**«Утверждаю» «Утверждаю»**

**Начальник Департамента Директор Территориального Смоленской области по фонда обязательного здравоохранению медицинского страхования**

 **Смоленской области**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_В.И. Степченков \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Бельков**

«09» декабря 2015 г. «09» декабря 2015 г.

**ПОРЯДОК**

**учета застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям Смоленской области и врачам (врачу-терапевту, врачу-педиатру или врачу общей практики), оказывающим первичную медико-санитарную помощь**

**по территориально-участковому принципу**

**1. Общие положения**

Настоящий Порядок учета застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям Смоленской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу (далее - Порядок) разработан на основании:

* Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
* Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012г. № 543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.04.2012г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»;
* Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011г. №158н;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.08.2006г. № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21.12.2012г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи»;
* Постановление Правительства РФ от 18.10.2013г. №932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

Данный документ устанавливает:

 - Порядок учета в медицинских организациях (далее - МО) и страховых медицинских организациях (далее - СМО) застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям Смоленской области и врачам (врачу-терапевту, врачу-педиатру или врачу общей практики), оказывающим первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу.

 - Информационное взаимодействие МО, СМО и ТФОМС Смоленской области при ведении базы прикрепленных к МО и врачам застрахованных лиц.

В Порядке используются следующие определения:

Территориальное (по месту регистрации) прикрепление - прикрепление с учетом адреса места регистрации и возраста застрахованных лиц (дети, взрослые). Территориальное прикрепление к медицинским организациям и врачам осуществляется СМО при соответствии адреса места регистрации застрахованного лица и территории медицинского обслуживания МО, указанной в Справочнике территориальных участков медицинских организаций Смоленской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь - перечне улиц, номеров домов и названий населенных пунктов, относящихся к территории медицинского обслуживания МО. Прикрепление к медицинским организациям и врачам, оказывающим медицинскую помощь только детскому населению (ОГБУЗ «Детская клиническая больница») осуществляется в отношении застрахованных лиц в возрасте от 0 до 18 лет (17 лет, 11 месяцев, 29 дней). Автоматическое прикрепление осуществляется без заявления застрахованного лица;

Фактическое прикрепление - прикрепление застрахованных лиц, реализовавших право выбора МО и врача в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации на основании заявления застрахованного лица или его представителя;

Врач – врач-терапевт, врач-педиатр или врач общей практики;

Справочник территориальных участков медицинских организаций – справочник, содержащий информацию о перечне населенных пунктов, улиц, номерах домов, относящихся к территории медицинского обслуживания МО, информацию о кодах подразделений МО, номерах участков и СНИЛС медицинских работников.

**2.Порядок учета прикрепления застрахованных лиц в**

**медицинской организации**

* 1. Застрахованное лицо прикрепляется по территориальному (по месту регистрации) принципу с учетом территории, которую обслуживает МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в соответствии с Порядком организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 04.08.2006 № 584.
	2. Реализация застрахованным лицом права на выбор МО осуществляется в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 29.04.2012г. №406н с учетом ресурсных возможностей медицинской организации: мощность, укомплектованность медицинскими кадрами и т.д.
	3. Реализация застрахованным лицом права на выбор медицинской организации за пределами территории субъекта РФ (Смоленской области), в котором проживает гражданин, осуществляется в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1342н.
	4. Застрахованное лицо осуществляет выбор МО из Перечня организаций, оказывающих на территории Смоленской области первичную медико-санитарную помощь по территориально - участковому принципу (Приложение № 1 к настоящему Порядку).
	5. Для реализации застрахованным лицом права выбора МО/врача застрахованное лицо или его законный представитель обращается в выбранную медицинскую организацию с заявлением о выборе МО/врача на имя руководителя (Приложение № 2 к настоящему Порядку).
	6. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов, подтверждающих сведения, содержащиеся в заявлении (документ, удостоверяющий личность гражданина, полис ОМС). Представитель гражданина, в том числе законный, предъявляет документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя.
	7. При выборе гражданином медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, медицинская организация знакомит гражданина с перечнем врачей, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (территориальных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому, территориальной программой обязательного медицинского страхования. После ознакомления с вышеуказанной информацией гражданин подтверждает факт выбора врача посредством внесения записи в заявление и указания фамилии, имени и отчества (при наличии) выбранного врача.
	8. Решение о прикреплении застрахованного лица к МО/врачу принимается в срок не позднее шести рабочих дней с момента подачи заявления. Решение о прикреплении заверяется подписью уполномоченного представителя администрации МО и печатью медицинской организации. В случае невозможности прикрепления к МО или врачу в заявлении указывается мотивированная причина отказа.
	9. Дата принятия решения о прикреплении застрахованного лица к МО/врачу соответствует дате принятия застрахованного лица на медицинское обслуживание.
	10. Копия заявления с резолюцией руководителя выбранной МО выдается по требованию заявителя на руки.
	11. Фактическое (по личному заявлению) прикрепление является приоритетным и предусматривает отмену территориального (автоматического) прикрепления.
	12. Застрахованное лицо может осуществить замену МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, не чаще одного раза в календарном году (за исключением случаев изменения места жительства).
	13. Выбор врача осуществляется не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) с учетом согласия врача.
	14. Если гражданин, имеющий адрес регистрации за пределами Смоленской области, застрахован СМО, осуществляющей обязательное медицинское страхование на территории Смоленской области прикрепление осуществляется на основании заявления о выборе МО.
	15. Медицинская организация ведет учет застрахованных лиц, реализовавших право выбора медицинской организации (фактическое прикрепление).
	16. Медицинская организация ежемесячно до 2 рабочего дня месяца, следующего за отчетным, передает в электронном виде в СМО информацию о застрахованных лицах, принятых на медицинское обслуживание на основании заявления о выборе МО (Приложение № 3 к настоящему Порядку) по Акту приема - передачи (Приложение № 4 к настоящему Порядку).
	17. Преемственность между МО, которая приняла на медицинское обслуживание застрахованного и МО, к которой был прикреплен застрахованный, осуществляется в соответствии с положениями действующих нормативно-правовых документов.

