

Приложение № 2  
к приказу территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Архангельской области

от 30.10.2019 № 552-О

## **Регламент формирования регистра прикрепившегося населения**

### **Общие положения**

Регламент формирования регистра прикрепившегося населения (далее - Регламент) разработан с целью упорядочения информационного обмена при формировании регистра прикрепившегося населения.

Регистр прикрепившегося населения (далее - **Регистр**) представляет собой набор сведений о выборе лицами, застрахованными на территории Архангельской области медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь застрахованным лицам.

Регистр формируется с целью реализации «Порядка оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях», являющегося Приложением № 1 к Тарифному соглашению (далее – Порядок подушевого финансирования). Положения настоящего Регламента, а также сведения о застрахованных лицах в Регистре (либо отсутствие таких сведений) не определяют вопросов получения медицинской помощи и реализации права выбора медицинской организации застрахованными лицами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и иными нормативными документами.

Регистр формируется на основании сведений, представляемых медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании. Каждая медицинская организация ведет свой сегмент Регистра. В сегмент Регистра медицинской организации входят лица, застрахованные на территории Архангельской области в соответствии с возрастными ограничениями по прикреплению к определенной медицинской организации.

### **Порядок применения форматов**

#### **Таблица 1. Структура информационных файлов**

С **01.11.2019** вводится в действие формат версии 1.3, описанный в Таблица 1. Структура информационных файлов настоящей редакции Регламента. Формат версии 1.2, установленный в предыдущей редакции Регламента, действует до 01.12.2019. Таким образом, в течение ноября 2019 года действуют форматы версий 1.2 и 1.3, при этом формат версии 1.3 является

предпочтительным. Выгрузка сегментов [Регистра](#) на 01.11.2019 производится в формате версии 1.2, на 01.12.2019 – в формате версии 1.3.

С 01.12.2019 прием [Заявок](#) в версии формата 1.2 прекращается.

### **Участники информационного обмена и их роли при формировании Регистра**

**Медицинские организации (МО)** - являются источником сведений о фактическом выборе застрахованным лицом медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи. В медицинской организации ведется сегмент Регистра медицинской организации.

Медицинская организация формирует свой сегмент [Регистра](#) на основании заявлений застрахованных лиц о выборе медицинской организации и врача, в соответствии с ч. 1 и 2 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Минздравсоцразвития России 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», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» (далее - Приказы). На медицинские организации возлагается ответственность за полноту и достоверность информации, включаемый в сегмент Регистра медицинской организации.

**Страховые медицинские организации (СМО)** - осуществляют финансирование амбулаторной медицинской помощи в соответствии с Порядком подушевого финансирования и сведениями из сегмента Регистра страховой медицинской организации. Страховые медицинские организации получают сегменты Регистра из территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области.

**Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области** (далее - ТФОМС АО) - является организацией, осуществляющей организационно-методическую роль при формировании Регистра, а также вспомогательную роль для организации информационного обмена с целью формирования Регистра между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями. Для исполнения данной роли ТФОМС АО осуществляет прием информации от медицинских организаций, ее проверку на соответствие формата переданной информации формату, установленному настоящим Регламентом, сверку информации с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц и

Федеральным регистром медицинского персонала, формирование Регистра, передачу сегментов Регистра в соответствующую страховую медицинскую организацию.

### **Термины и определения**

**Единый Информационный Ресурс ТФОМС АО (ЕИР ТФОМС АО, ЕИР)** – информационный ресурс, разрабатываемый и поддерживаемый ТФОМС АО, функционирующий исключительно в защищённой среде ViPNet, обеспечивающий информационное сопровождение застрахованных лиц в части направлений на госпитализацию в круглосуточные и дневные стационары, прохождения диспансеризации, [ведения регистра медицинских работников](#), собирающий и предоставляющий сведения в соответствии с ролями для всех участников информационного взаимодействия.

**Единый Номер Полиса (ЕНП)** – единый номер застрахованного по ОМС лица, определённый положениями Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». ЕНП создаётся с помощью специального алгоритма, предусматривающего проверку ЕНП на корректность (по контрольному числу).

