

## Дополнительное соглашение №2

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

« 1 » ноября 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 № 2 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 № 2) о нижеследующем.

1. Изложить в новой редакции Приложение № 2 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 - Регламент взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи (далее – Регламент), согласно Приложению № 1 к настоящему Дополнительному соглашению № 2.



2. Изложить в новой редакции Приложение № 1 к Регламенту, согласно Приложению № 2 к настоящему Дополнительному соглашению № 2
3. Настоящее Дополнительное соглашение № 2 вступает в силу с момента подписания Сторонами.
4. Настоящее Дополнительное соглашение № 2 является неотъемлемой частью Соглашения.
5. Во всем остальном, что не оговорено настоящим Дополнительным соглашением № 2, Стороны руководствуются положениями Соглашения.
6. Настоящее Дополнительное соглашение № 2 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.

Министерство  
здравоохранения Республики  
Карелия

Министр



/М.Е. Охлопков

М.П.

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

Директор



/С.А. Медведева

М.П.

Карельский филиал ООО  
«Страховая медицинская  
компания РЕСО-Мед»

Директор



/В.А. Пантелеев

М.П.

*[Signature]*  
24.10.23

*[Signature]*  
24.10.2023

*[Signature]*

*[Signature]*  
27.10.2023

*[Signature]*

Приложение 2 к Соглашению о взаимодействии при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в Республике Карелия между ТФОМС РК, Минздравом Карелии и СМО Республики Карелия от «01» ноября 2023 г.

**Регламент  
взаимодействия участников обязательного медицинского страхования  
Республики Карелия при информационном сопровождении  
застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской  
помощи**

**I. Общие положения**

1. Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования Республики Карелия при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи (далее - Регламент) устанавливает порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования Республики Карелия при направлении застрахованных лиц на стационарное лечение.

2. Участниками информационного взаимодействия (далее - Участники) являются:

2.1. страховые представители 2 и 3 уровней страховых медицинских организаций, осуществляющие деятельность в системе обязательного медицинского страхования Республики Карелия (далее – СМО);

2.2. медицинские организации, осуществляющие деятельность в системе обязательного медицинского страхования (далее – МО);

2.3. Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия» (далее – ГУ ТФОМС РК, Фонд).

3. Информационный обмен между Участниками осуществляется на основе персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в автоматизированной информационной системе «Информационное сопровождение застрахованных лиц» ГУ ТФОМС РК (далее – АИС, АИС «ИСЗЛ», информационный ресурс ГУ ТФОМС РК) в части модуля

«Управление госпитализацией», работающего в круглосуточном режиме по форматам онлайн обмена (интеграционных профилей).

4. Техническое внедрение серверной части АИС осуществлено на ресурсах ГУ ТФОМС РК.

5. Возможность запуска клиентской части АИС предусмотрена на неограниченное число рабочих мест Участников.

6. Обновление данных, в том числе загрузка данных, в АИС возможно в онлайн режиме и посредством ручного ввода информации, но не реже одного раза в сутки.

7. Участники получают доступ к АИС и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, в круглосуточном бесперебойном режиме.

#### 8. Принципы организации АИС:

8.1. единое защищенное хранилище информации, интегрированное с автоматизированной информационной системой персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах «Единый регистр застрахованных лиц обязательного медицинского страхования» ГУ ТФОМС РК, комплексной автоматизированной системой «Медэксперт - ГУ ТФОМС РК», которые работают круглосуточно в режиме онлайн;

8.2. обмен информацией между Участниками осуществляется в электронной форме через сеть VipNet с соблюдением требований:

8.2.1. по форматам, приведенным в Приложениях 1-9 настоящего Регламента;

8.2.2. по защите персональных данных и иной конфиденциальной информации.

8.3. ГУ ТФОМС РК является администратором АИС. Права Участников на доступ к данным назначаются в соответствии с разделом 2 настоящего Регламента.