2.14 Медицинская организация обязана своевременно сообщать в Смоленский областной медицинский информационно-аналитический центр (СОМИАЦ) об изменениях территории медицинского обслуживания для внесения изменений в Справочник территориальных участков медицинских организаций Смоленской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, утвержденный приказом Департамента Смоленской области по здравоохранению от 23.11.2012г. №1425.

 2.15 Администрация медицинской организации несет ответственность за предоставление достоверной информации о фактическом прикреплении застрахованных лиц.

**3. Порядок учета прикрепления застрахованных лиц**

**в страховой медицинской организации**

3.1 При обращении застрахованного лица в пункт выдачи полисов ОМС страховая медицинская организация информирует о территориальном прикреплении к МО/врачу и отражает информацию о прикреплении в базе данных застрахованных лиц в соответствии со Справочником территориальных участков медицинских организаций Смоленской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (Приложение 5 к настоящему Порядку).

3.2 В случае фактического проживания/пребывания гражданина вне адреса регистрации, сотрудники СМО обязаны подробно разъяснить порядок реализации права застрахованного лица на выбор МО/врача, предоставить сведения о МО, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь на ближайшей территории и в которые застрахованный вправе подать заявление о выборе МО/врача.

1. 3.3 Фактическое (по личному заявлению) прикрепление отражается СМО в базе данных застрахованных лиц на основании информации, поступившей из МО о выборе застрахованным лицом медицинской организации и врача.
2. 3.4 При получении от МО информации о фактическом прикреплении граждан, застрахованных на территории Смоленской области, СМО осуществляет обработку информации о выборе МО и врача застрахованными лицами.
3. 3.5 При наличии ошибок в файле с персонифицированной информацией о застрахованных лицах, выбравших МО и врача, СМО в графе комментарий указывает коды ошибок (Приложение 10 к настоящему Порядку) и направляет файл в МО для исправления не позднее одного дня со дня поступления сведений от МО.
4. 3.6 Застрахованные лица, прикрепленные к медицинской организации, обслуживающей детское население, по достижению 18 лет прикрепляются к МО/врачу, обслуживающей взрослое население, в соответствии с адресом места регистрации (по территориальному признаку).
5. 3.7 Если гражданин, имеющий адрес регистрации за пределами Смоленской области, застрахован СМО, осуществляющей обязательное медицинское страхование на территории Смоленской области, территориальное (автоматическое) прикрепление не осуществляется. Фактическое (по заявлению) прикрепление осуществляется на основании заявления о выборе МО.
6. 3.8 Страховая медицинская организация ведет автоматизированный учет прикрепления застрахованных лиц с учетом даты и основания прикрепления к МО/врачу (территориальное или фактическое).
7. 3.9 Страховая медицинская организация ежемесячно до 3 рабочего дня месяца, следующего за отчетным, передает в ТФОМС информацию об изменении прикрепления застрахованных лиц (Приложение 6 к настоящему Порядку).
8. 3.10 Страховая медицинская организация ежемесячно до 3 рабочего дня месяца, следующего за отчетным, передает в электронном виде в МО информацию о прикрепленных застрахованных лицах (Приложение 7 к настоящему Порядку).

