



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

454080, Россия, г. Челябинск, ул. Труда, 156, тел. (351) 211 35 17, факс.: (351) 211 50 43
e-mail: mail@foms74.ru, www.foms74.ru

ПРИКАЗ

« » 05 МАЯ 2017 2017г.

№ 342

Об утверждении Правил информационного взаимодействия при предоставлении сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях

С целью установления единых требований и правил информационного взаимодействия при предоставлении сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях на территории Челябинской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые Правила информационного взаимодействия при предоставлении сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (далее именуется – Правила).

2. Рекомендовать руководителям страховых медицинских организаций (далее именуется – СМО), действующих в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области, руководствоваться в своей деятельности Правилами, утвержденные пунктом 1 настоящего приказа.

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня подписания.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор

И.С. Михалевская

Приложение 1
к Правилам информационного взаимодействия при
предоставлении сведений о прикреплении
застрахованных лиц к медицинским организациям
для оказания медицинской помощи в
амбулаторных условиях
от 05 МАЯ 2017 № 342

Порядок информационного взаимодействия при предоставлении сведений о
прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания
медицинской помощи в амбулаторных условиях

1. СМО формирует файл запроса необходимых сведений в соответствии с форматом, описанным в приложении 2.
2. СМО направляет файл запроса в ТФОМС Челябинской области.
3. ТФОМС Челябинской области выполняет форматно-логический контроль поступившего файла-запроса. В случае отсутствия ошибок формирует и направляет в СМО сведения о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с форматами, описанными в приложении 3. При наличии ошибок формирует и направляет в СМО текстовый протокол, содержащий информацию об ошибке обработки.
4. Информационное взаимодействие осуществляется с использованием защищённой сети ТФОМС Челябинской области, построенной по технологии VipNct.

Приложение 2
к Правилам информационного взаимодействия при
предоставлении сведений о прикреплении застрахованных
лиц к медицинским организациям для оказания
медицинской помощи в амбулаторных условиях
от 05 МАЙ 2017 № 342

Формат запросов сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания
медицинской помощи в амбулаторных условиях

Файлы запроса имеют текстовый формат с кодовой страницей Windows-1251.
Содержимое файла-запроса должно соответствовать следующему формату:

```
[QUERY]
APP_ID=2
CLIENT_ID_TO=1
CLIENT_ID_FROM=<Код клиента>
NAME=<Наименование запроса>
PARAMS=<Параметры запроса>
```

Имя файла-запроса должно совпадать с наименованием запроса и иметь расширение «.q».
В таблице 1 приведено описание назначения элементов содержимого файла-запроса.

В таблице 2 представлен список вариантов запросов. В описании параметров строка ДД.ММ.ГГГГ задает формат представления даты.

Таблица 1. Назначение элементов содержимого файла-запроса

Наименование элемента	Назначение	Описание
[QUERY]	Маркер файла-запроса	Маркер должен быть указан в первой строке файла.
APP_ID	Код приложения	В текущей версии должно равняться 2.
CLIENT_ID_TO	Код клиента, которому предназначен запрос	В текущей версии должен равняться 1.
CLIENT_ID_FROM	Код клиента, сформировавшего запрос	Указывается номер, который используется СМО в ПК Медис-транспорт.
NAME	Наименование запроса	Список возможных запросов приведен в таблице 2.
PARAMS	Параметры запроса	Содержит строку, состоящую из пар «параметр=значение», разделенных знаком «&». Например, DB=01.01.2017&DE=01.02.2017

Таблица 2. Список вариантов запросов сведений о выборе застрахованными лицами организации для оказания амбулаторной медицинской помощи

