **content\_encoding** | Кодировка | utf-8 |
| **content\_type:** | Тип контента | Xml |

Пример :

|  |  |
| --- | --- |
| **app\_id:** | TEST |
| **user\_id:** | USER01 |
| **type:** | ATTACH\_DATA |
| **message\_id:** | c0cb3412-140f-41c0-90a6-d79607217411 |
| **content\_encoding:** | utf-8 |
| **content\_type:** | Xml |

1. Особенности формирования пакета
   1. Наименования элементов должны соответствовать структурам файла – Таблицы.
   2. Пустые элементы (теги) в пакет не включаются.
2. 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.

1. 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.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| ATTACH\_DATA | ZGLV | О | S | Заголовок пакета | Информация о передаваемом пакете |
|  | PERS | О | S | Запись о прикрепленном лице |  |
|  | RESULT\_TYPE | O | S | Сведения о результате обработки ТФОМС данных от МО |  |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATE | О | D | Дата формирования пакета |  |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО, направляющей пакет | По справочнику F003 |
|  | ID\_MO | O | T(30) | Реестровый номер МО | Номер из ИС «Паспорт МУ» реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
| **Запись (полностью повторяет данные от СМО из обработанного пакета)** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Уникальный в пределах МО идентификатор гражданина |  |
|  | FAM | О | T(30) | Фамилия |  |
|  | IM | О | T(30) | Имя |  |
|  | OT | У | T(30) | Отчество |  |
|  | W | О | N(1) | Пол | Таблица №1 |
|  | DR | О | D | Дата рождения |  |
|  | SMO | О | N(5) | Код СМО | По справочнику F002 |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип полиса | Таблица №2 |
|  | SPOLIS | У | T(30) | Серия полиса |  |
|  | NPOLIS | О | T(30) | Номер полиса |  |
|  | OPER\_TYPE | O | N(1) | Тип операции | = 1, если производится первичная передача сведения о прикреплении (insert).  = 2 , если производится исправление данных о прикреплении ранее поданных сведений (update).  = 3, если производится удаление данных о прикреплении ранее поданных сведений (delete). |
|  | INFO\_TYPE | O | N(1) | Тип сведений | = 1, если передаются сведения о прикреплении;  = 0, если передаются сведения об откреплении. |
|  | DATE | О | D | Дата прикрепления/открепления | Заполняется согласно таблице №5 |
|  | SP\_PRIK | О | N(1) | Способ прикрепления | Таблица №3 |
|  | T\_PRIK | О | N(1) | Тип прикрепления | Таблица №4 |
|  | KOD\_РODR | О | T(10) | Код территориально-обособленного подразделения (ТОПа) | Справочник РК 17, для медицинских организаций, в которых не выделены подразделения, указывать 0 |
|  | NUM\_UCH | О | T(10) | Номер участка | Номер участка, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH | О | T(10) | Тип участка | По таблице №6. |
|  | SNILS\_VR | О | T(11) | СНИЛС медицинского работника участка, к которому произведено прикрепление | СНИЛС указывается без разделителей |
|  | PHONE1 | У | Т(11) | Контактный телефон 1 прикрепленного лица |  |
|  | PHONE2 | У | Т(11) | Контактный телефон 2 прикрепленного лица |  |
|  | REZERV1 | У | T(500) | Резервное поле |  |
|  | REZERV2 | У | T(500) | Резервное поле |  |
| **Описание результата обработки ТФОМС сведений от СМО** | | | | | |
| RESULT\_TYPE | RESULT\_TYPE\_NAME | O | T(5) | Результат обработки | = OK, успешная обработка;  = ERROR, неуспешная обработка. |
|  | ERROR\_RESULT | УM | S | Результат неуспешной обработки данных | Поле обязательное для заполнения, при RESULT\_TYPE\_NAME = ERROR |
| ERROR\_RESULT | RESULT\_NAME | O | T(500) | Текст результата обработки | Согласно таблице №6 |
|  | RESULT\_CODE | O | N(3) | Код результата обработки |

Примечание: При передаче сведений об откреплении (INFO\_TYPE=0) МО передает все сведения о прикреплении об открепляемом лице известные МО на дату открепления.

Таблица №1. Коды пола застрахованного лица

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Значение** |
| 1 | Мужской |
| 2 | Женский |

Таблица №2. Коды типов полиса

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | полис ОМС старого образца |
| 2 | временное свидетельство |
| 3 | полис ОМС единого образца |
| 4 | Универсальная электронная карта (УЭК) |

Таблица №3. Коды способов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о способе прикрепления |
| 1 | по месту регистрации |
| 2 | по личному заявлению |

Таблица №4. Коды типов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о типе прикрепления |
| 1 | первичный выбор медицинской организации |
| 2 | выбор медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года |
| 3 | выбор медицинской организации в связи со сменой места жительства |
| 4 | прекращение деятельности медицинской организации |
| 5 | открепление от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста |

Таблица №5 Пояснения по заполнению даты в зависимости от способа прикрепления и типа информации.