 3.11 СМО и МО ежемесячно до 5 рабочего дня месяца, следующего за отчетным, оформляют акт сверки численности прикрепленных застрахованных лиц к медицинской организации за отчетный период (Приложение 8 к настоящему Порядку).

 3.12 Сводная информация о численности застрахованных лиц, прикрепленных к МО, с учетом возраста и пола, представляется СМО в ТФОМС не позднее 5 рабочего дня месяца, следующего за отчетным (Приложение 9 к настоящему Порядку).

 Приложение № 1

 к Порядку учета застрахованных лиц

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

**Перечень медицинских организаций Смоленской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п.п.** | **Код МО по единому реестру** | **Наименование медицинской организации** |
| 1 | 670012 | ФГУЗ МСЧ №135 ФМБА России |
| 2 | 670013 | ОГБУЗ "Велижская ЦРБ" |
| 3 | 670014 | ОГБУЗ "Вяземская ЦРБ" |
| 4 | 670015 | ОГБУЗ "Гагаринская ЦРБ" |
| 5 | 670016 | ОГБУЗ "Глинковская ЦРБ" |
| 6 | 670017 | ОГБУЗ "Демидовская ЦРБ" |
| 7 | 670018 | ОГБУЗ "Дорогобужская ЦРБ" |
| 8 | 670019 | ОГБУЗ "Духовщинская ЦРБ" |
| 9 | 670020 | ОГБУЗ "Ельнинская ЦРБ" |
| 10 | 670021 | ОГБУЗ "Ершичская ЦРБ" |
| 11 | 670022 | ОГБУЗ "Кардымовская ЦРБ" |
| 12 | 670023 | ОГБУЗ "Краснинская ЦРБ" |
| 13 | 670024 | ОГБУЗ "Монастырщинская ЦРБ" |
| 14 | 670025 | ОГБУЗ "Новодугинская ЦРБ" |
| 15 | 670026 | ОГБУЗ "Починковская ЦРБ" |
| 16 | 670027 | ОГБУЗ "Рославльская ЦРБ" |
| 17 | 670028 | ОГБУЗ "Руднянская ЦРБ" |
| 18 | 670029 | ОГБУЗ "Сафоновская ЦРБ" |
| 19 | 670030 | ОГБУЗ "Сычевская ЦРБ" |
| 20 | 670031 | ОГБУЗ "Темкинская ЦРБ" |
| 21 | 670032 | ОГБУЗ "Угранская ЦРБ" |
| 22 | 670033 | ОГБУЗ "Хиславичская ЦРБ" |
| 23 | 670034 | ОГБУЗ "Холм-Жирковская ЦРБ" |
| 24 | 670035 | ОГБУЗ "Шумячская ЦРБ" |
| 25 | 670036 | ОГБУЗ "Ярцевская ЦРБ" |
| 26 | 670037 | ОГБУЗ "Озерненская РБ №1" |
| 27 | 670038 | ОГБУЗ "Стодолищенская РБ" |
| 28 | 670039 | ОГБУЗ "Поликлиника № 2" |
| 29 | 670040 | ОГБУЗ "Поликлиника № 3" |
| 30 | 670041 | ОГБУЗ "Поликлиника №4" |
| 31 | 670042 | ОГБУЗ "Поликлиника № 6" |
| 32 | 670043 | ОГБУЗ "Поликлиника №7" |
| 33 | 670044 | ОГБУЗ "Поликлиника № 8" |
| 34 | 670045 | ОГБУЗ "Консультативно-диагностическая поликлиника №1" |
| 35 | 670052 | ОГБУЗ "Детская клиническая больница" |
| 36 | 670053 | ОГБУЗ "Смоленская ЦРБ" |
| 37 | 670057 | НУЗ Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО "РЖД" |

РЕШЕНИЕ

Администрации МО

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

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

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

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП

 Приложение № 2

к Порядку учета застрахованных лиц

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

Главному врачу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование и адрес медицинской организации)

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

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

 (ФИО заявителя в соответствии с документом)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**

 Прошу принять меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) на медицинское обслуживание.