8.4. Сведения о планируемой госпитализации содержатся в направлении застрахованных лиц для получения медицинской помощи (далее – Направление). Номер направления уникален в пределах Республики Карелия.

8.5. Направление выдается на основании выбора медицинской организации застрахованным лицом, осуществленного в соответствии со сведениями о наличии свободных мест и сроков ожидания стационарной медицинской помощи по данному профилю (койки). При выдаче направления на госпитализацию в плановом порядке лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с

учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой. На основании указанной информации, застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации для оказания ему специализированной медицинской помощи.

8.6. Оформление направления на госпитализацию осуществляется уполномоченным должностным лицом медицинской организации с учетом сведений о количестве свободных мест для госпитализации в выбранной застрахованным лицом медицинской организации на текущий день и на ближайшие 30 рабочих дней с учетом даты освобождения места.

8.7. В АИС предусмотрено внесение сведений только по лицам, застрахованным на территории Республики Карелия.

8.8. В АИС предусмотрено формирование Направлений на плановую и экстренную госпитализацию при следующих вариантах:

8.8.1. направление на госпитализацию в другую МО, оказывающую медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара;

8.8.2. направление на госпитализацию в другую МО, оказывающую медицинскую помощь в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому;

8.8.3. направление на госпитализацию в данную МО («к себе») в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому;

8.8.4. экстренная госпитализация в условиях круглосуточного стационара при поступлении пациента по скорой медицинской помощи или при условии, что пациент обратился самостоятельно.

8.9. Принимающая МО, при госпитализации пациентов, в поле номер направления файла сведений о госпитализации АИС указывает номер направления, загруженного в АИС направляющей на госпитализацию МО (формируется в медицинской информационной системе медицинской организации или генерируется в АИС при ручном вводе сведений).

8.10. В цепочке файлов «Направление-Госпитализация-Выбытие» по данной госпитализации номер направления должен быть единым.

8.11. Номер направления исходящий (по которому пациент направляется на дальнейшее лечение) и номер направления входящий (по которому принят пациент) на госпитализацию должны совпадать в реестрах счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Реестр счетов) направляющей и принимающей МО соответственно.

8.12. Направляющая МО может вносить данные о направлении на госпитализацию в АИС до даты плановой госпитализации (включительно).

При отсутствии в АИС направления на госпитализацию формирование принимающей МО сведений о госпитализации невозможно.

8.13. Принимающая МО может вносить данные о госпитализации в АИС до даты выбытия (включительно). При отсутствии в АИС сведений о госпитализации формирование сведений о выбытии невозможно.

8.14. В АИС в обязательном порядке вносятся в полном объеме сведения о направлениях на плановую и экстренную госпитализацию.

8.15. В АИС в обязательном порядке вносятся в полном объеме сведения о госпитализациях.

8.16. В АИС в обязательном порядке вносятся в полном объеме сведения о выбытиях пациентов из стационара и дневного стационара.

9. Случаи оказания медицинской помощи, представленные на оплату по обязательному медицинскому страхованию, отклоняются по результатам медико-экономического контроля в случаях:

9.1. отсутствия передаваемого номера направления (входящего и исходящего) из реестров счетов в АИС «ИСЗЛ»;

9.2. несовпадением номера направления (входящего и исходящего) по данным реестров счетов с номером направления в АИС «ИСЗЛ»;

9.3. отсутствия стационарного случая (госпитализации) из реестров счетов в АИС «ИСЗЛ»;

9.4. отсутствия информации на госпитализации о выбытии пациента в АИС «ИСЗЛ» при наличии законченного стационарного случая в реестрах счетов.

