|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1  к Регламенту взаимодействия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кировской области, Кировского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования, министерства здравоохранения Кировской области при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на этапе диспансерного наблюдения, утвержденному приказом министра здравоохранения Кировской области и Кировского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования от 20.02.2019  № 14/178 (с изменениями от 12.03.2020  № 15/293, от 06.10.2020 № 68/1005,  от 25.02.2021 № 13/188, от 04.07.2022 № 72/599,  от 14.12.2022 № 131/1097, от 24.03.2023  № 31/229) |

**Информационное взаимодействие участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе осуществления диспансерного наблюдения**

Сервис функционирует внутри защищённой ViPNet-сети №650

Для получения возможности использовать сервис необходима авторизация по логину и паролю.

Аутентификация должна быть организована по методу Basic access authentication

В каждом запросе отправляется заголовок с хешированной комбинацией login:pass

Например: Authorization: Basic QWxhZGRpbjpvcGVuIHNlc2FtZQ==

**Актуализация сведений о лицах, прошедших и подлежащих диспансерному наблюдению (МО в Фонд)**

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Обяз.** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zap | kod | O | N(6) | Код записи | уникально идентифицирует запись |
|  | kodmo | О | N(6) | Реестровый номер медицинской организации в едином реестре МО (код МО прикрепления застрахованного или МО обслуживания, если первый символ кода основного диагноза – «С» или «D») | Заполняется в соответствии со справочником F003 |
|  | tipdpfs | О | N(1) | Тип ДПФС  ДПФС – документ, подтверждающий факт страхования по ОМС (полис ОМС или временное свидетельство) | 1 – полис ОМС старого образца;  2 – временное свидетельство;  3 –полис ОМС ЕО; |
|  | sdpfs | У | N(6) | Серия ДПФС |  |
|  | ndpfs | О | N(16) | Номер ДПФС |  |
|  | fam | О | T(40) | Фамилия застрахованного |  |
|  | im | О | T(40) | Имя застрахованного |  |
|  | ot | У | T(40) | Отчество застрахованного |  |
|  | pol | О | N(1) | Пол застрахованного | 1 – мужской;  2 – женский |
|  | drojd | О | D | Дата рождения застрахованного | ГГГГ-ММ-ДД |
|  | ds | О | T(10) | Диагноз заболевания, по которому застрахованный наблюдается |  |
|  | dvdn | О | D | Дата взятия на диспансерное наблюдение | ГГГГ-ММ-ДД |
|  | zandoljn | O | N(8) | Регистрационный код медицинского работника, осуществившего текущее диспансерное наблюдение и планирующего следующее диспансерное наблюдение | Территориальный справочник ZanDoljn.RegKod |
|  | date\_plan | О | D | Дата, на которую было запланировано текущее посещение | ГГГГ-ММ-ДД |
|  | date\_fakt | О | D | Дата текущего посещения | ГГГГ-ММ-ДД |
|  | result | О | N(1) | Результат диспансерного приёма | 1 – направление на консультацию;  2 – первичное взятие под диспансерное наблюдение;  3 – дальнейшее диспансерное наблюдение;  4 – снятие с диспансерного учёта. |
|  | kons\_mo | У | N(6) | Реестровый номер медицинской организации в едином реестре МО, в которую направлен застрахованный на консультацию | Заполняется в соответствии со справочником F003  Обязательно для заполнения при result = 1 |
|  | date\_next | У | D | Планируемая дата следующего посещения | ГГГГ-ММ-ДД  (На указанную дату застрахованный будет приглашён СМО)  Обязательно, если result не равен 4 |
|  | mestodsp | У | N(1) | Место проведения следующего диспансерного приёма | 1 – амбулаторно-поликлиническое подразделение;  2 - на дому;  Обязательно, если result не равен 4 |
|  | mo\_next | О | N(6) | Реестровый номер медицинской организации в едином реестре МО, в которой будет проведен следующий диспансерный приём | Заполняется в соответствии со справочником F003 |
|  | adres | У | T(1000) | Адрес места пребывания застрахованного | Обязательно, если не заполнены telefon и email |
|  | telefon | У | T(10) | Телефон застрахованного | 9999999999 (Пример:  8332381169, 9127777777)  Обязательно, если не заполнены adres и email |
|  | email | У | T(100) | e-mail застрахованного | Обязательно, если не заполнены adres и telefon |
|  | periodich | О | N(2) | Периодичность диспансерного осмотра | Кратность – месяц;  0, если result равен 4 |