**Информация о гражданине, осуществляющем выбор МО:**

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Пол: **муж. жен**. (нужное подчеркнуть) Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

Место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название государства; лицо без гражданства)

Данные о документе, удостоверяющем личность:

вид документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес регистрации по месту жительства:**

Субъект Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (республика, край, область, округ)

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (село, поселок и т.п.)

улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер дома (владения) \_\_\_\_\_\_\_\_ корпус (строение) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес места пребывания:** (указывается для оказания медицинской помощи на дому по вызову)

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (село, поселок и т.п.)

улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер дома (владение) \_\_\_\_\_\_\_\_ корпус (строение) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Наименование СМО, застраховавшей гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о выбранном враче:**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) выбранного врача:

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

СНИЛС выбранного врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о представителе гражданина**:
Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Отношение к гражданину\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные о документе, удостоверяющем личность представителя:

вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем и когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Контактная информация:**

Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись лица, подающего заявление** (представителя застрахованного)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подачи заявления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление принял\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись представителя медицинской организации) (расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

 Приложение № 3

 к Порядку учета застрахованных лиц

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

**Состав персонифицированной информации**

**о застрахованных лицах, выбравших МО и врача в отчетном месяце**

1. Передача информации производится в электронном виде в формате EXCEL.

2. Состав информации для передачи сведений приведен в таблице:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование реквизита | Тип и длина | Примечание |
| 1 | Код МО | Символьное (6) | Реестровый номер медицинской организации в едином реестре МО |
| 2 | Код подразделения МО | Символьное (8) | Указывается код подразделения из ИС «Паспорт ЛПУ», для медицинских организаций, в которых не выделены подразделения, указывать 0 |
| 3 | Номер участка | Символьное (8) | Номер терапевтического участка, к которому прикреплен застрахованный  |
| 4 | СНИЛС врача | Символьное (11) | Указывается без разделителей |
| 2 | Код СМО | Символьное (5) | Реестровый номер страховой медицинской организации в едином реестре СМО |
| 3. | Серия полиса ОМС  | Символьное (10) | Серия полиса старого образца |
| 4. | Номер полиса ОМС/временного свидетельства | Символьное (16) | Номер полиса ОМС/временного свидетельства |
| 5. | Фамилия | Символьное (20) |  |
| 6. | Имя | Символьное (20) |  |
| 7. | Отчество | Символьное (20) | Не указывается при отсутствии в документе |
| 8. | Дата рождения | Дата (8) | ДД.ММ.ГГГГ |
| 9. | Дата прикрепления | Дата (8) | ДД.ММ.ГГГГ |
| 10. | Признак фактического прикрепления (2) | Символьное (1) | =2 |
| 11. | Комментарий | Символьное (20) | Указываются коды ошибок после обработки информации СМО в соответствии с Приложением 10  |

 Приложение № 4

 к Порядку учета застрахованных лиц

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

**АКТ**

**приема-передачи сведений**

**о застрахованных лицах, выбравших МО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Мы, нижеподписавшиеся, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО представителя МО) (должность представителя МО)

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО представителя СМО) (должность представителя СМО)

составили настоящий акт о том, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ передал(а), а \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО представителя МО) (ФИО представителя СМО)

принял(а) сведения за указанный период о выбравших МО застрахованных лицах в электронном виде по защищенному каналу связи в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ записей, наименование файла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Передал(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Принял(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

 Приложение 5

к Порядку учета застрахованных лиц

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

**Справочник территориальных участков медицинских организаций Смоленской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь**

 Справочник территориальных участков медицинских организаций Смоленской области состоит из двух файлов: справочника адресов территориальных участков (UCHADDR.DBF) и справочника врачей территориальных участков (UCHDOC.DBF).

 Структура и формат файла (UCHADDR.DBF):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Содержание поля** | **Имя** | **Тип** | **Размер** |
| Код МО по Единому реестру МО | MCOD | Character | 6 |
| Код подразделения МО | PODRCOD | Numeric | 8 |
| Номер участка | N\_UCH | Numeric | 8 |
| Код населённого пункта по КЛАДР | KLADRCODE | Character | 13 |
| Наименование населённого пункта | NAME | Character | 40 |
| Код улицы по КЛАДР | KLADRSTREE | Character | 17 |
| Наименование улицы | STREET | Character | 40 |
| Номер дома | DOM | Character | 8 |
| Номер корпуса | KOR | Character | 8 |
| Код уровня прикрепления | LEVEL | Numeric | 4 |
| Возрастная группа | OLD | Numeric | 4 |

Примечание:

1. Код уровня прикрепления может принимать значения:

 1 – по коду района;

 2 – по коду населенного пункта;

 3 – по коду улицы;

 4 – до номера дома.