**Застрахованное лицо** - в контексте настоящего Регламента, физическое лицо, застрахованное в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), подавшее заявление о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в соответствии с Приказами, и для этого физического лица в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц в ТФОМС АО или в центральном сегменте единого регистра застрахованных лиц найдена действующая страховая принадлежность.

**Заявка** - сформированная в соответствии с форматом, определённым в Приложении настоящего Регламента, электронная запись, содержащая информацию для включения в сегмент Регистра медицинской организации (далее - Заявка). Заявка формируется медицинской организацией на основании заявления гражданина о выборе медицинской организации в соответствии с Приказами.

**Пакет заявок** – совокупность Заявок о выборе застрахованными лицами медицинской организации, объединённых в логическую структуру в соответствии с форматом, описанным в Приложении настоящего Регламента. Пакет заявок содержит как минимум одну Заявку. Заявок может быть несколько. Общее количество Заявок в пакете заявок не ограничено.

**Порядок информационного обмена** - порядок и формат передачи информации Регистра от медицинских организаций в ТФОМС АО, из ТФОМС АО в медицинские организации и страховые медицинские организации.

Информационный обмен определяет также состав и правила проверок информации на корректность формата, заполнения, непротиворечивость информации.

**Прикрепление** - в контексте настоящего Регламента, выбор застрахованным лицом медицинской организации и медицинского работника для получения первичной медико-санитарной помощи в соответствии с Приказами.

**Регистр** - совокупность данных, собранных в формате, определенном в Приложении настоящего Регламента о лицах, застрахованных на территории Архангельской области и выбранной данными лицами страховой медицинской организации, а также о лицах, застрахованных на территориях других субъектов Российской Федерации. Регистр подразделяется на **сегменты Регистра медицинских организаций** (содержит сведения о прикрепившихся застрахованных лицах, выбравших данную медицинскую организацию), **сегменты Регистра страховых медицинских организаций** (содержит сведения о лицах, застрахованных в данной страховой медицинской организации), **региональный Регистр** (содержит сведения обо всех застрахованных лицах на территории Архангельской области, а также о лицах, застрахованных на территориях других субъектов Российской Федерации с указанием выбранных этими лицами медицинских организаций, интегрируется с региональным и центральным сегментами единого регистра застрахованных лиц), **Регистра медицинских работников**.

**Регистр медицинских работников (РМР)** - содержит сведения о врачах (врач-терапевт, врач-педиатр, врач общей практики) и среднем медицинском персонале (фельдшер, акушерка), работающих в медицинских организациях Архангельской области и к которым производится прикрепление застрахованных лиц в выбранной данными лицами медицинской организации.

**Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (РС ЕРЗ)** – ведётся территориальным фондом обязательного медицинского страхования, содержит сведения о лицах, застрахованных по ОМС на территории Архангельской области. Синхронизируется с центральным сегментом единого регистра застрахованных лиц (ЦС ЕРЗ).

**Сайт обратной связи ТФОМС АО** – специальный сервер по адресу <https://support.arhofoms.ru>, доступный в сети Интернет. Основное назначение сайта обратной связи – информирование специалистов ТФОМС АО об обнаруженных ошибках в сервисах ТФОМС АО в ходе осуществления информационного взаимодействия (обратная связь). Сайт обратной связи после проведения процедуры регистрации, выполняемой пользователем самостоятельно, позволяет создавать запросы (задачи) для их комментирования и решения работниками ТФОМС АО или другими пользователями. Размещение персональных данных застрахованных лиц на

сайте обратной связи **категорически запрещено**. Сайт обратной связи **не гарантирует** оказание технической и/или консультационной поддержки участникам информационного взаимодействия в части регламентного формирования реестров счетов, выбора и применения услуг и тарифов, определения страховой принадлежности, настройки медицинских информационных систем, эксплуатации веб-ресурсов и веб-сервисов ТФОМС АО. Сайт обратной связи также не гарантирует срочных ответов на запросы участников информационного взаимодействия, ответы сотрудников ТФОМС АО публикуются на сайте обратной связи по мере возможности.

**Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)** – идентификатор, присваиваемый Пенсионным Фондом Российской Федерации большинству граждан Российской Федерации и используемый для идентификации граждан во многих государственных информационных системах. СНИЛС создаётся с помощью специального алгоритма, предусматривающего проверку СНИЛС на корректность (по контрольному числу).