Наименование запроса	Параметры запроса	Формат файла ответа	Описание
PLIST	DATE=ДД.ММ.ГГГГ	Таблица 1 Приложения 3	Возвращает список полисов, зарегистрированных в СМО, запросившей сведения, на дату ДД.ММ.ГГГГ, указанную в параметре запроса.
POLICY_D	DB=ДД.ММ.ГГГГ&DE=ДД.ММ.ГГГГ	Таблица 2 Приложения 3	Возвращает список полисов старого образца лиц, зарегистрированных в СМО, запросившей сведения, закрытых в РС ЕР3 за период, указанный в параметрах запроса. Период не может превышать одного месяца.
POLICY2_D	DB=ДД.ММ.ГГГГ&DE=ДД.ММ.ГГГГ	Таблица 2 Приложения 3	Возвращает список полисов нового образца лиц, зарегистрированных в СМО, запросившей сведения, закрытых в РС ЕР3 за период, указанный в параметрах запроса. Период не может превышать одного месяца.
POLICY2_N	DB=ДД.ММ.ГГГГ&DE=ДД.ММ.ГГГГ	Таблица 2 Приложения 3	Возвращает список полисов нового образца лиц, зарегистрированных в СМО, запросившей сведения, открытых в РС ЕР3 за период, указанный в параметрах запроса. Период не может превышать одного месяца.
POLICY2_U	DB=ДД.ММ.ГГГГ&DE=ДД.ММ.ГГГГ	Таблица 2 Приложения 3	Возвращает список полисов нового образца лиц, зарегистрированных в СМО, запросившей сведения, закрытых или открытых в РС ЕР3 за период, указанный в параметрах запроса. Период не может превышать одного месяца.

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Челябинской области

от 05 МАЯ 2017 № 342

**Правила информационного взаимодействия при предоставлении сведений о
прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания
медицинской помощи в амбулаторных условиях**

1. Настоящие Правила информационного взаимодействия при предоставлении сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (далее именуются – Правила) разработаны на основании:

Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

приказа Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию";

и иных нормативных правовых актов Российской Федерации с целью установления единых требований и правил информационного взаимодействия при предоставлении сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях на территории Челябинской области.

2. Правила включает в себя следующие разделы:

Раздел 1. Порядок информационного взаимодействия при предоставлении сведений о выборе застрахованными лицами организации для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 1);

Раздел 2. Формат запросов сведений о выборе застрахованными лицами организации для оказания амбулаторной медицинской помощи (Приложение 2);

Раздел 3. Формат файлов сведений о выборе застрахованными лицами организации для оказания амбулаторной медицинской помощи (Приложение 3).

3. Перечень сокращений, используемых в Правилах:

Таблица 1

Сокращение	Определение
АПП	Амбулаторно-поликлиническое подразделение медицинской организации
ДПФС	Документ, подтверждающий факт страхования по ОМС (полис ОМС или временное свидетельство)

Сокращение	Определение
ЕНП	Единый номер полиса ОМС
МО	Медицинская организация
НСИ	Нормативно-справочная информация - информация, заимствованная из нормативных документов и справочников, используемая при функционировании информационной системы
ОКСМ	Общероссийский классификатор стран мира
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ПК	Программный комплекс
Полис	Полис обязательного медицинского страхования
ПФР	Пенсионный фонд Российской Федерации
РС ЕРЗ	Региональный сегмент Единого регистра застрахованных Челябинской области
СНИЛС	Страховой номер индивидуального лицевого счета
СМО	Страховая медицинская организация (работающая в данном субъекте). Обособленные подразделения (филиалы) страховой медицинской организации, действующие на территориях разных субъектов, считаются разными страховыми медицинскими организациями.
ТФОМС	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.
УДЛ	Документ, удостоверяющий личность
ФФОМС	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
ЦС ЕРЗ	Центральный сегмент Единого регистра застрахованных
ЧО	Челябинская область

Приложение 3

к Правилам информационного взаимодействия при предоставлении сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях от 05 МАЙ 2017 № 342

Формат файлов сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях

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

В таблицах с описанием форматов файлов информационного обмена в столбце «Наименование» указывается наименование столбца файла dbf.

В столбце «Тип» указана обязательность содержимого столбца, один из символов - О, Н, У. 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.

В столбце «Формат» для каждого атрибута указывается символ формата, а за ним в круглых скобках максимальная длина атрибута. Для числового поля вслед за максимальной длиной через запятую может быть указано количество знаков после десятичной точки.

Символы формата соответствуют обозначениям:

C – «строка»;

N – «число»;

D – «дата».

Файлы dbf информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP с таким же именем.