2. Возрастная группа может принимать значения:

 0 – все;

 1 – взрослые;

 2 – дети.

 Структура и формат файла (UCHDOC.DBF):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Содержание поля** | **Имя** | **Тип** | **Размер** |
| Код МО по Единому реестру МО | MCOD | Character | 6 |
| Код подразделения МО | PODRCOD | Numeric | 8 |
| Номер участка | N\_UCH | Numeric | 8 |
| СНИЛС врача | SNILS | Character | 11 |

Приложение 6

к Порядку учета застрахованных лиц

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

**Спецификация файла со сведениями о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям и врачам, получаемым ТФОМС от СМО.**

Сокращения

| № | Сокращение | Определение |
| --- | --- | --- |
|  | ДПФС | Документ, подтверждающий факт страхования |
| 1.
 | ЕНП | Единый номер полиса ОМС |
| 1.
 | ЕРЗ | Единый регистр застрахованных лиц |
|  | ЗЛ | Застрахованное лицо |
|  | МО | Медицинская организация (лечебно-профилактическое учреждение) |
|  | ОКАТО | Общероссийский классификатор административно-территориального деления |
|  | ОМС | Обязательное медицинское страхование |
|  | Полис | Полис обязательного медицинского страхования |
|  | РС | Региональный сегмент |
|  | СМО | Страховая медицинская организация (работающая в данном субъекте) |
|  | ТФОМС | Территориальный фонд обязательного медицинского страхования |
|  | ФЛК | Форматно-логический контроль |

 1. Общие требования

В настоящем документе описываются требования к подготовке и форматам передачи из МО (или СМО) в ТФОМС информации о прикреплении застрахованных лиц к медицинской организации, врачу и среднему медицинскому персоналу.

Формат файла – текстовый с разделителями (тип CSV – comma separated values).

 Информация о прикреплении застрахованных лиц в виде файла, формат которого определён в пункте 2 настоящего документа (далее – файл прикрепления). Допускается разбивать файл большого объёма на несколько частей и каждую часть передавать в виде отдельного файла. Выгруженный файл передается в ТФОМС для обработки данных в РС ЕРЗ.

 При обработке файла прикрепления осуществляется форматно-логический контроль (ФЛК) на соответствие данных требованиям, изложенным в пункте 2 настоящего документа. В результате формируется файл журнала форматно-логического контроля. Формат журнала форматно-логического контроля указан в пункте 3 настоящего документа. Данные, которые не прошли ФЛК, исключаются из дальнейшей обработки.

 Получив в ответ на файл прикрепления журнал ФЛК, МО (или СМО) должна устранить возможные ошибки и осуществить повторную выгрузку информации о прикреплении только по исправленной части.

 При дальнейшей обработке файла происходит поиск застрахованных лиц в ЕРЗ и сохранение информации о прикреплении по найденным застрахованным лицам. Данные по застрахованным лицам, которые не будут найдены в ЕРЗ, исключаются из дальнейшей обработки и возвращаются в МО/СМО в виде протокола обработки. Формат протокола обработки указан в пункте 4 настоящего приложения.

2. Спецификация файла прикрепления

2.1. 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.

 **2.2. Логическая структура файла**

Строки файла прикрепления (начиная с первой строки и до конца файла) содержат данные о прикреплении. Структура строк приведена в пункте 2.3. настоящего приложения.

 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.

 **2.3.Выгружаемая информация**

Каждая строка должна содержать значения атрибутов, перечисленных в Таблице А.1.