**Средства криптографической защиты информации (СКЗИ)** - программно-аппаратные средства, осуществляющие криптографическое преобразование (шифрование) информации для обеспечения её конфиденциальности и целостности.

**Форматно-логический контроль (ФЛК)** - проверка информации на соответствие формату, установленному настоящим Регламентом, а также на корректность информации в полях данных.

**Федеральный регистр медицинских работников (ФРМР), федеральный регистр медицинских и фармацевтических работников** – ведётся Министерством здравоохранения Российской Федерации, <http://ms.rosminzdrav.ru/>

**Центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц (ЦС ЕРЗ)** – ведётся Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, содержит сведения о лицах, застрахованных по ОМС на всей территории Российской Федерации.

**Электронная подпись (ЭП)** - информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию.

### **Порядок формирования Регистра**

Основой для формирования и дальнейшей актуализации Регистра является [Регистр](#), сформированный на 01 марта 2013 года. В дальнейшем



Регистр формируется на основании изменений, произошедших в сегментах Регистра медицинских организаций, начиная с указанной выше даты.

С целью устранения выявленных неточностей в первичной информации (в сегментах Регистра медицинских организаций) [ТФОМС АО](#) может инициировать полный сбор информации [Регистра](#) и формирование нового Регистра, который будет являться основой для дальнейшего формирования и актуализации Регистра. О полном сборе информации Регистра [ТФОМС АО](#) информирует всех участников информационного обмена официальным письмом, распространяемым стандартно и/или через электронные каналы связи (официальный сайт ТФОМС АО или рассылка по защищённой сети ViPNet.).

Актуализация сведений в Регистре происходит как со стороны сегмента Регистра медицинской организации, так и со стороны Регистра.

В случае актуализации со стороны **сегмента Регистра** медицинской организации сведения актуализируются на момент выбора гражданином [медицинской организации](#) и врача (при необходимости дополнительно фельдшера), на основании чего медицинская организация формирует Заявку в ТФОМС АО. После получения положительного ответа на Заявку от ТФОМС АО, медицинская организация производит включение застрахованного лица в сегмент Регистра медицинской организации. Одновременно ТФОМС АО регистрирует статус прикрепления застрахованного лица в Регистре. Появление новых застрахованных лиц в сегменте Регистра медицинской организации возможно только на основании заявления застрахованного лица о выборе медицинской организации, в соответствии с Приказами.

В случае актуализации со стороны Регистра, возможны две ситуации:

1. Сведения актуализируются путем **исключения** застрахованных лиц из регионального Регистра, производимого ТФОМС АО на основании сведений, полученных из [РС ЕРЗ](#) и/или [ЦС ЕРЗ](#), а также при получении извещения от медицинских организаций в случае выбора застрахованным лицом медицинской организации на территории другого субъекта Российской Федерации. В этом случае застрахованное лицо исключается также из сегмента Регистра медицинской организации и из сегмента Регистра страховой медицинской организации.

2. Сведения актуализируются путем **включения** застрахованных лиц в региональный Регистр, производимого ТФОМС АО на основании сведений, полученных из РС ЕРЗ и/или ЦС ЕРЗ. В этом случае застрахованное лицо включается также в сегмент Регистра медицинской организации **по территориально-участковому принципу** на основании адреса регистрации или пребывания застрахованного лица и в сегмент Регистра страховой медицинской организации. При этом застрахованное лицо, впервые включённое в сегмент Регистра медицинской организации, не имеет

прикрепления врачу. **Медицинская организация**, получив актуализированный сегмент Регистра, **обязана осуществить прикрепление застрахованного лица к врачу (при необходимости дополнительно к фельдшеру)**, сформировав соответствующую Заявку в ТФОМС АО (V\_PR=3).

Актуализированные сегменты **Регистра** для **медицинских организаций** и **страховых медицинских организаций ТФОМС АО** формирует и передает ежемесячно, по состоянию на 1 число каждого месяца.