## **II. Порядок взаимодействия Участников при информационном сопровождении застрахованных лиц при направлении их на оказание специализированной медицинской помощи.**

10. МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, специализированную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную стационарную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, включенную в базовую программу, ежедневно в режиме онлайн осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе за истекшие сутки:

10.1. о количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие десять рабочих дней (для терапевтических профилей) с указанием планируемой даты освобождения места (Приложение 6 к настоящему Регламенту);

10.2. о застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее - талон на оказание ВМП) в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе МО, направивших застрахованное лицо на госпитализацию) в установленном формате передаваемых сведений (Приложение 2 к настоящему Регламенту);

10.3. о застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке в установленном формате передаваемых сведений (Приложение 3 к настоящему Регламенту);

10.4. о выбывших застрахованных лицах, госпитализированных в плановом и экстренном порядке в установленном формате передаваемых сведений (Приложение 5 к настоящему Регламенту);

10.5. о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний (об аннулировании направлений на госпитализацию в установленном формате передаваемых сведений (Приложение 4 к настоящему Регламенту));

10.6 о застрахованных лицах, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации (Приложение 1 к настоящему Регламенту);

10.7. о застрахованных лицах, получивших направление на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение 9 к настоящему Регламенту);

10.8. о застрахованных лицах, получивших направление в медицинскую организацию за пределы Республики Карелия на госпитализацию в разрезе профилей (отделений), включая дату госпитализации; на амбулаторную консультацию в разрезе специальностей медицинской помощи, включая дату консультации:

- с 01.11.2023 г. в ручном режиме в АИС «ИСЗЛ»,

- с 01.12.2023 г. в режиме онлайн (Приложение 1 к настоящему Регламенту).

11. МО, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, включенную в базовую программу, после получения сведений, содержащих рекомендации медицинских работников федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь (далее - национальные медицинские исследовательские центры) по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении

консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, не позднее одного рабочего дня с даты получения данных сведений:

11.1. направляет информацию о проведенных телемедицинских консультациях непосредственно в СМО по защищенному каналу связи в формате Excel (Приложение 7 к настоящему Регламенту). СМО осуществляет мониторинг случаев рекомендаций НМИЦ и проведение очной экспертизы в сроки установленные действующим законодательством;

11.2. вносит в ручном режиме в информационный ресурс информацию о застрахованных лицах, в отношении которых получены указанные рекомендации;

11.3. включает в реестры счетов случаи медицинской помощи с проведением консультаций/консилиумов работников НМИЦ с обязательным заполнением полей реестров счетов согласно Приложению № 4 «Реестры основные» Соглашения по формированию реестров счетов, а именно:

11.3.1. в случае получения рекомендаций медицинских работников федеральных государственных бюджетных учреждений (НМИЦ) (перечень утв. Приказом МЗ РФ от 11.09.2017 № 622 «О сети национальных медицинских исследовательских центров») медицинскими организациями Республики Карелия поле «VIDPOM» заполняется кодами 13, 14, 23, 33 (в зависимости от вида медицинской помощи) на основании данных медицинских карт стационарного больного (учетная форма 003/у);

11.3.2. кроме того, обязательно заполнение поля KR\_CODE следующими значениями:

- для МО Республики Карелия (кроме ГБУЗ РК «РБ», ГБУЗ РК «ДРБ», ГБУЗ РК «РПЦ», ГБУЗ РК «РОД») кодировки 38-41 (Республиканского справочника 43 «РК 43 Справочник региональных критериев») в зависимости от МО 3го уровня, к которой МО РК обратилась для подачи заявки на получение рекомендаций НМИЦ.

- для МО ГБУЗ РК «РБ», ГБУЗ РК «ДРБ», ГБУЗ РК «РПЦ», ГБУЗ РК «РОД» - код 18 (из Республиканского справочника 43 «РК 43 Справочник региональных критериев»).

12. МО средствами информационного ресурса ГУ ТФОМС РК получают из АИС сведения:

12.1. о застрахованных лицах, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации;

12.2. о застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);



12.3 о застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

12.4 об аннулировании направлений на госпитализацию;

12.5. о выбывших пациентах;

12.6. о количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения мест.

12.7. в онлайн режиме о результатах обработки АИС полученных от МО сведений в установленном формате (Приложение 8 к настоящему Регламенту).