* 1. Структура строки файла прикрепления

| **№** | **Обязат.** | **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" – регистрация события,"И" – исправление информации о событии. |
|  | Да | Код типа ДПФС:П - Бумажный полис ОМС единого образца Э - Электронный полис ОМС единого образцаВ – Временное свидетельствоС – Полис старого образцаК – В составе УЭК | Тип\_ДПФС | = 1 |  |
|  | У | Серия и номер ДПФС | ИД\_полиса | ≤ 35 | Серия и номер полиса ОМС старого образца (*серия отделяется от номера последовательностью знаков «пробел», «№», «пробел»*) или номер временного свидетельства. |
|  | У | Единый номер полиса ОМС  | ЕНП | = 16 | Обязательно указывается для полисов ОМС единого образца |
|  | Нет | Фамилия застрахованного лица | Фамилия | ≤ 50 | Не указывается при отсутствии фамилии в документе, удостоверяющем личность. |
|  | Нет | Имя застрахованного лица | Имя | ≤ 50 | Не указывается при отсутствии имени в документе, удостоверяющем личность. |
|  | Нет | Отчество застрахованного лица | Отчество | ≤ 50 | Не указывается при отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность. |
|  | Да | Дата рождения застрахованного лица. | Дата\_рождения | = 8 | ГГГГММДД |
|  | Нет | Место рождения застрахованного лица. | Место\_рождения | ≤ 100 |  |
|  | У | Тип документа, удостоверяющего личность. | Тип\_УДЛ | ≤ 2 | Для иногородних указывается обязательно.Значение из принятой в ЕРЗ системы кодирования. |
|  | У | Номер или серия и номер документа, удостоверяющего личность. |  | ≤40 | Для иногородних указывается обязательно. |
|  | Нет | Дата выдачи документа, удостоверяющего личность. | Дата\_УДЛ | = 8 | ГГГГММДД |
|  | Нет | Наименование органа, выдавшего документ | Орган\_УДЛ | ≤ 200 | Указывается из документа, удостоверяющего личность |
|  | Нет | СНИЛС застрахованного лица. | СНИЛС | = 11 | Указывается для иногородних при наличии сведений о СНИЛС. |
|  | Да | Идентификатор МО | ИД\_МО | = 6 | Реестровый номер медицинской организации в едином реестре МО. |
|  | Да | Способ прикрепления | Способ\_прикрепления | =1 | Способ прикрепления. Значение из системы кодирования (Таблица А.2**Ошибка! Источник ссылки не найден.**). |
|  | Нет | Тип прикрепления | Тип\_прикрепления | = 3 | Зарезервированное поле.  |
|  | Нет | Дата прикрепления | Дата\_прикрепления | = 8 | ГГГГММДДПри отсутствии данных о дате прикрепления дата не указывается. |
|  | Нет | Дата открепления | Дата\_открепления | = 8 | ГГГГММДДПри отсутствии данных о дате открепления дата не указывается. |
|  | Нет | 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 | Указывается код подразделения из ИС «Паспорт ЛПУ», для медицинских организаций, в которых не выделены подразделения, указывать 0.  |
|  | Нет | Номер(код) участка  | Код\_участка | ≤ 64 | Номер терапевтического участка, к которому прикреплен застрахованный  |
|  | Да  | СНИЛС медицинского работника;  | СНИЛС\_врача | =11 | указывается без разделителей |
|  | Нет | Категория[[1]](#footnote-1) медработника | Категория\_медработника | =1 | 1-врач2-медработник среднего звена |

 Значения атрибутов должны следовать в том порядке, в котором они перечислены в Таблице А.1. 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). При отсутствии категории\_медработника наличие пустого атрибута в конце строки не требуется.

* 1. Коды способов прикрепления

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

3.Структура журнала форматно-логического контроля

**3.1. Общие требования**

 Журнал форматно-логического контроля (журнал ФЛК) формируется на каждый файл прикрепления.

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

L + 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.

 Содержимое файла передаётся в кодировке кодовой страницы Windows-1251.

**3.2. Логическая структура файла**

 Журнал ФЛК передаётся в файле текстового формата 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.