### **Порядок предоставления Заявок (пакетов заявок) медицинскими организациями**

#### **1. Подготовка Заявок.**

При обращении застрахованного лица в медицинскую организацию с заявлением о выборе данной медицинской организации, а также врача (при необходимости дополнительно фельдшера) медицинская организация формирует **Заявку** на включение гражданина в сегмент Регистра медицинской организации в формате Приложения настоящего Регламента. Заявка формируется также при смене врача (или фельдшера) в пределах одной медицинской организации. **С 01.11.2019 (версия формата 1.3) Заявка также может содержать информацию о прикреплении / смене прикрепления к фельдшерско-акушерскому пункту или откреплении от фельдшерско-акушерского пункта в пределах одной медицинской организации.** Заявки объединяются в **пакет заявок**. В пакет заявок может войти как единственная Заявка, так и все Заявки, сформированные в течение рабочего дня медицинской организации. Все Заявки, сформированные медицинской организацией на основании заявлений застрахованных лиц, должны быть отправлены в ТФОМС АО не позднее рабочего дня, следующего за днем принятия решения о прикреплении застрахованного лица. Количество пакетов заявок, направляемых медицинской организацией в течение одного дня в ТФОМС АО, не ограничено. Не допускается включение одной и той же Заявки в несколько пакетов заявок, кроме случаев корректировки ошибок, если наличие ошибок сделало невозможным включение Заявки в сегмент Регистра медицинской организации.

#### **2. Отправка Заявок.**

Медицинские работники **(включая фельдшеров)**, которые указаны в заявках на прикрепление, должны быть внесены в **Регистр медицинских работников** до отправки заявок в ТФОМС АО. Пакеты заявок в виде файлов направляются в ТФОМС АО по защищенной сети в VipNet. Формат, тип и имена файлов должны соответствовать Приложению Регламента. Порядок действий при отправке пакета заявок:

– Создать файл, включив в него пакет заявок, подготовленных для отправки.

- Сжать файл архиватором в формат ZIP. При этом расширение файла сменить на «.ZIP».
- Сжатый файл подписать электронной подписью (ЭП) и зашифровать с применением СКЗИ ViPNet.
- Создать электронное письмо для отправки посредством приложения «Деловая почта» СКЗИ ViPNet.
- В теме письма указать имя пакета (имя файла с расширением). Тело письма должно быть пустым.
- Вложить в письмо соответствующий файл (тема письма и имя вложенного файла с расширением должны совпадать). Письмо должно содержать только один пакет заявок (файл).
- Отправить письмо с вложенным файлом.

Письма с пакетами заявок направляются на адрес «29(АрхТФОМС) Реестры» сети ViPNet ТФОМС АО № 659.

### **Ведение Регистра медицинских работников**

[Регистр медицинских работников](#) ведется с целью упорядочения процесса прикрепления застрахованных лиц к выбранному медицинскому работнику, предотвращения ситуаций ошибочного прикрепления застрахованных лиц к медицинским работникам.

Регистр медицинских работников ведется силами медицинских организаций на [едином информационном ресурсе \(далее – ЕИР\) ТФОМС АО](#). До прикрепления застрахованных лиц к медицинскому работнику (врачу и при необходимости дополнительно к фельдшеру), медицинский работник должен быть зарегистрирован медицинской организацией в Регистре медицинских работников на [ЕИР ТФОМС АО](#). При регистрации медицинского работника указываются следующие данные:

- фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения полностью, пол;
- СНИЛС медицинского работника;
- тип должности (допустимые значения «врачи» или «средний медицинский персонал»);
- специальность (допустимые значения «терапевт», «педиатр», «врач общей практики» при указании типа должности «врач», «фельдшер» при указании типа должности «средний медицинский персонал»);
- дата начала работы медицинского работника в медицинской организации;
- дата окончания работы медицинского работника в медицинской организации (заполняется при прекращении работы медицинского работника в медицинской организации с целью исключения медицинского работника из Регистра медицинских работников).

Все перечисленные данные **обязательны для заполнения** в момент регистрации медицинского работника в [Регистре медицинских работников](#),



кроме даты окончания работы медицинского работника в медицинской организации, которая должна быть указана в момент прекращения работы медицинского работника в медицинской организации.

До регистрации медицинского работника в Регистре медицинских работников на ЕИР ТФОМС АО, сведения о медицинском работнике также должны быть внесены медицинской организацией в [ФРМР](#), с указанием соответствующей должности.

