

Дополнительное соглашение № 1

к Соглашению

о взаимодействии при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в Республике Карелия между Государственным учреждением "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия", Министерством здравоохранения Республики Карелия и страховыми медицинскими организациями Республики Карелия

г. Петрозаводск

«01» 09 2023 г.

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия», именуемое в дальнейшем «ГУ ТФОМС РК», в лице директора Гравова Андрея Михайловича, действующего на основании Положения, Министерство здравоохранения Республики Карелия, именуемое в дальнейшем Министерство, в лице министра Охлопкова Михаила Егоровича, действующего на основании Положения, Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М», действующее на основании лицензии ОС № 3837-01 (регистрационный номер 3837 от 10 августа 2015 года), выданной Центральным банком Российской Федерации, в лице директора филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах – М» в г.Петрозаводск Медведевой Светланы Александровны, действующей на основании доверенности от 31 декабря 2022 года № 78/23, Общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед», действующее на основании лицензии ОС № 0879-01 (регистрационный номер 0879 от 29 августа 2019 года), выданной Центральным банком Российской Федерации, в лице директора Карельского филиала ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» Пантелеева Владимира Анатольевича, действующего на основании доверенности от 23 декабря 2022 года № 20/1, именуемые совместно «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение № 1 к Соглашению о взаимодействии при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в Республике Карелия между Государственным учреждением "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия", Министерством здравоохранения Республики Карелия и страховыми медицинскими организациями Республики Карелия от 27.02.2023 года (далее – Дополнительное соглашение № 1) о нижеследующем.

1. Изложить в новой редакции Приложение № 2 к Регламенту взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия при информационном сопровождении застрахованных лиц при прохождении ими профилактических осмотров, диспансеризации, углубленной диспансеризации (далее – Регламент) согласно Приложению № 1 к настоящему Дополнительному соглашению № 1.
2. Изложить в новой редакции Приложение 6 к Регламенту согласно Приложению № 2 к настоящему Дополнительному соглашению № 1.
3. Настоящее Дополнительное соглашение № 1 вступает в силу с момента

подписания Сторонами.

4. Настоящее Дополнительное соглашение № 1 является неотъемлемой частью Соглашения.
5. Во всем остальном, что не оговорено настоящим Дополнительным соглашением № 1, Стороны руководствуются положениями Соглашения.
6. Настоящее Дополнительное соглашение № 1 составлено в четырех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Государственное учреждение
«Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Республики Карелия»

Директор



/А.М. Гравов

М.П.

Филиал ООО «Страховая компания
«Ингосстрах – М» в г.Петрозаводск

Директор



/С.А. Медведева

М.П.

Министерство
здравоохранения Республики
Карелия

Министр



/М.Е. Охлопков

М.П.

Карельский филиал ООО
«Страховая медицинская
компания РЕСО-Мед»

Директор



/В.А. Пантелеев

М.П.



25.08.23

25.08.23

25.08.23

28.08.2023

«Приложение 2
к Регламенту взаимодействия участников системы
обязательного медицинского страхования Республики
Карелия при информационном сопровождении
застрахованных лиц при прохождении ими
профилактических осмотров, диспансеризации,
углубленной диспансеризации.

Формат передачи сведений о лицах, из числа выбравших данную МО для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения, диспансеризации, в том числе в рамках углубленной диспансеризации (направляется медицинской организацией в информационный ресурс).

1. Параметры передаваемого пакета

Имя параметра	Описание	Примечание
app_id:	Имя сервера	Имя сервера передающего пакет
user_id	Имя пользователя	
type:	Тип пакета	PROF
message_id:	Идентификатор пакета	
content_encoding	Кодировка	utf-8
content_type:	Тип контента	Xml