| Значение способа прикрепления  (элемент SP\_PRIK) | | Значение даты  (элемент DATE) | |
| --- | --- | --- | --- |
| При INFO\_TYPE=1 (прикрепление) | При INFO\_TYPE=0  (открепление) |
| 1 | 2 |
| 0 (нет данных о способе прикрепления) | 1 | Дата прикрепления, известная МО (по данным СМО, иным сведениям, при отсутствии заявления) | Дата написания заявления об откреплении от МО/дата смерти |
| 1 (по месту регистрации) | 2 |
| 2 (по личному заявлению) | 3 | Дата написания заявления о прикреплении к МО |

Таблица №6 Коды и описание ошибок обработки ТФОМС,СМО ???данных от МО (справочник будет пополняться ТФОМС по мере обнаружения вариантов нарушения корректности данных). Предоставляется ТФОМС по запросу от МО.

| **Код** | **Значение** |  |
| --- | --- | --- |
| 001 | Неверный порядок элементов. Ожидается элемент <элемент> |  |
| 002 | Недопустимый формат данных в элементе <элемент> |  |
| 003 | Значение <такое-то> элемента <элемент> не содержится в справочнике <название справочника> |  |
| 101 | ЗЛ <ID\_PAC> не найдено в РС ЕРЗ | Ошибки данных при добавлении (OPER\_TYPE=1) |
| 102 | ЗЛ прикреплено более поздней датой <дата> к МО <код МО> |
| 103 | ЗЛ <ID\_PAC> умер |
| 104 | ЗЛ <ID\_PAC> застрахован другой СМО РК |
| 106 | ЗЛ <ID\_PAC> имеет другой полис |
| 107 | ЗЛ <ID\_PAC> указанный полис закрыт |
| 108 | Возраст ЗЛ <ID\_PAC> не соответствует профилю МО (взрослая, детская) |
| 109 | Дата прикрепления ЗЛ <ID\_PAC> позже текущей даты |
| 110 | Поля "Номер участка" и/или "Тип участка" не заполнены или заполнены некорректно. |
| 111 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" не заполнено (обязательный тег SNILS\_VR отсутствует или не заполнен СНИЛСом ) |
| 112 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" заполнено некорректно (аномальная длина, наличие нецифровых символов, некорректная контрольная сумма) |
| 113 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" по указанному для застрахованного лица СНИЛС медицинского работника не найден в Региональном регистре медицинского персонала МО, к которой прикреплен застрахованный (медицинский работник не должен быть умершим (тег Deathdate не заполнен) или уволившимся (как минимум один тег <CardRecordList>- <CardRecord>- <DateEnd> должен быть не заполнен)) согласно файла ФРМП. |
| 114 |  |
| 115 | Пакет уже подгружался |
| 201 | ЗЛ <ID\_PAC> не найдено в РС ЕРЗ | Ошибки данных при обновлении (OPER\_TYPE=2) |
| 202 | ЗЛ прикреплено более поздней датой <дата> к МО <код МО> |
| 203 | ЗЛ <ID\_PAC> умер |
| 204 | ЗЛ <ID\_PAC> застрахован другой СМО РК |
| 206 | ЗЛ <ID\_PAC> имеет другой полис |
| 207 | ЗЛ <ID\_PAC> указанный полис закрыт |
| 208 | Возраст ЗЛ <ID\_PAC> не соответствует профилю МО (взрослая, детская) |
| 209 | Дата прикрепления ЗЛ <ID\_PAC> позже текущей даты |
| 210 | Поля "Номер участка" и/или "Тип участка" не заполнены или заполнены некорректно. |
| 211 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" не заполнено (обязательный тег SNILS\_VR отсутствует или не заполнен СНИЛСом ) |
| 212 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" заполнено некорректно (аномальная длина, наличие нецифровых символов, некорректная контрольная сумма) |
| 213 | Поле "СНИЛС медицинского работника участка" по указанному для застрахованного лица СНИЛС медицинского работника не найден в Региональном регистре медицинского персонала МО, к которой прикреплен застрахованный (медицинский работник не должен быть умершим (тег Deathdate не заполнен) или уволившимся (как минимум один тег <CardRecordList>- <CardRecord>- <DateEnd> должен быть не заполнен)) согласно файла ФРМП. |
| 301 | ЗЛ <ID\_PAC> не найдено в РС ЕРЗ | Ошибки данных при удалении (OPER\_TYPE=3)  Ключ: ФИО, ДР, Номер полиса |

Приложение №7 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Акт сверки по списку прикрепленных застрахованных лиц**

**по состоянию на 01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

**(направляется страховой медицинской организацией в медицинскую организацию ежемесячно).**

Настоящий Акт составлен между медицинской организацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – МО)

(наименование МО)

и страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – СМО)

(наименование СМО)

о том, что в результате обработки файлов передачи данных о прикрепленных застрахованных лицах, представленных МО:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число застрахованных лиц  (сумма по столбцам 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11) | В том числе по группам застрахованных лиц | | | | | | | | | |
| Дети\* | | | | | | трудоспособный возраст | | пенсионеры | |
| 0-до 1 года | | 1-4 года | | 5-17 лет | | 18-59 лет | 18-54 лет | 60 лет и старше | 55 лет и старше |
| Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Подписи сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель МО  (наименование МО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года |  | Руководитель СМО  (наименование СМО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года |

\* Разбивка численности застрахованных лиц (далее - ЗЛ) по состоянию на расчетную дату по возрастным группам, на примере стыка группы "0-до 1 года" и "1-4 года", производится следующим способом:

- застрахованное лицо относится к возрастной группе "0-до 1 года" до тех пор пока относительно его возраста на отчетную дату справедлива формулировка «застрахованному лицу 0 полных лет»;

- застрахованное лицо относится к возрастной группе "1-4 года", если относительно его возраста на отчетную дату справедлива формулировка «застрахованному лицу 1 (2,3,4) полный(-х) год(-а)», включая случаи, когда расчетная дата совпадает с днем рождения ЗЛ.