**3.3. Перечень ошибок форматно-логического контроля**

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

* 1. Перечень ошибок форматно-логического контроля

| **Код** | **Поле** | **Описание ошибки** | **Дополнительная проверка** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Номер** | **Имя столбца** |
| Ошибки в конкретных полях записи |
| 2 | 4 | ЕНП | Отсутствует ЕНП | Отсутствует ЕНП для полиса ОМС единого образца |
| 5 | 5 | Фамилия | Недопустимые знаки или сочетания знаков в фамилии | Фамилия, имя или отчество не удовлетворяет правилам ФЛК, принятым в ЕРЗ |
| 6 | 6 | Имя | Недопустимые знаки или сочетания знаков в имени |
| 7 | 7 | Отчество | Недопустимые знаки или сочетания знаков в отчестве |
| 10 | 8 | Дата\_рождения | Не указана дата рождения |  |
| 11 | 9 | Дата\_рождения | Ошибка в дате рождения | 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.
 |
| 239 | 14 | СНИЛС\_врача | Не указан СНИЛС медработника | Не указан СНИЛС медицинского работника |
| 21 | 14 | СНИЛС\_врача | Ошибка в значении СНИЛС | 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 | Отсутствует серия и номер для полиса ОМС старого образца или номер для временного свидетельства и полиса  |
| 242 | 16 | Способ\_прикрепления | Не указан код способа прикрепления к МО |  |
| 243 | 16 | Способ\_прикрепления | Недопустимый код способа прикрепления к МО | Код способа прикрепления не найден в системе кодирования. |
| 246 | 18 | Дата\_прикрепления | Ошибка в дате  | 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 не указан |  |
| 300 | 15 | ИД\_МО | Неверный формат реестрового номера МО | Указанное значение не отвечает предъявляемым требованиям (должно быть указано шесть десятичных цифр). |
| 265 | 15 | * ИД\_МО
 | Реестровый номер не найден | Указанное значение не найдено в едином реестре МО. |
| 543 | 23 | СНИЛС\_врача | Медработник не найден в ФРМП | По указанному СНИЛС в Федеральном реестре медицинских работников не найден медицинский работник |
| 544 | 23 | СНИЛС\_врача | Медработник не работает в указанной МО[[2]](#footnote-2) | В ЦС ЕРЗ отсутствуют сведения о том, что указанный медработник работает в указанной МО |
| Прочие (общие) ошибки |
| 99 | – | – | В программе обработки возникла исключительная ситуация |  |

Примечания.

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

**3.4. 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 Таблице А.3.

4. Структура файла протокола обработки

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/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.

* 1. Перечень ошибок прикладной обработки

| **Код** | **Поле** | **Описание ошибки** | **Дополнительная проверка** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Номер** | **Имя столбца** |
| Ошибки идентификации ЗЛ |
| 500 | 4 | ЕНП | Единый номер полиса не найден в РС ЕРЗ |  |
| 522 | 3 | ИД\_полиса | Невозможно идентифицировать застрахованное лицо в ЕРЗ |  |
| 525 | 4 | ЕНП | Единый номер полиса не соответствует указанному ДПФС |  |
| 542 |  |  | Застрахованное лицо не прикреплено к МО | Для операции И не найдена действующая запись о прикреплении |
| 543 | 23 | СНИЛС\_врача | Медработник не найден в ФРМП | По указанному СНИЛС в Федеральном реестре медицинских работников не найден медицинский работник |
| 544 | 23 | СНИЛС\_врача | Медработник не работает в указанной МО[[3]](#footnote-3) | В ЦС ЕРЗ отсутствуют сведения о том, что указанный медработник работает в указанной МО |
| 546 |  |  | Не верное число прикреплений | 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 | 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 7

к Порядку учета застрахованных лиц

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

**Спецификация файла со сведениями о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям и врачам, получаемым МО от СМО.**

**1.Общие требования к файлу прикрепления:**

Название файла формируется: R+<код СМО>.dbf,

Формат файла - **dBase IV;**

Расширение - **DBF;**

Кодовая страница - **866**;

Набор символов - **RUSSIAN;**

**2. Структура файла прикрепления:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Содержание поля** | **Имя** | **Тип** | **Размер** |
| Фамилия  | FAM  | Character  | 25 |
| Имя | IM  | Character  | 20 |
| Отчество | OT  | Character  | 20 |
| Дата рождения | DR  | Date  | 8 |
| Пол | W  | Numeric  | 1 |
| Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, в соответствии с классификатором F008 | VPOLIS | Numeric  | 1 |
| Серия полиса ОМС | S\_POL  | Character  | 10 |
| Номер полиса ОМС/Временного свидетельства | N\_POL  | Numeric  | 16 |
| Код СМО, в соответствии с Единым реестром СМО | Q  | Character  | 5 |
| Дата начала действия полиса | DP  | Date | 8 |
| Дата окончания действия полиса | DENDP  |  Date  | 8 |
| Тип документа удостоверяющего личность, в соответствии с классификатором F011 | DOCTYPE | Character | 2 |
| Серия и номер документа удостоверяющего личность | SN\_PASP  | Character  | 25 |
| СНИЛС застрахованного лица | SNILS  | Character  | 14 |
| Код места регистрации по справочнику ОКАТО | OKATO | Character | 11 |
| Наименование района места регистрации  | RNNAME  | Character  | 40 |
| Наименование населенного пункта места регистрации | NPNAME | Character  | 40 |
| Наименование улицы места регистрации |  UL  |  Character  | 40 |
| **Содержание поля** | **Имя** | **Тип** | **Размер** |
| Код улицы по КЛАДР | ULCODE | Character  | 17 |
| Номер дома | DOM  | Character | 7 |
| Номер корпуса | KOR  | Character  | 5 |
| Номер строения | STR  | Character  | 5 |
| Номер квартиры | KV  | Character  | 5 |
| Домашний телефон |  TEL  | Character  | 12 |
| Код МО, в соответствии с Единым реестром МО | MCOD  | Character  | 6 |
| Дата прикрепления к МО | D\_PR | Date | 8  |
| Дата открепления от МО | D\_OT | Date | 8  |
| Способ прикрепления к МО (0 - нет данных, 1 – по месту регистрации, 2 - по заявлению) | S\_PR | Numeric | 1  |
| СНИЛС врача | SNILS | Character  | 11 |