После успешной регистрации медицинского работника в Регистре медицинских работников допускается последующее редактирование данных медицинского работника, кроме данных СНИЛС. При необходимости изменения ошибочно введенных данных СНИЛС следует создать задачу на [сайте обратной связи ТФОМС АО](#).

В случае необходимости исключения медицинского работника из Регистра медицинских работников следует выполнить последовательность действий:

- удостовериться, что медицинский работник не имеет прикрепленных к нему застрахованных лиц;
- при наличии прикрепленных застрахованных лиц прикрепить их к другому медицинскому работнику, для чего направить Заявку (в составе пакета заявок) в ТФОМС АО с указанием кода причины выбора V\_PR=3 в порядке, определяемом в настоящем Регламенте;
- заполнить сведения о дате окончания работы медицинского работника в медицинской организации на ЕИР ТФОМС АО.

[ЕИР ТФОМС АО](#) обеспечивает веб-интерфейс для пользователей в медицинских организациях для ведения Регистра медицинских работников. Веб-интерфейс доступен через защищенную сеть ViPNet.

ЕИР ТФОМС АО обеспечивает также веб-сервис для возможности интеграции с медицинскими информационными системами (МИС) МО с целью автоматизации ведения Регистра медицинских работников и реализации принципа однократного ввода информации:

- адрес веб-сервиса: [http://\[ЕИР\]:91/#!/RegistrMed](http://[ЕИР]:91/#!/RegistrMed)
- справка веб-сервиса: [http:// \[ЕИР\]:91/Help/Api/GET-api-RegistrMed](http://[ЕИР]:91/Help/Api/GET-api-RegistrMed)
- справка веб-сервиса: [http:// \[ЕИР\]:91/Help/Api/POST-api-RegistrMed](http://[ЕИР]:91/Help/Api/POST-api-RegistrMed)

где [ЕИР] – адрес ЕИР в сети ViPNet или адрес тестового сервера ЕИР для разработчиков в сети Интернет.

## Порядок изменения прикрепления к врачу, фельдшеру или фельдшерско-акушерскому пункту в пределах одной медицинской организации

Медицинская организация при необходимости может изменить прикрепление к врачу, фельдшеру или фельдшерско-акушерскому пункту, не меняя прикрепление к медицинской организации.

Для выполнения такого действия медицинская организация направляет Заявку (файл NI) с указанием «Код причины выбора» равным «3» (V\_PR=3). При этом выполняемое действие будет зависеть от заполнения других полей Заявки в блоке записей о прикреплении REC. Возможные варианты заполнения полей при различных сценариях (действиях):

**Таблица 1 Варианты заполнения полей при различных сценариях**

№	IDDOKT	IDMED	FAP	Сценарий
1	+	+	+	Первичное прикрепление или смена прикрепления к врачу и/или фельдшеру и/или ФАП
2	+	+	–	1. Первичное прикрепление или смена прикрепления к врачу и/или фельдшеру 2. Открепление от ФАП
3	+	–	–	1. Первичное прикрепление или смена прикрепления к врачу 2. Открепление от фельдшера и ФАП
4	+	–	+	Вариант не применим
5	–	+	+	Вариант не применим
6	–	+	–	Вариант не применим
7	–	–	+	Вариант не применим
8	–	–	–	Вариант не применим

« + » - поле заполнено соответствующим значением;

« – » - поле отсутствует или пустое.

### Пояснения заполнению вариантов полей при различных сценариях:

**Вариант 1** используется для первичного прикрепления сразу к врачу, фельдшеру и ФАП или для изменения прикрепления ко всем сразу или к некоторым из них. Если в Регистре отсутствуют данные по прикреплению к врачу и/или к фельдшеру и/или к ФАП, то будет выполнено прикрепление.

Если значения в полях Заявки отличаются от данных в [Регистре](#) (например, передается СНИЛС нового врача и/или фельдшера и/или ФАП), то данные в Регистре будут заменены на данные, переданные в Заявке. Если значения в полях Заявки не отличаются от данных в Регистре, то данные в Регистре не изменятся.

**Вариант 2** используется для первичного [прикрепления](#) сразу к врачу и фельдшеру или для изменения прикрепления к обоим сразу или к одному из них. Если значения в полях Заявки отличаются от данных в Регистре (например, передается СНИЛС нового врача и/или фельдшера), то данные в Регистре будут заменены на данные, переданные в Заявке. Если значения в полях Заявки не отличаются от данных в Регистре, то данные в Регистре не изменятся. Если значение поля FAP в Заявке пустое или данное поле отсутствует, а в Регистре имеется прикрепление к ФАП, то в Регистре будет выполнено открепление от ФАП.