13. СМО в информационном ресурсе ГУ ТФОМС РК получают сведения в разрезе МО:

13.1. о застрахованных лицах, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации;

13.2. о застрахованных лицах, госпитализированных, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи по направлениям в плановом порядке (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

13.3. о застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

13.4. об аннулировании направлений на госпитализацию;

13.5. о выбывших пациентах;

13.6. о количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих (для терапевтических профилей) дней с учетом планируемой даты освобождения места.

13.7. о застрахованных лицах, получивших направление на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

14. СМО осуществляет контроль сроков и правильности направлений застрахованных лиц на госпитализацию в профильные медицинские организации.

15. При выявлении случаев нарушений, в том числе соблюдения сроков госпитализации, профиля госпитализации и уровня МО СМО информирует руководителя медицинской организации и Министерство здравоохранения Республики Карелия о фактах непрофильной госпитализации и при необходимости принимает меры по переводу пациента в другую медицинскую

организацию соответствующего профиля и имеющую оснащение в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

16. СМО ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую медицинскую организацию, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

16.1 о застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке и выписанных по итогам экстренных госпитализаций и выписанных по итогам экстренных госпитализаций;

16.2 о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

16.3. СМО ежедневно по состоянию на 09.00 часов местного времени по каждой медицинской организации, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказывающей первичную медико-санитарную помощь о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

17. СМО ежедневно осуществляют мониторинги:

17.1. соблюдения сроков ожидания плановой госпитализации;

17.2. сведений об отказах в госпитализации застрахованным лицам на территории Республики Карелия.

18. Страховые представители 2 уровня СМО по результатам мониторинга осуществляют анализ данных и устраняют нарушения очередности и доступности медицинской помощи, в том числе непрофильности госпитализаций, а именно:

18.1. в случае выявления нарушений сроков госпитализации, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия:

18.1.1. связываются с застрахованным лицом;

18.1.2. уточняют причины нарушения сроков ожидания;

18.1.3. информируют о возможности направления застрахованного лица в другие медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, с учетом выбора застрахованным лицом медицинской организации;

19. Страховые представители 3 уровня:

19.1. ежемесячно, в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным на основе сведений в АИС и данных реестров счетов на оплату медицинской

помощи осуществляют отбор случаев оказания медицинской помощи и организует проведение МЭЭ и ЭКМП (выборке подлежат как случаи амбулаторно-поликлинического лечения (направляющей МО), так и стационарного лечения (принимающей МО) по случаям:

19.1.1 нарушение сроков плановой госпитализации;

19.1.2. с несостоявшейся госпитализацией из-за отсутствия медицинских показаний;

19.2. осуществляют анализ причин отказов в госпитализации застрахованным лицам на территории Республики Карелия, нарушение сроков госпитализации и информируют руководителя МО и ГУ ТФОМС РК о фактах выявленных нарушений для принятия необходимых мер.

19.3. предоставляют информацию о результатах информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи для рассмотрения на заседаниях Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Карелия.

20. СМО ежегодно осуществляет сверку сведений, представленных в разделе Паспорт МО АИС, с лицензиями МО и информацией, указанной на сайтах МО, и обеспечивают взаимодействие с МО по актуализации сведений.

21. СМО осуществляет контроль выполнения МО рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

22. Страховой представитель в течение двух рабочих дней после размещения медицинской организацией на информационном ресурсе ГУ ТФОМС РК или предоставлении по защищенному каналу связи сведений о получении рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, обеспечивает проведение очной медико-экономической экспертизы в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

23. Экспертиза качества медицинской помощи по случаям оказания застрахованным лицам медицинской помощи с применением рекомендаций, полученных в ходе телемедицинских консультаций/консилиумов, проводится СМО.