**Сведения об информировании лиц, подлежащих диспансерному наблюдению (СМО в Фонд)**

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Обяз.** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zap | kod | O | N(6) | Код записи | уникально идентифицирует запись |
|  | kodmo | О | N(6) | Реестровый номер медицинской организации в едином реестре МО (код МО прикрепления застрахованного или МО обслуживания, если первый символ кода основного диагноза – «С» или «D») | Заполняется в соответствии со справочником F003 |
|  | id | О | T(10) | Идентификатор застрахованного |  |
|  | date\_plan | О | D | Дата посещения, запланированного медицинским работником | ГГГГ-ММ-ДД |
|  | ds | О | T(10) | Диагноз заболевания, по которому застрахованный наблюдается |  |
|  | inf | УМ | SM | Информирование застрахованного |  |
| **Информирование застрахованного** | | | | | |
| inf | sp | О | integer | Способ информирования | 1 - SMS рассылка;  2 - электронная почта;  3 - телефонный обзвон;  4 - почтовые рассылки;  5 -иные способы индивидуального информирования (в т.ч. лично);  6 - системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);  7 - адресный обход. |
|  | type | O | integer | Тип информирования | 1 – первичное  2 – повторное |
|  | date | О | date | Дата информирования | В формате ГГГГ-ММ-ДД |

**Протокола автоматической обработки полученных от медицинских организаций сведений**

| **№** | **Имя столбца в файле выгрузки** | **Назначение атрибута** | **Обяз.** | **Длина** | **Требования к формату и дополнительной обработке** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | kod | Порядковый номер записи | O | N(6) |  |
|  | result | Результат обработки | O | N(2) | 1 – запись зарегистрирована;  2 – пациент не идентифицирован;  5 – врач не в справочнике МО;  6 – дубль;  7 – не заполнены обязательные поля;  8 – пациент не застрахован по ОМС на территории Кировской области;  9 – пациент погашен по смерти;  10 – не соответствует планируемая дата посещения;  11 – пациент отсутствует в списке запланированных;  12 – значение элемента не соответствует типу и длине |

**Сведения о прикреплённых застрахованных лицах, дополнительно подлежащих включению в списки, подлежащих диспансерному наблюдению (СМО в МО)**

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

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата zip. Имя файла формируется по следующему принципу:

DNPiNiPpNp\_YYMM\_N.xml, где

* DN– константа, обозначающая передаваемые данные.
* Pi – параметр, определяющий организацию-источник:
  + S – СМО.
* Ni – номер источника (реестровый номер СМО).
* Pp – параметр, определяющий организацию – получателя:
  + М – МО;
* Np – номер получателя (реестровый номер МО).
* YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.
* MM – порядковый номер месяца отчетного периода:
* N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

| **Код элемента** | **Содержание элемента** | **Обяз.** | **Формат** | **Наименование** | **Дополнительная информация** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dnz\_prikr | zglv | О | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
|  | zap | О | SM | Записи | Записи о прикреплении |
| **Заголовок файла** | | | | | |
| zglv | version | О | Т(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
|  | date | О | D | Дата | Дата формирования файла |
|  | filename | О | Т(26) | Имя файла | Имя файла без расширения |
|  | kodmo | О | N(6) | Реестровый номер медицинской организации в едином реестре МО, к которой прикреплён застрахованный | Заполняется в соответствии со справочником F003 |
|  | god | О | N(4) | Год отчётного периода |  |
|  | mes | О | N(2) | Месяц отчётного периода |  |
| **Записи** | | | | | |
| zap | kod | O | N(6) | Код записи | уникально идентифицирует запись |
|  | tipdpfs | О | N(1) | Тип ДПФС  ДПФС – документ, подтверждающий факт страхования по ОМС (полис ОМС или временное свидетельство) | 1 – полис ОМС старого образца;  2 – временное свидетельство;  3 –полис ОМС ЕО; |
|  | sdpfs | У | N(6) | Серия ДПФС |  |
|  | ndpfs | О | N(16) | Номер ДПФС |  |
|  | fam | О | T(40) | Фамилия застрахованного |  |
|  | im | О | T(40) | Имя застрахованного |  |
|  | ot | У | T(40) | Отчество застрахованного |  |
|  | pol | О | N(1) | Пол застрахованного | 1 – мужской;  2 – женский |
|  | drojd | О | D | Дата рождения застрахованного | ГГГГ-ММ-ДД |
|  | snils | У | Т(14) | СНИЛС пациента или представителя | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии |
|  | adresreg | O | T(400) | Адрес регистрации | Текст через «,» (запятая) |
|  | adresfakt | O | T(400) | Адрес фактического места пребывания | Текст через «,» (запятая) |
|  | adresschet | У | T(400) | Адрес места жительства из счета за оказанную медицинскую помощь | При наличии сведений (текст через «,» (запятая)) |
|  | code\_mo | О | N(6) | Реестровый номер медицинской организации, в которой была оказана медицинская помощь | Заполняется в соответствии со справочником (F003) |
|  | dkon | O | D | Дата окончания лечения | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат).  Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар», «Скорая медицинс-кая помощь» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
|  | ds | O | T(10) | Диагноз, с которым застрахованный подлежит диспансерному наблюдению | Код из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики, если она предусмотрена МКБ-10 |