**Вариант 3** используется для первичного прикрепления к врачу или для изменения прикрепления к врачу. Если значение в поле Заявки отличается от данных в Регистре (например, передается СНИЛС нового врача), то данные в Регистре будут заменены на данные, переданные в Заявке. Если значения в полях Заявки не отличаются от данных в Регистре, то данные в Регистре не изменятся. Если значение полей IDMED и FAP в Заявке пустое или данные поля отсутствуют, а в Регистре имеется прикрепление к фельдшеру и ФАП, то в Регистре будет выполнено открепление от фельдшера и ФАП.

**Варианты заполнения полей 4 – 8 в файлах Заявок (NI) и ответов на заявки (NP) не применимы.**

**Вариант 8** может встречаться в файлах сегмента Регистра (NR и NS) в случаях отсутствие в Регистре сведений о прикреплении к врачу (а следовательно, к фельдшеру и ФАП), например, при изменении прикрепления к медицинской организации самостоятельно ТФОМС АО по территориально-участковому принципу. Медицинская организация, получив такие записи в своем сегменте Регистра (файл NS), обязана произвести прикрепление к врачу, а при необходимости также к фельдшеру и ФАП, направив заявку с V\_PR=3 по вариантам заполнения полей 1 – 3.

До изменения прикрепления к врачу и/или фельдшеру, сведения о новом враче и/или фельдшере предварительно должны быть внесены в [Регистр медицинских работников](#) в соответствии с «Ведение Регистра медицинских работников» настоящего Регламента.

## Порядок обработки Заявок (пакетов заявок) в ТФОМС АО

ТФОМС АО в течение двух рабочих дней с момента получения письма от медицинской организации, содержащего пакет заявок, проводит его обработку.

Первичная обработка включает в себя расшифровку файла с пакетом заявок, проверку ЭП, распаковку пакета заявок, проведение ФЛК. В случае обнаружения нарушений требований Приложения Регламента на любом из этапов первичной обработки, выявленные нарушения включаются в протокол ФЛК, и дальнейшая обработка пакета заявок прекращается. По окончании первичной обработки в адрес медицинской организации, отправившей пакет заявок, направляется электронное письмо-уведомление, содержащее вложенный файл с результатом первичной обработки в виде протокола ФЛК, в формате, определенном в Приложении Регламента. Медицинская организация после получения уведомления об ошибке от ТФОМС АО, в течение одного рабочего дня должна устранить указанные нарушения требований и представить исправленный пакет заявок.

Пакеты заявок, не вызвавшие ошибки, проходят на следующие этапы обработки. Начиная с этого момента, пакет заявок разделяется на отдельные Заявки, которые обрабатываются независимо. Как следствие, с этого момента возможно обнаружение ошибок по отдельным Заявкам, что не приводит к отказу в приеме всего пакета заявок при обнаружении ошибок в одной из Заявок. Обработка Заявки производится в несколько последовательных стадий. На любой стадии обработки, при наличии оснований, для Заявки может быть установлен результат обработки – мотивированный отказ в регистрации. В этом случае дальнейшая обработка Заявки прекращается. Заявки, которые прошли все стадии обработки и не были отказаны, регистрируются, а соответствующие изменения вносятся в Регистр.

Стадии обработки [Заявок](#):

### 1. [ФЛК](#) Заявки.

Проверки содержимого Заявки на соответствие логическим требованиям и ограничениям. При обнаружении несоответствий для Заявки устанавливается результат обработки – отказ по ФЛК, а в описании причин отказа указывается обнаруженное нарушение.

2. Поиск в [региональном \(РС ЕРЗ\)](#) и в [центральной \(ЦС ЕРЗ\)](#) сегментах единого регистра застрахованных лиц.