Аналогичный способ применяется для разбивки для всех остальных возрастных групп.

Приложение №7 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Акт сверки по списку прикрепленных застрахованных лиц**

**по состоянию на 01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

**(направляется страховой медицинской организацией в медицинскую организацию ежемесячно).**

Настоящий Акт составлен между медицинской организацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – МО)

(наименование МО)

и страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – СМО)

(наименование СМО)

о том, что в результате обработки файлов передачи данных о прикрепленных застрахованных лицах, представленных МО:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число застрахованных лиц  (сумма по столбцам 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11) | В том числе по группам застрахованных лиц | | | | | | | | | |
| Дети\* | | | | | | трудоспособный возраст | | пенсионеры | |
| 0-до 1 года | | 1-4 года | | 5-17 лет | | 18-64 лет | | 65 лет и старше | |
| Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Подписи сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель МО  (наименование МО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года |  | Руководитель СМО  (наименование СМО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года |

\* Разбивка численности застрахованных лиц (далее - ЗЛ) по состоянию на расчетную дату по возрастным группам, на примере стыка группы "0-до 1 года" и "1-4 года", производится следующим способом:

- застрахованное лицо относится к возрастной группе "0-до 1 года" до тех пор пока относительно его возраста на отчетную дату справедлива формулировка «застрахованному лицу 0 полных лет»;

- застрахованное лицо относится к возрастной группе "1-4 года", если относительно его возраста на отчетную дату справедлива формулировка «застрахованному лицу 1 (2,3,4) полный(-х) год(-а)», включая случаи, когда расчетная дата совпадает с днем рождения ЗЛ.

Аналогичный способ применяется для разбивки для всех остальных возрастных групп.

Приложение №8 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Мониторинг данных по прикрепленному населению по состоянию на**

**01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

| № п/п | Наименование медицинской организации | Численность прикрепленных ЗЛ |
| --- | --- | --- |
|
|
| 1 | ГБУЗ «Детская республиканская больница» |  |
| 2 | НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Петрозаводскск ОАО РЖД» |  |
| 3 | ГБУЗ «Городская поликлиника №1» |  |
| 4 | ГБУЗ «Городская поликлиника №2» |  |
| 5 | ГБУЗ «Городская поликлиника №3» |  |
| 6 | ГБУЗ «Городская поликлиника № 4» |  |
| 7 | ГБУЗ «Городская детская поликлиника №1» |  |
| 8 | ГБУЗ «Городская детская поликлиника №2» |  |
| 9 | ГБУЗ «БеломорскаяЦРБ» |  |
| 10 | ГБУЗ «Калевальская ЦРБ» |  |
| 11 | ГБУЗ «Кемская ЦРБ» |  |
| 12 | НУЗ «Узловая больница на ст.Кемь ОАО "РЖД"» |  |
| 13 | ГБУЗ «Кондопожская ЦРБ» |  |
| 14 | ГБУЗ «Лоухская ЦРБ» |  |
| 15 | ГБУЗ «Медвежьегорская ЦРБ» |  |
| 16 | ГБУЗ «Толвуйская амбулатория» |  |
| 17 | ГБУЗ «Олонецкая ЦРБ» |  |
| 18 | ГБУЗ «Питкярантская ЦРБ» |  |
| 19 | ГБУЗ «Республиканская больница им.В.А.Баранова» |  |
| 20 | ГБУЗ «Пряжинская ЦРБ» |  |
| 21 | ГБУЗ «Пудожская ЦРБ» |  |
| 22 | ГБУЗ «Сегежская ЦРБ» |  |
| 23 | ГБУЗ «Суоярвская ЦРБ» |  |
| 24 | ГБУЗ «Сортавальская ЦРБ» |  |
| 25 | ГБУЗ «Межрайонная больница № 1» |  |
|  | Итого по всем МО: |  |

Приложение №9 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Структуры пакетов и правила их заполнения при информационном взаимодействии между медицинскими организациями, СМО и ТФОМС РК**

**(передача данных**

**о добавлении/изменении/удалении реквизитов участка МО,**

**к которому прикреплены застрахованные лица**

**(от МО в СМО, от СМО в ТФОМС РК ))**

**(вступает в силу с 01 сентября 2019г????)**

1. Параметры передаваемого пакета

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имя параметра** | **Описание** | **Примечание** |
| **app\_id:** | Имя сервера | Имя сервера передающего пакет |
| **user\_id** | Имя пользователя |  |
| **type:** | Тип пакета | AREA\_DATA (данные  об участке прикрепления застрахованного лица к МО) |
| **message\_id:** | Идентификатор пакета |  |
| **content\_encoding** | Кодировка | utf-8 |
| **content\_type:** | Тип контента | Xml |