24. ГУ ТФОМС РК:

24.1. обеспечивает функционирование АИС;

24.2. определяет доступ к обрабатываемым сведениям для Участников, при этом:

24.2.1. предоставляемые сведения для СМО определяются списочным составом застрахованных лиц по текущему состоянию регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц на момент предоставления доступа;

24.2.2. предоставляемые сведения для МО определяются для госпитализаций по направлениям - по выдавшей направление медицинской организации;

24.3. координацию деятельности СМО по информационному сопровождению застрахованных лиц.

24.4. ежеквартально консолидирует, проводит анализ информации, полученной из информационного ресурса и направляет ее в Министерство здравоохранения Республики Карелия и на рассмотрение на заседаниях Координационного совета по защите прав и интересов застрахованных лиц для принятия необходимых решений.

24.5. ежегодно, в рамках комплексных проверок деятельности СМО, осуществляет контроль исполнения СМО мероприятий по информационному сопровождению застрахованных лиц при прохождении ими профилактических мероприятий.

24.6. направляет в режиме онлайн в МО Протоколы автоматизированной обработки полученных от МО сведений средствами информационного ресурса ГУ ТФОМС РК в установленном формате (Приложение 8 к настоящему Регламенту).

### **III. Правила передачи сведений при информационном взаимодействии между медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и ГУ ТФОМС РК**

#### **1. Параметры передаваемого пакета**

<b>Имя параметра</b>	<b>Описание</b>	<b>Примечание</b>
<b>app_id:</b>	Имя сервера	Имя сервера передающего пакет
<b>user_id</b>	Имя пользователя	
<b>type:</b>	Тип пакета	HOSPITALISATION_REFERRAL (направление на госпитализацию) PLAN_HOSPITALISATION



Имя параметра	Описание	Примечание
		(сведения о плановой госпитализации) EXTR_HOSPITALISATION (сведения об экстренной госпитализации) CANCEL_HOSPITALISATION_REFERRAL (аннулирование направлений) MOTION_IN_HOSPITAL (выбытие пациента) FREE_BEDS_INFORMATION (сведения о свободных местах) HTMC_REFERRAL (данные о застрахованных лицах, получивших направление на высокотехнологичную медицинскую помощь)
<b>message_id:</b>	Идентификатор пакета	
<b>content_encoding</b>	Кодировка	utf-8
<b>content_type:</b>	Тип контента	Xml

## 2. Особенности формирования файла

1. Наименования элементов должны соответствовать структурам файла – Приложения 1-9 к настоящему Регламенту.
2. Пустые элементы (теги) в файл не включаются.
3. В файле передается одна запись по конкретному виду сведений
4. Возможны 3 типа операций с данными:
  - добавление сведений (Insert),
  - исправление сведений (Update),
  - удаление сведений (Delete).

## 3. Значения полей

3.1 В столбце «Обяз» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, а также М. Символы имеют следующий смысл:

- 1) О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
- 2) Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
- 3) У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
- 4) М – реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

3.2 В столбце «Формат» для каждого элемента указывается – символ формата. Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

Char – <текст>;

Num – <число>;

Date – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

Guid – <идентификатор>;

DateTime – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД ЧЧ:ММ:СС;

S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно;

3.2.1. В столбце «Размер» – максимальная длина элемента. Разделитель целой и дробной части для чисел - точка.

3.2.2. В столбце «Наименование» указывается наименование элемента.

3.3. Особенности кодирования некоторых символов в файлах формата XML:

Символ	Способ кодирования
двойная кавычка (")	&quot;;
одинарная кавычка (')	&apos;;
левая угловая скобка (<)	&lt;;
правая угловая скобка (>)	&gt;;
амперсant (&)	&amp;;

3.4 Для обмена информацией используется кодировка utf-8.