Таблица 1. Сокращенный формат файла сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях

Наименование	Тип	Формат	Описание	Дополнительная информация
NUMBER	O	C(16)	Номер ДПФС	Номер документа, подтверждающего факт страхования.
VPLIC	O	N(1)	Тип ДПФС	1 – полис старого образца, 2 – временное свидетельство, 3 – полис нового образца, 4 – состояние на учёте без полиса ОМС, 5 – состояние на учёте без временного свидетельства (по справочнику F008, размещаемому на сайте ТФОМС ЧО).
SERIES	H	C(3)	Серия временного свидетельства	Указывается серия последнего выданного временного свидетельства.

NPOLIC	H	C(16)	Номер временного свидетельства	Указывается номер последнего выданного временного свидетельства.
COD_SMO	O	N(2)	Реестровый номер СМО, застраховавшей данное лицо	Заполняется в соответствии с региональным справочником СМО (smo.dbf, размещаемому на сайте ТФОМС ЧО).
COD_LPU	H	N(4)	Реестровый номер МО оказания помощи в амбулаторных условиях	Заполняется в соответствии с региональным справочником МО (lpu.dbf, размещаемому на сайте ТФОМС ЧО).
NPP	O	N(10)	Код застрахованного	Уникальный код застрахованного в РС ЕРЗ.
UIP	H	C(16)	Единый номер полиса	Может отсутствовать до проверки сведений в центральном сегменте единого регистра застрахованных
INFILE_ID	O	N(8)	Код заявки СМО	Код заявки СМО, по сведениям из которой были внесены последние изменения в данную страховку

Таблица 2. Полный формат файла сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях

Наименование	Тип	Формат	Описание	Дополнительная информация
NUMBER	O	C(16)	Номер ДПФС	Номер документа, подтверждающего факт страхования
VPOLIC	O	N(1)	Тип ДПФС	1 – полис старого образца, 2 – временное свидетельство, 3 – полис нового образца, 4 – состояние на учёте без полиса ОМС, 5 – состояние на учёте без временного свидетельства (по справочнику F008, размещаемому на сайте ТФОМС ЧО).
SERIES	H	C(3)	Серия временного свидетельства	Указывается серия последнего выданного временного свидетельства
NPOLIC	H	C(16)	Номер временного свидетельства	Указывается номер последнего выданного временного свидетельства
FAMILY	Y	C(25)	Фамилия	Фамилия застрахованного
NAME	Y	C(25)	Имя	Имя застрахованного
FATHER	Y	C(25)	Отчество	Отчество застрахованного
DATE	Y	D(8)	Дата рождения	Дата рождения застрахованного
SEX	Y	N(1)	Пол	Пол застрахованного: 0 – женский, 1 – мужской
STATUS	H	N(2)	Социальный статус	Социальный статус: 0 – неработающий, 1 – работающий
OFFICE	H	N(11)		Не используется
INDEXPOST	H	N(6)	Почтовый индекс	Почтовый индекс адреса регистрации
CITYSTREET	H	C(15)	Код адреса	Код адреса регистрации (по справочникам city.dbf и street.dbf, рассылаемым в ПК