Пример :

|  |  |
| --- | --- |
| **app\_id:** | TEST |
| **user\_id:** | USER01 |
| **type:** | AREA\_DATA |
| **message\_id:** | c0cb3412-140f-41c0-90a6-d79607217411 |
| **content\_encoding:** | utf-8 |
| **content\_type:** | Xml |

1. Особенности формирования пакета
   1. Наименования элементов должны соответствовать структурам файла – Таблицы.
   2. Пустые элементы (теги) в пакет не включаются.
2. 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.

1. 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.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| AREA\_DATA | ZGLV | О | S | Заголовок пакета | Информация о передаваемом пакете |
|  | AREA | О | S | Запись об участке прикрепления |  |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATE | О | D | Дата формирования пакета |  |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО, направляющей пакет. | По справочнику F003 |
|  | ID\_MO | O | T(30) | Реестровый номер МО | Номер из ИС «Паспорт МУ» реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
| **Запись** | | | | | |
| AREA | ID\_AREA | О | T(36) | Уникальный в пределах МО идентификатор участка |  |
|  | OPER\_TYPE | O | N(1) | Тип операции | = 1, если производится первичная передача сведения об участке (insert).  = 2 , если производится замена участка (в случае массового переприкрепление) (replace) (\*).  = 3, если производится удаление данных о прикреплении ранее поданных сведений (delete).  = 4 , если производится замена врача на участке (в случае массового переприкрепление) (replace) (\*\*). |
|  | DOC\_DATE | О | D | Дата документа МО, по которому производится изменение данных об участке |  |
|  | NUM\_UCH | О | T(10) | Номер участка | Номер участка, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH | О | T(10) | Тип участка | По таблице №1. |
|  | NUM\_UCH\_NEW | У | T(10) | Номер участка для замены | Обязателен при OPER\_TYPE=2. Номер участка, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH\_NEW | У | T(10) | Тип участка для замены | Обязателен при OPER\_TYPE=2. По таблице №1. |
|  | SNILS\_VR | У | T(11) | СНИЛС медицинского работника участка, к которому произведено прикрепление | Обязателен при OPER\_TYPE=4. СНИЛС указывается без разделителей |
|  | REZERV1 | У | T(500) | Резервное поле |  |
|  | REZERV2 | У | T(500) | Резервное поле |  |

Примечания:

(\*) Используется в случае переприкрепления всех ЗЛ с участка на участок.

(\*\*) Используется в случае смены основного врача (врача на которого подаются все ЗЛ) на участке.

Таблица №1.

Справочник кодов и наименований типов участков.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Код типа участка | Тип участка |
| 1 | 1 | терапевтический |
| 2 | 2 | педиатрический |
| 3 | 3 | врача общей практики |
| 4 | 4 | фельдшерский |

Приложение №10 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Структуры пакетов и правила их заполнения при информационном взаимодействии между медицинскими организациями, СМО и ТФОМС РК**

**(передача данных о статусе обработки сведений о добавлении/изменении/удалении реквизитов участка МО,**

**к которому прикреплены застрахованные лица**

**(от СМО в МО, от ТФОМС в СМО))**

1. Параметры передаваемого пакета

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имя параметра** | **Описание** | **Примечание** |
| **app\_id:** | Имя сервера | Имя сервера передающего пакет |
| **user\_id** | Имя пользователя |  |
| **type:** | Тип пакета | AREA\_DATA (данные о результатах обработки ТФОМС сведений от МО об участке прикрепления застрахованного лица к МО) |
| **message\_id:** | Идентификатор пакета |  |
| **content\_encoding** | Кодировка | utf-8 |
| **content\_type:** | Тип контента | Xml |

Пример :

|  |  |
| --- | --- |
| **app\_id:** | TEST |
| **user\_id:** | USER01 |
| **type:** | AREA\_DATA |
| **message\_id:** | c0cb3412-140f-41c0-90a6-d79607217411 |
| **content\_encoding:** | utf-8 |
| **content\_type:** | Xml |

1. Особенности формирования пакета
   1. Наименования элементов должны соответствовать структурам файла – Таблицы.
   2. Пустые элементы (теги) в пакет не включаются.
2. 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.

