Приложение №15 (off-line)

к Тарифному соглашению

в сфере обязательного медицинского страхования

Республики Карелия на 2019 год

**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**

**I. Введение**

1. Настоящий 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 (далее - Регламент) разработан в соответствии с:

1.1. Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

1.2. Федеральным законом от 29.11.2010 №326-Ф3 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,

1.3. приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

1.3.1. от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»,

1.3.2. от 15.05.2012 №543н «Об утверждения Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»,

1.3.3. от 23.01.2007 № 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники»,

1.3.4. от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

**II. Общие положения**

2. 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.

3. Регламент осуществляет:

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

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

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

3.4. Минимизацию численности неприкрепленного населения.

4. 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.

**III. Термины и определения**

5. В Регламенте применяются следующие понятия:

5.1. 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;

5.2. 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;

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

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

5.5. 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;

5.6. 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;

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

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

6. Распределение зон обслуживания между МО устанавливается приказами Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия.

7. 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 её в день изменения.

8. Руководители МО приказами определяют лиц, уполномоченных на прием и регистрацию Заявлений, направление информации в СМО (далее – уполномоченное лицо). Копии приказов о назначении (замене) уполномоченных лиц направляются в СМО, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия (далее - ТФОМС РК), в течение трех рабочих дней с момента регистрации приказов в учреждении.

9. 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).

10. 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.

11. 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.

12. 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.

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

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

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

14.2. 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;

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

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

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

14.6. в случае смерти застрахованного лица.

15. 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.

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

17. 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 его места проживания, информация передаются 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.

18. 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.

19. 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 №4 к Регламенту. Передача данных производится по защищенным каналам связи. Если 01 число месяца выпадает на выходной день, МО должна представить данные до выходного дня.

20. СМО ежемесячно в срок до 04 числа месяца, следующего за отчетным периодом, проводит идентификацию и проверку однозначности прикрепления застрахованных лиц к МО согласно приложению №10 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 №5 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).

21. 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 №4 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.

22. 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.

23. 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 №10 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 №5 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 №7 к Регламенту.

24. 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 №8 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.

25. 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 №7 к Регламенту;
* оформляет, подписывает, скрепляет печатью и направляет в МО 2 экземпляра Акта сверки по списку прикрепленных застрахованных лиц (приложение №6 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 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.

27. СМО, ежемесячно, в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, получив от МО подписанные Акты в электронном виде (отсканированные копии), формирует пакет файлов по всем МО согласно 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.

28. ТФОМС РК ежемесячно в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом:

- выполняет 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.

29. ТФОМС РК ежемесячно в срок до 23 числа месяца, следующего за отчетным периодом, выполняет корректировку полученных из ЦС ЕРЗ ошибочных данных и исправленные сведения о прикрепленных застрахованных лицах к конкретной медицинской организации и к медицинскому работнику повторно отправляет в ЦС ЕРЗ.

30. ТФОМС РК в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляет в Министерство здравоохранения и социального развития Республики Карелия сведения мониторинга данных по прикрепленному населению в разрезе медицинских организаций в формате согласно приложению №9 к Регламенту.

31. 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.

32. Перечень выявленных СМО на 1 этапе сверки прикрепленных лиц ошибок согласно Таблице №3 приложения №5 к Регламенту, которые не подлежат включению на 2 этап сверки в файлы данных МО о прикрепленных застрахованных лицах по состоянию на последнее число отчетного месяца в формате согласно приложению №4 к Регламенту:

1. Застрахованный умер (код 1);
2. Застрахован другой СМО РК (код 2);
3. Застрахован вне территории РК (код 3);
4. Выдача ВС в другой СМО (код 4);
5. Полис закрыт в связи с выявлением дубликата (код 5);
6. Прочие причины закрытия полиса (в том числе невозможность определить причину закрытия) (код 6);
7. Аннулирование страховки (военнослужащие, и прочее) (код 11);
8. Дата прикрепления позже отчетной даты сверки численности (код 13).

В случае повторного включения МО записей, отклоненных по вышеуказанным кодам ошибок, во 2 этап сверки прикрепленных лиц, СМО необходимо полностью отклонить файл данных за исключением случаев, когда доля указанных ошибок составляет не более 0,1 процентов от общего количества записей, представленных в электронном реестре прикрепленных застрахованных лиц.

33. На втором этапе сверки СМО необходимо полностью отклонить файл данных, в случае, если он содержит более 0,1 процентов записей о застрахованных лицах, прикрепленных к двум и более медицинским организациям.

Приложение №1 к Регламенту

**Примерная 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

**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 ранеебыло прикрепленозастрахованное лицо | Причинаотказа вприкреплениик 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

**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

**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 №7Тег 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 №5 к Регламенту

**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 № 6 к Регламенту

**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 № 7 к Регламенту

**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" – регистрация события прикрепления,"И" – исправление информации о событии прикрепления. |
|  | 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 |  |
|  | 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. |
| 1.
 | 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 |
| 1.
 | 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 | ГГГГММДДОбязательно 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 № 8 к Регламенту

**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-2) | 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.csvПри 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 будетОтсутствие 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 № 9 к Регламенту

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

1. 542 и 543 проверки проводятся только при наличие ФРМП. [↑](#footnote-ref-2)