

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от «27» марта 2020 г. № 261

г. Кострома

О внесении изменений в приказы
ТФОМС Костромской области

В целях реализации Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Минздрава России № 11-7/и/2-11779, ФФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019)

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести в Порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Костромской области при осуществлении учета сведений о медицинской организации, выбранной застрахованным лицом для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом ТФОМС Костромской области от 11.01.2019 № 12, изменения, изложив приложения № 1 и № 2 к нему в новой редакции согласно приложениям № 1 и № 2 к настоящему приказу.

2. Внести изменение в приказ ТФОМС Костромской области от 05.10.2018 № 916 «Об утверждении Информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям в формате XML» (в редакции приказа от 11.01.2019 № 12) изменение, изложив приложение № 1 в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

3. Страховым медицинским организациям принять меры по доработке программного обеспечения в соответствии с настоящим приказом.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора Троицкую В.С.

5. Приказ вступает в силу с даты подписания и распространяется на сверку численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, начиная с отчетного периода – март 2020 года.

Директор



В.Е. Николаев

Приложение № 1 к Порядку взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Костромской области при осуществлении учета сведений о медицинской организации, выбранной застрахованным лицом для получения первичной медико-санитарной помощи

АКТ № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.

сверки численности застрахованных лиц, прикрепленных к

_____ и _____
(наименование медицинской организации)

для оказания первичной медико-санитарной помощи

по состоянию на 01. _____ 20 _____ г.

Мы, нижеподписавшиеся, _____ и _____
(Ф.И.О. руководителя МО) _____
(Ф.И.О. руководителя СМО)

составили настоящий акт о согласовании численности застрахованных лиц, прикрепленных к МО для оказания первичной медико-санитарной помощи по состоянию на 01. _____ 20 _____ г.:

№ п.п.	Число застрахованных лиц (ЗЛ), всего	В том числе по группам застрахованных лиц										(чел.)		
		дети					Взрослые							
		0 - до 1 года	1 - 4 года	5 - 17 лет	18 - 59 лет	18 - 54 лет	60 - 64 лет	55 - 64 лет	65 лет и старше	65 лет и старше				
1. Передано медицинской организацией (заполняется МО)		муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	
2. Принято страховой медицинской организацией (заполняется СМО)														

Приложение: Акт прикладной обработки списков застрахованных граждан на _____ л. в _____ экз.

Страховая медицинская организация	Медицинская организация
_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. руководителя СМО)	_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. руководителя МО)
М.П.	М.П.
_____ (дата)	_____ (дата)

Приложение № 2 к Порядку взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Костромской области при осуществлении учета сведений о медицинской организации, выбранной застрахованным лицом для получения первичной медико-санитарной помощи

Сводная информация о численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям Костромской области для оказания первичной медико-санитарной помощи по состоянию на 01 _____ 20 ____ г.

_____ (наименование СМО)

На основании актов сверки с медицинскими организациями Костромской области численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям для оказания первичной медико-санитарной помощи, на 01 ____ г. установлена численность прикрепленных застрахованных лиц для расчета подушевого финансирования за ____ месяц 20 ____ года:

№ п.п.	Наименование МО	Число застрахованных лиц, всего	В том числе по группам застрахованных лиц (чел.)													
			Дети						Взрослые							
			0 - до 1 года		1 - 4 года		5 - 17 лет		18 - 59 лет		60 - 64 лет		55 - 64 лет		65 лет и старше	
			муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.

Руководитель СМО _____ / (подпись) _____ (Ф.И.О. руководителя СМО)

М.П.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в части выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и выбора лечащего врача в формате XML

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

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

MPiNiPpNr_YYMMN.XML, где:

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

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

- соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;
- возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;
- наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

– отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо М указывается L. Структура файла приведена в таблице 2.

После ФЛК проводится прикладная обработка сведений о прикреплении. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо М указывается E. Структура файла приведена в таблице 3.