2. Особенности формирования пакета

- 1) Наименования элементов должны соответствовать структурам пакета – Таблицы.
- 2) Пустые элементы (теги) в пакет не включаются.
- 3) Возможны 3 типа операций с данными (поле TYPE):
 - **добавление сведений (Insert)** - в данный пакет попадают новые записи по лицам, подлежащим прохождению профилактических мероприятий
 - **исправление сведений (Update)** - в данный пакет попадают записи (по ФИО, ДР, типу, серии и номеру полиса), направленные ранее (в пакете добавления сведений), но требующие исправления одного из следующих полей:
 - DISP (тип профилактического мероприятия),
 - DISP_MONTH (месяц отчетного периода проведения проф. мероприятий).
 - **удаление сведений (Delete)** - в данный пакет попадают записи (по ФИО, ДР, типу, серии и номеру полиса), направленные ранее (в пакете добавления или исправления сведений), но требующие удаления.
- 4) В столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:
 - О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
 - Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
 - У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
 - М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.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.

5) При наличии хотя бы одной ошибки, пакет отклоняется целиком.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о прикреплении)					
PERS_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок	
	PERS	OM	S	Записи	
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «1.0»
	DATA	O	D	Текущая дата	
	YEAR	O	N(4)	Год прохождения проф. мероприятий	
	TYPE	O	T(6)	Тип операции	Заполняется одним из следующих значений: Insert – добавление сведений, Update – исправление сведений, Delete – удаление сведений
	CODE_MO	O	N(6)	Код МО отправителя	По справочнику F003
	ID_MO	O	T(30)	Реестровый номер МО	Код OID медицинской организации
	SMO	O	N(5)	Код СМО	По справочнику F002
	ZAP	O	N(6)	Количество записей	
Записи					
PERS	ID_PAC	O	T(36)	Уникальный в пределах МО идентификатор гражданина	
	ID	O	Guid	Идентификатор объекта в базе отправителя	
	FAM	O	T(30)	Фамилия	
	IM	O	T(30)	Имя	
	OT	Y	T(30)	Отчество	
	W	O	N(1)	Пол	Таблица №1
	DR	O	D	Дата рождения	
	VPOLIS	O	N(1)	Тип полиса	Таблица №2
	SPOLIS	Y	T(30)	Серия полиса	
	NPOLIS	O	T(30)	Номер полиса	
	DISP	O	T(3)	Подлежит Профилактическим мероприятиям	По справочнику V016
	DISP_MONTH	Y	N(2)	Месяц отчетного периода проведения Профилактических	Таблица №3

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				мероприятий	
	PHONE1	У	T(11)	Контактный телефон 1	
	PHONE2	У	T(11)	Контактный телефон 2	
	PR	О	N(1)	Метка приоритизации прохождения ПМ	1 - I группа 2 - II группа 3 - III группа 4 - IV группа (условно до 01.01.2024)

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)
5	Цифровой полис

Таблица №3. Коды допустимых значений поля "Месяц отчетного периода проведения Профилактических мероприятий"

Код	Значение
1	Январь
2	Февраль
3	Март
4	Апрель
5	Май
6	Июнь
7	Июль
8	Август
9	Сентябрь
10	Октябрь
11	Ноябрь
12	Декабрь

Перечень контролей при загрузке файла в АИС «ИСЗЛ»:

- 1) Проверка заполнения обязательных полей (Ошибка при обработке пакета с идентификатором ____ Обратитесь в тех. Поддержку).
- 2) Идентификация ЗЛ.(Застрахованный не найден ни по ФИО и ДР, ни по номеру и серии полиса, Застрахованный умер)
- 3) Проверка соответствия введенных кодировок Таблице №1, Таблице №2, Таблице №3 текущего приложения.
- 4) Проверка по Федеральному справочнику V016 (Значение атрибута DISP (__) не содержится в справочнике V016).».

«Приложение 6
к Регламенту взаимодействия участников системы
обязательного медицинского страхования Республики
Карелия при информационном сопровождении
застрахованных лиц при прохождении ими
профилактических осмотров, диспансеризации, углубленной
диспансеризации

**Формат передачи данных о проведенных опросах застрахованных лиц,
включенных медицинскими организациями в списки профилактических
осмотров, диспансеризации, углублённой диспансеризации
(направляются страховой медицинской организацией в информационный
ресурс)**

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

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

PROFOPROS_XXXXX_YYYYMM_NN.XML, где
PROFOPROS – постоянный символ (латинская буква), описывающие тип
файла,
XXXXX - код СМО,
YYYYMM - отчетный период,
NN - номер выгрузки в отчетном периоде (01 - первая и т.д.).