1. 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.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Правила заполнения** | **Примечание** |
| **Объявление XML** | | | | | | |
|  | ANSWER | О | S | Ответ |  |  |
| **Корневой элемент** | | | | | | |
|  | HEADER | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |  |
|  | BODY | О | S | Основная часть |  |  |
| **Заголовок файла** | | | | | | |
| HEADER | QUEUE\_NAME | О | T | Имя очереди |  |  |
|  | TYPE | О | T | Тип пакета | =Answer |  |
|  | MESSAGE\_ID | О | N | Идентификатор обрабатываемого пакета |  |  |
| **Основная часть** | | | | | | |
| BODY | RESULTS | О | S | Результат обработки |  |  |
| **Результаты обработки** | | | | | | |
| RESULTS | RESULT | О | T | Результат обработки | ОК – успешная обработка,  ERROR – ошибка |  |
|  | ERROR\_RESULT | УМ | S | Ошибки обработки |  | Поле, обязательное для заполнения, при RESULT = ERROR |
| **Ошибка обработки** | | | | | | |
| ERROR\_RESULT | RESULT\_CODE | О | N | Код ошибки | Заполняется значением из Таблицы №1 |  |
|  | RESULT\_NAME | О | Т | Описание ошибки | Заполняется значением из Таблицы №1 |  |

Таблица №1. Коды и описание ошибок обработки ТФОМС данных от МО (справочник будет пополняться ТФОМС по мере обнаружения вариантов нарушения корректности данных). Предоставляется ТФОМС по запросу от МО.

| **Код ошибки** | **Описание ошибки** | **Группировщик ошибок** |
| --- | --- | --- |
| 001 | Неверный порядок элементов. Ожидается элемент <элемент> |  |
| 002 | Недопустимый формат данных в элементе <элемент> |
| 003 | Значение <такое-то> элемента <элемент> не содержится в справочнике <название справочника> |
| 101 |  | Ошибки данных при добавлении нового участка (OPER\_TYPE=1) |
| 201 | Участок <ID\_PAC>+<NUM\_UCH >+< TIP\_UCH > не найден в РС ЕРЗ | Ошибки данных при замене участка (OPER\_TYPE=2) |
| 202 | <DOC\_DATE> > текущей даты |
| 301 | Участок <ID\_PAC>+<NUM\_UCH >+< TIP\_UCH > не найден в РС ЕРЗ | Ошибки данных при удалении (OPER\_TYPE=3) |
| 401 | Участок <ID\_PAC>+<NUM\_UCH >+< TIP\_UCH > не найден в РС ЕРЗ | Ошибки данных при замене врача (СНИЛС) на участке (OPER\_TYPE=4) |

Приложение №11 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Структуры пакетов и правила их заполнения при информационном взаимодействии между СМО и ТФОМС**

**(передача данных о статусе обработки сведений о добавлении/изменении/удалении реквизитов участка МО,**

**к которому прикреплены застрахованные лица**

**(от ТФОМС РК в СМО))**

**(вступает в силу с 01 сентября 2019г)**

* 1. Параметры передаваемого пакета

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имя параметра** | **Описание** | **Примечание** |
| **app\_id:** | Имя сервера | Имя сервера передающего пакет |
| **user\_id** | Имя пользователя |  |
| **type:** | Тип пакета | AREA\_DATA (данные  об участке прикрепления застрахованного лица к МО) |
| **message\_id:** | Идентификатор пакета |  |
| **content\_encoding** | Кодировка | utf-8 |
| **content\_type:** | Тип контента | Xml |

Пример :

|  |  |
| --- | --- |
| **app\_id:** | TEST |
| **user\_id:** | USER01 |
| **type:** | AREA\_DATA |
| **message\_id:** | c0cb3412-140f-41c0-90a6-d79607217411 |
| **content\_encoding:** | utf-8 |
| **content\_type:** | Xml |

* 1. Особенности формирования пакета

Наименования элементов должны соответствовать структурам файла – Таблицы.

Пустые элементы (теги) в пакет не включаются.

* 1. 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.

* 1. 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.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| ATTACH\_DATA | ZGLV | О | S | Заголовок пакета | Информация о передаваемом пакете |
|  | AREA | О | S | Запись о прикрепленном лице |  |
|  | RESULT\_TYPE | O | S | Сведения о результате обработки ТФОМС данных от МО |  |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATE | О | D | Дата формирования пакета |  |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО, направляющей пакет | По справочнику F003 |
|  | ID\_MO | O | T(30) | Реестровый номер МО | Номер из ИС «Паспорт МУ» реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
| **Запись (полностью повторяет данные от МО из обработанного пакета)** | | | | | |
| AREA | ID\_AREA | О | T(36) | Уникальный в пределах МО идентификатор участка |  |
|  | OPER\_TYPE | O | N(1) | Тип операции | = 1, если производится первичная передача сведения об участке (insert).  = 2 , если производится замена участка (в случае массового переприкрепление) (replace) (\*).  = 3, если производится удаление данных о прикреплении ранее поданных сведений (delete).  = 4 , если производится замена врача на участке (в случае массового переприкрепление) (replace) (\*\*). |
|  | DOC\_DATE | О | D | Дата документа МО, по которому производится изменение данных об участке |  |
|  | NUM\_UCH | О | T(10) | Номер участка | Номер участка, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH | О | T(10) | Тип участка | По таблице №1. |
|  | NUM\_UCH\_NEW | У | T(10) | Номер участка для замены | Обязателен при OPER\_TYPE=2. Номер участка, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH\_NEW | У | T(10) | Тип участка для замены | Обязателен при OPER\_TYPE=2. По таблице №1. |
|  | SNILS\_VR | У | T(11) | СНИЛС медицинского работника участка, к которому произведено прикрепление | Обязателен при OPER\_TYPE=4. СНИЛС указывается без разделителей |
|  | REZERV1 | У | T(500) | Резервное поле |  |
|  | REZERV2 | У | T(500) | Резервное поле |  |
| Описание результата обработки ТФОМС сведений от МО | | | | | |
| RESULT\_TYPE | RESULT\_TYPE\_NAME | O | T(5) | Результат обработки | = OK, успешная обработка;  = ERROR, неуспешная обработка. |
|  | ERROR\_RESULT | УM | S | Результат неуспешной обработки данных | Поле обязательное для заполнения, при RESULT\_TYPE\_NAME = ERROR |
| ERROR\_RESULT | RESULT\_NAME | O | T(500) | Текст результата обработки | Согласно таблице №2. |
|  | RESULT\_CODE | O | N(3) | Код результата обработки |