Приложение 1  
к Регламенту взаимодействия  
участников обязательного  
медицинского страхования  
Республики Карелия при  
информационном сопровождении  
застрахованных лиц при оказании им  
специализированной медицинской  
помощи

## Направление на госпитализацию

Код элемента	Содержание элемента	Формат	Размер	Обяз	Наименование	Правила заполнения
<b>Объявление XML</b>						
	HOSPITALISATION_REFERRAL	S		O	Направление на госпитализацию	
<b>Корневой элемент</b>						
	ZGLV	S		O	Заголовок	
	ZAP	S		O	Основная часть	
<b>Заголовок</b>						
	DATA	Date		O	Текущая дата	
	TYPE	Char	6	O	Тип операции	Заполняется одним из следующих значений: <b>Insert</b> – добавление сведений, <b>Update</b> – исправление сведений, <b>Delete</b> – удаление сведений
	ID	Guid		O	Идентификатор объекта в базе отправителя	
<b>Основная часть</b>						
	NOM_NAP	Num	16	O	Номер направления	Уникален в пределах субъекта Российской Федерации
	DTA_NAP	Date		O	Дата направления	Дата выдачи направления
	FRM_MP	Num	1	O	Форма оказания МП	1 – плановая, 2 – неотложная, 3 – экстренная
	MCOD_NAP	Num	6	O	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	из классификатора F032
	MPODR_NAP	Char	2	Y	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Справочник РК37. Указывается при наличии подразделений
	MCOD_STC	Num	6	O	Реестровый номер медицинской организации, куда направлен пациент	из классификатора F032
	MPODR_STC	Char	2	Y	Код подразделения медицинской организации, куда направлен пациент	Справочник РК37. Указывается при наличии подразделений. Поле остается пустым в случае направления в МО за пределы территории РК

Код элемента	Содержание элемента	Формат	Размер	Обяз	Наименование	Правила заполнения
	USL_OK	Num	1	O	Условия оказания мед. помощи	из классификатора V006
	VPOLIS	Num	1	O	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	F008 Классификатор типов документов, подтверждающих факт страхования по ОМС. (1 – полис старого образца 2 – временное свидетельство 3 – полис единого образца)
	SPOLIS	Char	10	Y	Серия полиса обязательного медицинского страхования старого образца	Указывается для полисов старого образца при наличии (если VPOLIS = 1).
	NPOLIS	Char	20	O	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	Указывается, одно из: - 4-6 знаков полиса старого образца - 9 знаков ВС слитно - 16 знаков полиса единого образца
	SMO_CODE	Char	5	O	Код СМО	Код СМО из федерального реестра СМО, для неизвестных СМО - 00000
	ST_OKATO	Char	5	O	Субъект Российской Федерации, в котором застрахован гражданин	Указывается согласно предъявленному полису
	FAM	Char	40	O	Фамилия	
	IM	Char	40	O	Имя	
	OT	Char	40	Y	Отчество	Указывается при наличии
	W	Num	1	O	Пол	Справочник V005
	DR	Date		O	Дата рождения в виде ГГГГ-ММ-ДД	
	TLF	Char	36	O	Контакт	Номер телефона («тире-прочерк» при отсутствии) застрахованного лица
	DS	Char	10	O	Код диагноза по МКБ	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики
	KOD_PFO	Num	3	O	Код отделения (профиль)	Справочник V002
	KOD_PFK	Num	3	O	Профиль койки	Справочник V020
	KOD_DCT	Char	14	O	СНИЛС медицинского работника, направившего больного	
	DTA_PLN	Date		O	Плановая дата госпитализации	

Перечень контролей при загрузке файла в АИС «ИСЗЛ»:

- 1) Проверка заполнения обязательных полей.
- 2) Идентификация ЗЛ (Застрахованный не найден ни по ФИО и ДР, ни по номеру и серии полиса, Застрахованный умер, Застрахован вне территории РК)
- 3) Проверка по Паспорту МО (Найдено больше одного подразделения с кодом: ХХ. Для МО: ХХХХХХ, Не найдено подразделения с кодом: ХХ для МО: ХХХХХХ, Не найдено отделения (код: ХХХ) с профилем койки (код: ХХХ). Для МО: ХХХХХХ)
- 4) Проверка на дубли
- 5) Проверка на наличие изменяемой информации (Запись не найдена в ранее загруженных списках)