Производится поиск застрахованного лица, указанного в Заявке, в [РС ЕРЗ](#), а при необходимости и в [ЦС ЕРЗ](#) путём сопоставления персональных данных и данных полиса из Заявки с соответствующими данными в РС ЕРЗ и/или ЦС ЕРЗ. При полном точном совпадении определяется [ЕИП](#) гражданина и наличие действующей страховой принадлежности (страховки) в РС ЕРЗ

и/или ЦС ЕРЗ. В случае отсутствия действующей страховки (или невозможности её нахождения в РС ЕРЗ и/или ЦС ЕРЗ, вызванной неточностью информации, представленной [МО](#) или [СМО](#)), для Заявки устанавливается результат обработки – отказ по причине отсутствия страховки, а в описании причин отказа указывается соответствующее основание для отказа. В случае наличия действующей страховки она отражается в Заявке, а статус «гражданин» изменяется на статус «застрахованное лицо».

### 3. Поиск в Регистре.

Производится поиск застрахованного лица в [Регистре](#) путём сопоставления ЕНП, определённого на стадии поиска в РС ЕРЗ, с соответствующими данными в Регистре. При нахождении в Регистре, выполняется процедура проверок Заявки.

### 4. Проверки Заявки.

Если на стадии поиска в Регистре была определена МО, в которой застрахованное лицо находилось на обслуживании на момент прикрепления к выбранной МО и с которой снимается его обслуживание, выполняется сравнение даты подачи заявления, указанной в Заявке, с датой подачи заявления ранее зарегистрированной Заявки. В случае, если эта дата раньше или равна дате подачи заявления ранее зарегистрированной Заявки, для Заявки устанавливается результат обработки – мотивированный отказ регистрации Заявки.

При указании в Заявке причины выбора медицинской организации - «по желанию», выполняется проверка реализовано ли застрахованным лицом право выбора «по желанию» медицинской организации в текущем году, путём поиска причины выбора во всех зарегистрированных [Заявках](#) этого застрахованного лица в текущем году. В случае, если застрахованное лицо в текущем году уже воспользовалось правом выбора «по желанию» медицинской организации, и осуществляет такой выбор повторно, для Заявки устанавливается результат обработки – мотивированный отказ регистрации Заявки, а в описании причин отказа указывается соответствующее основание для отказа.

В случае поступления Заявки с указанием прикрепления к той же самой медицинской организации, к которой застрахованное лицо уже прикреплено «по желанию» или территориально-участковому признаку (кроме Заявки на прикрепление к другому медицинскому работнику в пределах одной медицинской организации, возвращается мотивированный отказ регистрации Заявки.

В процессе прикрепления застрахованного лица к медицинскому работнику проверяется также наличие и статус медицинского работника в



[Регистре медицинских работников](#). При отсутствии регистрации медицинского работника в Регистре медицинских работников (см. Ведение Регистра медицинских работников) возвращается мотивированный отказ регистрации Заявки.

Кроме перечисленных, возможно проведение других проверок, в результате которых для Заявки может быть установлен мотивированный отказ регистрации Заявки.

#### 5. Регистрация Заявки.

Заявкам, для которых не был установлен мотивированный отказ, устанавливается дата регистрации, равная текущей дате обработки, и принимается результат обработки «Включен в Регистр».

После завершения обработки всех Заявок, входящих в пакет заявок, ТФОМС АО формирует и направляет в МО файл ответов (протокол обработки файла МО), содержащий все Заявки из пакета МО, дополненные результатом обработки и данными о прикреплении. Формат файла установлен Приложением Регламента.

Ответ содержит подтверждение о включении застрахованного лица в сегмент Регистра медицинской организации и/или прикреплению к медицинскому работнику на основании полученной Заявки, или мотивированный отказ от включения в сегмент Регистра медицинской организации и/или прикреплению к медицинскому работнику. Ответ, содержащий подтверждение о включении в сегмент Регистра медицинской организации и/или прикреплении к медицинскому работнику, является для медицинской организации, направившей Заявку, подтверждением факта внесения изменений о статусе прикреплению застрахованного лица как в сегменте Регистра медицинской организации, так и в [Регистре](#). Ответ, содержащий отказ от включения, является информацией о причинах, препятствующих включению гражданина, указанного в Заявке, в сегмент Регистра медицинской организации.