HOUSE	H	N(4)	регистрации	Медис-транспорт)
IND_HOUSE	H	C(3)	Дом регистрации	Дом адреса регистрации
ROOM	H	N(4)	Индекс дома регистрации	Индекс дома адреса регистрации
IND_ROOM	H	C(1)	Квартира регистрации	Квартира адреса регистрации
TELEPHONE	H	N(10)	Индекс квартиры регистрации	Индекс квартиры адреса регистрации
NSDOC	Y	C(10)	регистрации	Телефон застрахованного
SDOC	Y	C(10)	Телефон	Номер серии документа, удостоверяющего личность застрахованного
NDOC	Y	C(20)	Номер серии УДЛ	Серия документа, удостоверяющего личность застрахованного
DOC_ID	O	N(2)	Номер УДЛ	Номер документа, удостоверяющего личность застрахованного
PERS_NUM	Y	C(11)	Код типа УДЛ	Код типа документа, удостоверяющего личность застрахованного (по справочнику F011, размещаемому на сайте ТФОМС ЧО)
F_CITY	H	C(15)	СНИЛС	СНИЛС застрахованного
F_HOUSE	H	N(4)	Код адреса проживания	Код адреса проживания (по справочникам city.dbf и street.dbf, рассылаемым в ПК Медис-транспорт)
F_IND_H	H	C(3)	Дом проживания	Дом адреса проживания
F_ROOM	H	N(4)	Индекс дома проживания	Индекс дома адреса проживания
F_IND_R	H	C(1)	Квартира проживания	Квартира адреса проживания
OKSM	H	C(3)	Индекс квартиры проживания	Индекс квартиры адреса проживания
COD_SMO	O	N(2)	Код ОКСМ	Код страны застрахованного по ОКСМ (0 - без гражданства, пусто - неизвестно)
COD_LPU	H	N(3)	Реестровый номер СМО, застраховавший данное лицо	Заполняется в соответствии с региональным справочником СМО (smo.dbf, размещаемому на сайте ТФОМС ЧО).
			Реестровый номер МО оказания помощи в амбулаторных условиях	Заполняется в соответствии с региональным справочником МО (lpu.dbf, размещаемому на сайте ТФОМС ЧО).
DATEPRN	O	D(8)	Дата печати полиса	Дата внесения сведений о страховке в РС ЕРЗ
DATEPRNUIP	H	D(8)	Дата выдачи полиса	Дата фактической выдачи полиса нового образца
DATEDEL	H	D(8)	Дата удаления	Дата удаления полиса
DATEDead	H	D(8)	Дата смерти	Дата смерти застрахованного
REASON	H	N(2)	Код причины удаления	Код причины удаления

DATEOPER	O	D(8)	Дата изменения	Дата последнего изменения сведений
NPP	O	N(10)	Код застрахованного	Уникальный код застрахованного в РС ЕРЗ
DELETED	O	N(1)	Действительность	Признак действительности полиса: 0 - не удален, 1 - удален
NREESTR	H	C(3)		Не используется
PRINTER	H	C(100)	Инициатор	Наименование клиента в ПК Медис-транспорт, от которого пришла заявка на изготовление полиса
DELETER	H	C(100)	Инициатор закрытия	Наименование клиента в ПК Медис-транспорт, от которого пришла заявка, приведшая к закрытию полиса
CITIZEN	O	N(2)	Гражданство	Гражданство застрахованного (по справочнику citizen.dbf, размещаемому на сайте ТФОМС ЧО)
DATE_END	H	D(8)	Окончание действия	Дата окончания действия документа иностранного гражданина
TERR_ID	O	N(3)	Код территории	Код территории ЧО, на которой выдан полис (по справочнику terr.dbf, размещаемому на сайте ТФОМС ЧО)
DATE_APPL	H	D(8)	Дата заявления	Дата заявления застрахованного
DATE_STOP	H	D(8)	Дата окончания действия временного свидетельства	Дата окончания действия временного свидетельства
PHIST_ID	O	N(9)	Код события страхования	Уникальный код события изменения в данных застрахованного или в данных его страхования.
PHIST_ID_P	H	N(9)	Код предыдущего события страхования	Ссылка на предыдущее событие страхования, которое было закрыто данным событием.
TRP_OP	O	C(4)	Причина внесения изменений	Допустимые значения: П01, П02, П03, П04, П06, П07, П09, П10, П11)
TRP_OP_E	H	C(4)	Причина закрытия данного страхования	Допустимые значения: П01, П02, П03, П04, П06, П07, П09, П10, П11. При отказе в выдаче полиса – ER.
RSMO	H	N(1)	Код заявления о выборе (замене) СМО	Допустимые значения: 0 - нет, 1 - первичный выбор, 2 - по праву замены СМО, 3 - по смене места жительства, 4 - по причине закрытия СМО.
RPOLIC	H	N(1)	Код заявления о выдаче (переоформлении) полиса	Допустимые значения: 0 - нет, 1 - первичная выдача, 2 - изменение реквизитов застрахованного, 3 - исправление ошибок в ранее выданном полисе, 4 - ветхость полиса, 5 - утрата полиса, 6 - окончание срока действия.
INFILE_ID	H	N(8)	Код заявки СМО	Код заявки СМО, по сведениям из которой были внесены последние изменения в данную страховку.