Таблица №1.

Справочник кодов и наименований типов участков.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Код типа участка | Тип участка |
| 1 | 1 | терапевтический |
| 2 | 2 | педиатрический |
| 3 | 3 | врача общей практики |
| 4 | 4 | фельдшерский |

Таблица №2 Коды и описание ошибок обработки ТФОМС данных от МО (справочник будет пополняться ТФОМС по мере обнаружения вариантов нарушения корректности данных). Предоставляется ТФОМС по запросу от МО.

| **Код** | **Значение** | **Группировщик ошибок** |
| --- | --- | --- |
| 001 | Неверный порядок элементов. Ожидается элемент <элемент> |  |
| 002 | Недопустимый формат данных в элементе <элемент> |
| 003 | Значение <такое-то> элемента <элемент> не содержится в справочнике <название справочника> |
| 101 |  | Ошибки данных при добавлении нового участка (OPER\_TYPE=1) |
| 201 | Участок <ID\_PAC>+<NUM\_UCH >+< TIP\_UCH > не найден в РС ЕРЗ | Ошибки данных при замене участка (OPER\_TYPE=2) |
| 202 | <DOC\_DATE> > текущей даты |
| 301 | Участок <ID\_PAC>+<NUM\_UCH >+< TIP\_UCH > не найден в РС ЕРЗ | Ошибки данных при удалении (OPER\_TYPE=3) |
| 401 | Участок <ID\_PAC>+<NUM\_UCH >+< TIP\_UCH > не найден в РС ЕРЗ | Ошибки данных при замене врача (СНИЛС) на участке (OPER\_TYPE=4) |

Приложение №12 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Формат передачи данных о прикрепленных застрахованных лицах (направляются медицинской организацией в страховую медицинскую организацию ежеквартально)**

Файл должен иметь формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Имя исходного xml-файла и файла архива формируется по следующему принципу:

PXXXXXYYYYYY\_ YYYYMMDD.XML, где

P – постоянный символ (латинская буква), описывающие тип файла,

XXXXX - код СМО,

YYYYYY - код МО, которая производит выгрузку,

YYYYMMDD - дата выгрузки.

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.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | PERS | ОМ | S | Записи | Записи о прикрепленном населении |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATA | О | D | Дата формирования файла |  |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО | По справочнику F003 |
|  | ID\_MO | O | T(30) | реестровый номер МО | Номер из ИС «Паспорт МУ» реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
|  | SMO | О | N(5) | Код СМО | По справочнику F002 |
|  | ZAP | О | N(6) | Количество записей |  |
| **Записи** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Уникальный в пределах МО идентификатор гражданина |  |
|  | FAM | О | T(30) | Фамилия |  |
|  | IM | О | T(30) | Имя |  |
|  | OT | У | T(30) | Отчество |  |
|  | W | О | N(1) | Пол | Таблица №1 |
|  | DR | О | D | Дата рождения |  |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип полиса | Таблица №2 |
|  | SPOLIS | У | T(30) | Серия полиса |  |
|  | NPOLIS | О | T(30) | Номер полиса |  |
|  | DATE | О | D | Дата прикрепления (актуального на указанную дату) |  |
|  | SP\_PRIK | О | N(1) | Способ прикрепления | Таблица №3 |
|  | T\_PRIK | О | N(1) | Тип прикрепления | Таблица №4 |
|  | KOD\_РODR | О | T(10) | Код подразделения | Справочник РК 17, для медицинских организаций, в которых не выделены подразделения, указывать 0 |
|  | NUM\_UCH | О | T(10) | Номер участка | Номер терапевтического, педиатрического участка, врача общей практики, фельдшерского, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH | О | T(10) | Тип участка | Тип участка:  1 - терапевтический;  2 - педиатрический;  3 - врача общей практики;  4 – фельдшерский. |
|  | SNILS\_VR | О | T(11) | СНИЛС медицинского работника участка | СНИЛС указывается без разделителей |
|  | DISP | О | N(1) | Подлежит Профилактическим мероприятиям | Таблица №5 |
|  | DISP\_KV | У | N(1) | Квартал отчетного периода проведения Профилактических мероприятий | Таблица №6 |
|  | DISP\_FAKT | У | N(2) | Тип профилактического мероприятия | Таблица №7  Тег обязателен при наличии факта начала или окончания профмероприятия |
|  | DATE\_NPM | У | D | Дата начала профилактического мероприятия | При заполненном теге DISP\_FAKT один из этих тегов обязателен.  Данные выгружаются на отчетную дату нарастающим итогом за отчетный год. |
|  | DATE\_OPM | У | D | Дата окончания профилактического мероприятия |
|  | PHONE1 | У | Т(11) | Контактный телефон 1 |  |
|  | PHONE2 | У | Т(11) | Контактный телефон 2 |  |