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

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

В столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - O, N, Y, M. Символы имеют следующий смысл:

- O – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
- N – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
- Y – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
- M – реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

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

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

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

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Таблица 1. Файл со сведениями о прикреплении

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
PERS_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	PERS	OM	S	Данные о пациенте и его прикреплении к МО	Содержит персональные данные

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					пациента и данные о прикреплении
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «1.1».
	DATA	O	D	Дата формирования файла	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	Отчетный год
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	Отчетный месяц
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения
Данные					
PERS	ID	O	T(36)	Уникальный идентификатор записи	Уникально идентифицирует запись в пределах файла
	FAM	O	T(40)	Фамилия пациента	
	IM	O	T(40)	Имя пациента	
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента	
	W	O	N(1)	Пол пациента	Заполняется в соответствии с классификатором V005
	DR	O	D	Дата рождения пациента	
	DOCTYPE	O	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность»
	DOC SER	O	T(10)	Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	
	DOCNUM	O	T(20)	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	1 – полис ОМС старого образца; 2 – временное свидетельство; 3 – полис ОМС единого образца; 4 – полис ОМС единого образца на пластиковой карте с электронным

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					носителем; 5 – полис ОМС, содержащийся в универсальной электронной карте
	SPOLIS	У	T(10)	Серия полиса старого образца	Обязательно для заполнения при VPOLIS<=2
	NPOLIS	У	T(20)	Номер полиса старого образца или временного свидетельство или номер бланка полис ОМС единого образца	Обязательно для заполнения при VPOLIS<=2
	ENP	У	T(16)	ЕНП	Обязательно для заполнения при VPOLIS>=3
	SNILS	У	T(14)	СНИЛС пациента	СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.
	REGION	О	T(64)	*Область	Указывается субъект РФ
	GOROD	У	T(64)	*Город	Обязательно для заполнения при отсутствии населенного пункта
	RAJON	У	T(64)	*Район	Обязательно для заполнения при отсутствии города
	NP	У	T(64)	*Населенный пункт	Обязательно для заполнения при отсутствии города
	UL	У	T(64)	*Улица	Название улицы или микрорайона
	DOM	О	T(8)	*Дом	
	KORP	У	T(8)	*Корпус	
	KV	У	T(8)	*Квартира	
	CODE_MO	О	N(6)	Реестровый номер медицинской организации отправителя	F003 «Реестр медицинских организаций», размещённый на официальном сайте ТФОМС Костромской области (http://oms44.ru/)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DATE_PRIKR	O	D	Дата прикрепления к МО	
	TYPE_PRIKR	O	N(1)	Тип прикрепления к МО	1-по месту регистрации; 2-по заявлению
	N_UCH	O	N(6)	Номер врачебного участка	
	TYPE_UCH	O	T(20)	Тип участка (педиатрический, терапевтический и т.д.)	
	DOCT	O	S	Врач	Сведения о прикреплении к врачу
	DOCT_1	Y	S	Средний медицинский персонал	Сведения о прикреплении к фельдшеру для жителей сельской местности (обязательно для заполнения для жителей сельской местности)
	SMO	O	N(5)	Код СМО	F002 «Реестр страховых медицинских организаций», размещённый на официальном сайте ТФОМС Костромской области (http://oms44.ru/)
	CONTACTS	YM	S	Контакт	Контактные данные пациента (телефон, адрес электронной почты и др.)
DOCT					
DOCT	SNILS_DOCT	O	T(14)	СНИЛС врача	
	DATE_PR_DOCT	O	D	Дата прикрепления к врачу	
	PODR	O	N(12)	Подразделение медицинской организации	
DOCT_1					
DOCT_1	SNILS_DOCT_1	O	T(14)	СНИЛС фельдшера	
	DATE_PR_DOCT_1	O	D	Дата прикрепления к фельдшеру	
	PODR	O	N(12)	Подразделение медицинской организации	
Корневой элемент					

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
CONTACTS	CONTACT	O	T(250)	Контакт	
	TYPE	O	N(1)	Тип контакта	1 – email; 2 – сотовый телефон; 3 – домашний телефон

*- Адрес места регистрации (по месту жительства или месту пребывания)