Примечание: В случае отсутствия кода улицы по КЛАДР в поле «ULCODE» указывается код населенного пункта по КЛАДР (11 символов).

 Приложение 8

 к Порядку учета застрахованных лиц

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

Медицинская организация Страховая медицинская \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ организация

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

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

Главный врач Директор

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

М.П. М.П.

**АКТ**

**сверки численности застрахованных лиц, прикрепленных к**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

(наименование медицинской организации)

**оказывающей первичную медико-санитарную помощь**

**по территориально-участковому принципу
по состоянию на 01\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

 (чел.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п.п. | Общее число застрахованных лиц, прикрепленных к МО | В том числе по группам застрахованных лиц |
| дети | трудоспособный возраст | пенсионеры |
| 0 - 4 года | 5 - 17 лет | 18 - 59лет | 18 - 54лет | 60 лет истарше | 55 лет истарше |
| муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 9

к Порядку учета застрахованных лиц

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

**Численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским**

**организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь**

**по территориально-участковому принципу**

**по состоянию на 01\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

(чел.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | Медицинская организация | Численностьзастрахован-ных, прикреплен-ных к МО | В том числе по группам застрахованных лиц |
| дети | трудоспособный возраст | пенсионеры |
| 0 - 4 года | 5 - 17 лет | 18 - 59лет | 18 - 54лет | 60 лет истарше | 55 лет истарше |
| муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ВСЕГО: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Директор СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись) (ФИО)

М.П.

Приложение № 10

к Порядку учета застрахованных лиц

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

**Перечень ошибок при обработке информации о застрахованных лицах, выбравших МО и врача**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Код** | **Наименование причины** | **Действия СМО** | **Примечание** |
| 10 | ЗЛ не подлежит прикреплению к данной МО по возрастному критерию (возраст > 18 лет для МО, обслуживающей детское население; возраст <18 лет для МО, обслуживающей взрослое население)  | Информирование МО | ЗЛ не подлежит прикреплению к данной МО по возрастному критерию (возраст > 18 лет для МО, обслуживающей детское население; возраст <18 лет для МО, обслуживающей взрослое население)  |
| 11 | ЗЛ реализовало право выбора МО/врача в данном календарном году (при отсутствии сведений об изменении места жительства гражданина) | Информирование МО | ЗЛ реализовало право выбора МО в данном календарном году (при отсутствии сведений об изменении места жительства гражданина) |
| 12 | Не указан СНИЛС врача | Информирование МО | Не указан СНИЛС врача |
| 13 | Формат СНИЛС неверен | Информирование МО | Указанный СНИЛС не отвечает предъявляемым требованиям  |
| 14 | Дата прикрепления не указана | Информирование МО | Не указана дата прикрепления к медработнику |
| 15 | Ошибка в формате даты прикрепления | Информирование МО | Дата прикрепления не отвечает формату ДД.ММ.ГГГГ |
| 16 | Дата прикрепления больше даты актуализации | Информирование МО | Указана дата прикрепления, которая превосходит дату актуализации |
| 17 | ЗЛ не найдено в базе данных СМО | Информирование МО | ЗЛ не найдено в базе данных СМО |
| 18 | ЗЛ не имеет действующих полисов | Информирование МО | В базе данных СМО нет действующих полисов у ЗЛ |
| 19 | Дублирование записей с данными ЗЛ | Информирование МО | Информация о прикреплении ЗЛ указана более одного раза |

1. Атрибут должен заполняться только в случае недоступности ТФОМС сведений ФРМП. [↑](#footnote-ref-1)
2. 542 и 543 проверки проводятся только при наличие ФРМП. [↑](#footnote-ref-2)
3. 542 и 543 проверки проводятся только при наличие ФРМП. [↑](#footnote-ref-3)