Таблица №1. Коды пола застрахованного лица

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Значение** |
| 1 | Мужской |
| 2 | Женский |

Таблица №2. Коды типов полиса

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | полис ОМС старого образца |
| 2 | временное свидетельство |
| 3 | полис ОМС единого образца |
| 4 | Универсальная электронная карта (УЭК) |

Таблица №3. Коды способов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о способе прикрепления |
| 1 | по месту регистрации |
| 2 | по личному заявлению |

Таблица №4. Коды типов прикрепления

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 0 | нет данных о типе прикрепления |
| 1 | первичный выбор медицинской организации |
| 2 | выбор медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года |
| 3 | выбор медицинской организации в связи со сменой места жительства |
| 4 | прекращение деятельности медицинской организации |
| 5 | открепление от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста |

Таблица №5. Коды типов планируемых Профилактических мероприятий

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | Диспансеризация взрослого населения – 1 этап. |
| 2 | Диспансеризация инвалидов ВОВ; инвалидов боевых действий; участников ВОВ, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин; лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин»; бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанными инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин – 1 этап. |
| 3 | Профилактические медицинские осмотры взрослого населения. |
| 0 | Не подлежит профилактическим мероприятиям |
| 4 | Медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические) – 1 этап |

Таблица №6. Коды допустимых значений поля " Квартал отчетного периода проведения Профилактических мероприятий"

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | I квартал. |
| 2 | II квартал. |
| 3 | III квартал. |
| 4 | IV квартал. |

Таблица №7. Коды типов фактических Профилактических мероприятий

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | Диспансеризация взрослого населения – 1 этап. |
| 2 | Диспансеризация инвалидов ВОВ; инвалидов боевых действий; участников ВОВ, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин; лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин»; бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанными инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин – 1 этап. |
| 3 | Профилактические медицинские осмотры взрослого населения. |
| 4 | Диспансеризация взрослого населения – 2 этап. |
| 5 | Диспансеризация инвалидов ВОВ; инвалидов боевых действий; участников ВОВ, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин; лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин»; бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанными инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин – 2 этап. |
| 6 | Медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические) – 1 этап |
| 7 | Медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические) – 2 этап |

Приложение №13 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Форма протокола передачи данных о согласованном списке прикрепленных застрахованных лиц и перечень застрахованных лиц, прикрепленных к другим медицинским организациям (направляются страховой медицинской организацией в медицинскую организацию ежеквартально)**

Файл должен иметь формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Имя исходного xml-файла и файла архива формируется по следующему принципу (производится заменой буквы P в имени файла Приложения №4 на букву E, все буквы латинские):

EXXXXXYYYYYY\_ YYYYMMDD.XML, где

E – постоянный символ, описывающие тип файла,

XXXXX - код СМО,

YYYYYY - код МО,

YYYYMMDD - дата выгрузки.