Таблица 2. Файл протокола форматно-логического контроля сведений о прикреплении

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
PERS_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	ERR	O	S	Данные	Содержит сведения об ошибках ФЛК
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «1.1».
	DATA	O	D	Дата протокола	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	Отчетный год
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	Отчетный месяц
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Данные					
ERR	PERS	YM	S	Ошибки	Содержит коды и наименования ошибок в записях
	NO_ERR	O	N(1)		Ставится - 0 файл не принят; - 1 при отсутствии в обрабатываемом файле ошибок (файл принят полностью); - 2 файл принят частично
Ошибки					
PERS	ID	O	T(36)	Уникальный идентификатор	Уникально идентифицирует

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				записи в предоставленном файле	запись в пределах файла
	ERROR	OM	S	Описание ошибок	
Описание ошибок					
ERROR	CODE	O	N(3)	Код ошибки	Таблица 4
	COMMENT	O	T(250)	Наименование ошибки	

Таблица 3. Файл протокола прикладной обработки сведений о прикреплении

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
PERS_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	PERS	OM	S	Данные	Содержит персональные данные пациента
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «1.1».
	DATA	O	D	Дата протокола	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	Отчетный год
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	Отчетный месяц
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
Данные					
PERS	ERR	Y	S	Ошибки	Содержит коды и наименования ошибок
	NO_ERR	Y	N(1)		Ставится 1 при отсутствии в обрабатываемом файле ошибок (файл принят полностью)
Ошибки					
ERR	ID	O	T(36)	Уникальный идентификатор	Уникально идентифицирует

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				записи в предоставленном файле	запись в пределах файла
	ERROR	OM	S	Описание ошибок	
Описание ошибок					
ERROR	CODE	O	N(3)	Код ошибки	Таблица 5
	COMMENT	O	T(250)	Наименование ошибки	

Таблица 4. Наименования и коды ошибок в записях ФЛК обработки сведений о прикреплении

п/п	Код ошибки	Наименование ошибки в записях
1	1	Отсутствует обязательный элемент «наименование элемента»
2	2	Не соответствует формату элемента «наименование элемента»

Таблица 5. Наименования и коды ошибок прикладной обработки сведений о прикреплении

п/п	Код ошибки	Наименование ошибки
1.	31	Дубль, прикреплении иногороднего к одной или нескольким МО на территории Костромской области
2.	32	Дубль, прикреплении в одной МО на территории Костромской области
3.	33	Дубль, прикреплении к нескольким МО на территории Костромской области. Код другой МО=XXXXXX, дата прикреплении ДД.ММ.ГГГГ.
4.	34	Не актуальный полис
5.	35	Не идентифицировано в ЦС ЕРЗ
6.	36	Смерть застрахованного гражданина
7.	37	Застрахован на другой территории РФ
8.	38	Дата прикреплении к МО не корректна, ранее 26.04.2012
9.	39	Дата прикреплении к МО меньше (или равна) дате

		действующей записи
1	40	Прикреплен на другой территории РФ. Код МО= XXXXXX, дата прикрепления ДД.ММ.ГГГГ, ОКATO территории=XXXXXX.
1	41	Дата прикрепления меньше даты рождения ЗЛ
1	42	Иногородний без заявления
1	43	Не застрахован в СМО
1	44	Застрахован на территории КО, код СМО= XXXXXX
1	45	Дубль, прикрепление к нескольким МО на разных территориях РФ. Направить уведомление о прикреплении ЗЛ в другой ТФОМС с ОКATO=XXXXXX.
1	46	Дата прикрепления к врачу меньше (или равна) дате действующей записи
1	47	Запись закрыта (по сведениям другого ТФОМС, письму-уведомлению МО)
1	48	Не соответствие сведений о ЗЛ и полиса ОМС.

Акт прикладной обработки списков застрахованных лиц
От « » _____ 201_ г. № _____

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование медицинской организации _____

Представлен список застрахованных лиц в количестве _____ записей
(наименование файла _____), выбравших медицинскую организацию по
состоянию на «01» _____ 20__.

Результат прикладной обработки:

Результат		Всего, записей
Принято без ошибок		
Выявлено записей, содержащих ошибки, из них:		
Код ошибки	Наименование ошибки	

Итого: принято записей о _____ застрахованных лицах; не принято _____
записей, направлен файл с не принятыми записями _____.

Настоящий Акт прикладной обработки списков застрахованных лиц является
приложением к Акту сверки численности застрахованных лиц от « » _____ 201_ № ____.

Руководитель СМО _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О. руководителя СМО)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