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					
PERS_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	PERS	OM	S	Записи	Записи о прикрепленном населении
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «1.0»
	DATA	O	D	Дата формирования файла	
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения
	YEAR	O	N(4)	Год прохождения проф. мероприятий	
	SMO	O	N(5)	Код СМО	По справочнику F002
	ZAP	O	N(6)	Количество записей	
Записи					
PERS	ID_PAC	Y	T(36)	Уникальный идентификатор застрахованного из ИР	
	FAM	O	T(30)	Фамилия	
	IM	O	T(30)	Имя	
	OT	Y	T(30)	Отчество	
	W	O	N(1)	Пол	Таблица №1
	DR	O	D	Дата рождения	
	VPOLIS	O	N(1)	Тип полиса	Таблица №2
	SPOLIS	Y	T(30)	Серия полиса	
	NPOLIS	O	T(30)	Номер полиса	
	PHONE1	Y	T(30)	Контактный номер телефона застрахованного лица (1)	
	PHONE2	Y	T(30)	Контактный номер телефона застрахованного лица 2)	
	ABOUT_WHAT	O	N(1)	Тема опроса	По справочнику V016
	QUESTION_DATE	O	D	Дата проведения опроса	Заполняется при наличии факта проведения опроса застрахованного лица
	QUESTION_RSLT	O	N(1)	Результат опроса	Таблица №3

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	REJECT	YM	S	Отказы	Обязательно к заполнению при QUESTION_RSLT = 6
Записи о причинах отказа от прохождения профилактических мероприятий					
REJECT	REJECT_REASON	O	N(2)	Возможная причина отказа от проф. мероприятия	Таблица №4
	ANSWER	O	N(2)	Ответ	Таблица №5

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)
5	Цифровой полис

Таблица №3. Коды результатов опроса

Код	Значение
1	удовлетворен
2	больше удовлетворен, чем нет
3	удовлетворен не в полной мере
4	затрудняюсь ответить
5	не удовлетворен
6	в настоящий момент не прошел

Таблица №4. Возможная причина отказа от проф. мероприятия

Код	Значение
1	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактического мероприятия с недостатком личного времени?
2	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактических мероприятий с тем, что вы считаете их ненужными/бессмысленными?
3	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактических мероприятий со страхом обнаружить у себя новое заболевание в процессе обследования?
4	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактических мероприятий с отсутствием доверия к медицинским работникам?
5	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактических мероприятий со страхом заболеть после посещения медицинской организации?

6	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактических мероприятий в связи с болезнью?
7	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактического мероприятия с тем, что до медицинской организации сложно добраться?
8	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактического мероприятия с неудобным графиком работы медицинской организации?
9	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактического мероприятия с некачественным оказанием медицинских услуг в медицинской организации?
10	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактического мероприятия с тем, что было сложно получить информацию о времени, месте и порядке прохождения профилактических мероприятий?
11	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактического мероприятия с длительностью его прохождения, очередями, долгим ожиданием результатов?
12	Связан ли ваш отказ от прохождения профилактического мероприятия неудобствами во время пребывания в медицинской организации?

Таблица №5. Варианты ответов

Код	Значение
1	Однозначно нет
2	Скорее нет, чем да
3	Скорее да, чем нет
4	Однозначно да
5	Да, связан с острым заболеванием
6	Да, связан с хроническим заболеванием
7	Да, связан с инвалидностью
8	Нет, не связан с заболеваниями

Перечень контролей при загрузки файла в АИС «ИСЗЛ»:

- 1) Проверка заполнения обязательных полей.
- 2) Идентификация ЗЛ.
- 3) Проверка соответствия введенных кодировок Таблице №1, Таблице №2, Таблице №3, Таблице №4, Таблице №5 текущего приложения.
- 4) Проверка на дубли в файле (ФИО+ДР+Дата опроса+Результат опроса).».