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.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Тип** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Корневой элемент (Сведения о прикреплении)** | | | | | |
| PERS\_LIST | ZGLV | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | PERS | ОМ | S | Записи | Записи о прикрепленном населении |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | DATA | О | D | Дата формирования файла |  |
|  | FILENAME | О | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения |
|  | CODE\_MO | О | N(6) | Код МО | По справочнику F003 |
|  | ID\_MO | O | T(30) | реестровый номер МО | Номер из ИС «Паспорт МУ» реестр ЛПУ – реестр медицинских организаций, который ведёт Министерство здравоохранения в ИС «Паспорт ЛПУ». |
|  | SMO | О | N(5) | Код СМО | По справочнику F002 |
|  | ZAP | О | N(6) | Количество записей |  |
| **Записи** | | | | | |
| PERS | ID\_PAC | О | T(36) | Уникальный в пределах МО идентификатор гражданина |  |
|  | FAM | О | T(30) | Фамилия |  |
|  | IM | О | T(30) | Имя |  |
|  | OT | У | T(30) | Отчество |  |
|  | W | О | N(1) | Пол | Таблица №1 |
|  | DR | О | D | Дата рождения |  |
|  | VPOLIS | О | N(1) | Тип полиса | Таблица №2 |
|  | SPOLIS | У | T(30) | Серия полиса |  |
|  | NPOLIS | О | T(30) | Номер полиса |  |
|  | DATE | О | D | Дата прикрепления (актуального на указанную дату) |  |
|  | KOD\_РODR | О | T(10) | Код подразделения | Справочник РК 17, для медицинских организаций, в которых не выделены подразделения, указывать 0 |
|  | NUM\_UCH | О | T(10) | Номер участка | Номер терапевтического, педиатрического участка, врача общей практики, фельдшерского, к которому прикреплен застрахованный |
|  | TIP\_UCH | О | T(10) | Тип участка | Тип участка:  1 - терапевтический;  2 - педиатрический;  3 - врача общей практики;  4 – фельдшерский. |
|  | SNILS\_VR | О | T(11) | СНИЛС медицинского работника участка | СНИЛС указывается без разделителей |
|  | IDENT\_RESULT | О | N(1) | Результат идентификации | =0, если застрахованный не найден в базе СМО;  =1, если застрахованный найден в базе СМО |
|  | PR\_RESULT | У | N(1) | Результат прикрепления | Тег отсутствует в случае, когда IDENT\_RESULT=0. Обязателен когда IDENT\_RESULT=1.  В этом случае PR\_RESULT  =1, если прикреплен к одной МО;  =2, не прикреплен, т.к. есть конфликт прикрепления к нескольким МО |
|  | PR\_CODE\_MO | УМ | N(6) | Код МО | Тег отсутствует в случае, когда IDENT\_RESULT=0. Обязателен когда IDENT\_RESULT=1. по справочнику F002. |
|  | REASON | У | N(2) | Причина невозможности идентификации | Тег отсутствует в случае, когда IDENT\_RESULT=1.  Обязателен когда IDENT\_RESULT=0 по таблице №3 |
|  | DATE\_CLOSE | У | D | Дата закрытия полиса | Тег отсутствует в случае, когда IDENT\_RESULT=1.  Обязателен когда IDENT\_RESULT=0 и по таблице №3 REASON= 1-6 |
|  | VPOLIS\_NEW | У | N(1) | Тип полиса нового | Тег отсутствует в случае, когда IDENT\_RESULT=1.  Обязателен когда IDENT\_RESULT=0 и по таблице №3 REASON= 7 |
|  | SPOLIS\_NEW | У | T(30) | Серия полиса нового |
|  | NPOLIS\_NEW | У | T(30) | Номер полиса нового |
|  | DATE\_NEW | У |  | Дата открытия полиса нового |
|  | COMMENT | У | Т(100) | Расшифровка причины невозможности идентификации | Заполняется в случае несовпадения по ФИО или дате рождения |

Таблица №1. Коды пола застрахованного лица

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Значение** |
| 1 | Мужской |
| 2 | Женский |

Таблица №2. Коды типов полиса

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
| 1 | полис ОМС старого образца |
| 2 | временное свидетельство |
| 3 | полис ОМС единого образца |
| 4 | Универсальная электронная карта (УЭК) |

Таблица №3. Коды причин невозможности идентификации

| **Код** | **Значение** |
| --- | --- |
|  | Застрахованный умер |
|  | Застрахован другой СМО РК |
|  | Застрахован вне территории РК |
|  | Выдача ВС в другой СМО |
|  | Полис закрыт в связи с выявлением дубликата |
|  | Прочие причины закрытия полиса (в том числе невозможность определить причину закрытия) |
|  | У застрахованного другой открытый полис, СМО добавлены данные нового полиса |
|  | ФИО или дата рождения или пол не совпадают, СМО добавлены новые данные |
|  | Застрахованный не найден ни по ФИО и ДР, ни по номеру и серии полиса |
|  | Прочие причины невозможности идентификации (не используется с 01.06.2016) |
|  | Аннулирование страховки (военнослужащие, и прочее) |
|  | Возраст застрахованного не соответствует профилю МО (взрослая, детская) |
|  | Дата прикрепления позже отчетной даты сверки численности |
|  | Поля "Номер участка" и/или "Тип участка" не заполнены или заполнены некорректно. |
|  | Поле "СНИЛС медицинского работника участка":  - не заполнено (обязательный тег SNILS\_VR отсутствует или не заполнен СНИЛСом )  - заполнено некорректно (аномальная длина, наличие нецифровых символов, некорректная контрольная сумма)  - по указанному для застрахованного лица СНИЛС медицинского работника не найден в Региональном регистре медицинского персонала МО, к которой прикреплен застрахованный (медицинский работник не должен быть умершим (тег Deathdate не заполнен) или уволившимся (как минимум один тег <CardRecordList>- <CardRecord>- <DateEnd> должен быть не заполнен или заполнен датой позже 1 числа отчетного месяца)) согласно файла ФРМП. Застрахованное лицо не может быть прикреплено к умершему или уволившемуся ранее 1 числа отчетного месяца. |

Приложение №14 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Мониторинг данных по неприкрепленному населению по состоянию на**

**01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Общее кол-во прикреплённого населения | Общее кол-во неприкреплённого населения | Из них в возрасте от 0 до 3 лет |
| -1- |  | -2- | -3- |
| 1. |  |  |  |

Приложение №15 к Регламенту по информационному взаимодействию в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (on-line)

**Численность застрахованных лиц, имеющих прикрепление к медицинской организации без сведений о прикреплении к врачу и участку**

**на 01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

**.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование медицинской организации | Кол-во прикрепленных | Из них без прикрепления к врачу | Из них без прикрепления  к участку |
| -1- | -2- | -3- | -4- |  |
|  |  |  |  |  |

1. 542 и 543 проверки проводятся только при наличие ФРМП. [↑](#footnote-ref-1)