#### **Уведомления со стороны ТФОМС АО об исключении из сегмента Регистра**

В случае получения из [ЦС ЕРЗ](#) информации о том, что застрахованное лицо изменило свою страховую принадлежность, выбрав страховую медицинскую организацию в другом субъекте Российской Федерации, ТФОМС АО информирует медицинскую организацию об исключении застрахованного лица из Регистра путем включения данной информации в актуализированный сегмент Регистра медицинской организации, формируемый на начало месяца. Формат актуализированного сегмента Регистра определен в Приложении Регламента.

В случае получения из органов ЗАГС информации о регистрации смерти застрахованного лица, ТФОМС АО информирует медицинскую организацию об исключении застрахованного лица из Регистра путем включения данной информации в актуализированный сегмент Регистра медицинской организации, формируемый на начало месяца.

Одновременно с прекращением прикрепления застрахованного лица к медицинской организации, прекращается прикрепление застрахованного лица к медицинскому работнику в данной медицинской организации.

Страховые медицинские организации в указанных выше случаях информируются аналогичным образом.

### **Формирование Регистра и сегментов Регистра**

**Регистр** формируется периодически, по состоянию на 1 число каждого месяца. Регистр, сформированный по состоянию 1 число месяца, действует в течение всего месяца, а в случае изменения Регламента – до следующего формирования Регистра.

Регистр формируется ТФОМС АО в течение двух рабочих дней с 1 числа месяца на основании Заявок, полученных от медицинских организаций и зарегистрированных до 1 числа месяца. При этом не учитываются поступившие, но не зарегистрированные заявки, а также заявки, дата регистрации которых позже или равна 1 числу месяца. Такие Заявки будут учтены при следующем формировании Регистра. В Регистр входят сведения о статусе всех застрахованных лиц, имеющих зарегистрированное прикрепление на 1 число месяца. Сведения Регистра в установленном порядке передаются в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

Одновременно ТФОМС АО формирует сегменты **Регистра** страховых медицинских организаций и сегменты Регистра медицинских организаций. В сегменты Регистра страховых медицинских организаций входят сведения о статусе застрахованных лиц с соответствующей страховой принадлежностью и имеющих зарегистрированное прикрепление. В сегменты Регистра медицинских организаций входят сведения о статусе застрахованных лиц, имеющих зарегистрированное прикрепление, соответствующее этой медицинской организации, а также тех граждан, для которых зарегистрировано снятие с обслуживания в этой медицинской организации в течение прошедшего периода.

Формат сегментов Регистра определен в **Приложении** Регламента. В течение 1 рабочего дня после завершения формирования Регистра, сегменты Регистра направляются ТФОМС АО другим участникам информационного обмена с использованием СКЗИ и ЭП для сверки данных. Сегменты Регистра, направляемые ТФОМС АО другим участникам информационного обмена, являются эталонными. При обнаружении расхождений с эталонным

сегментом, другие участники информационного обмена обязаны устранить эти расхождения путем внесения корректировок в свои сегменты Регистра.

### **Устранение расхождений с эталонными сегментами Регистра, разрешение конфликтов**

Все участники информационного обмена обязаны обеспечить бесперебойное функционирование защищённой сети ViPNet. . Страховые медицинские организации и медицинские организации обязаны обеспечить прием и обработку сообщений от ТФОМС АО (протоколов обработки и сегментов Регистра) в порядке, предотвращающем потерю сообщений от ТФОМС АО - так как в силу особенностей информационного обмена, отправка повторных сообщений со стороны ТФОМС АО может быть невозможна по техническим причинам. Разработка и соблюдение такого порядка являются зоной ответственности страховых медицинских организаций и медицинских организаций. Соблюдение указанного требования позволит исключить расхождения с эталонными сегментами Регистра.

При обнаружении расхождения с эталонным сегментом Регистра медицинская организация обязана провести внутреннюю проверку на предмет:

- отправки всех Заявок в ТФОМС АО;
- наличие подтверждений или мотивированных отказов со стороны ТФОМС АО по каждой Заявке;
- отсутствие уведомлений от ТФОМС АО об обнаруженных ошибках в пакетах заявок и самих Заявках;
- наличие необработанных уведомлений в переданном [ТФОМС АО](#) сегменте [Регистра](#) медицинской организации о выборе застрахованным лицом другой медицинской организации, исключении застрахованного лица из Регистра в связи со сменой страховой принадлежности на другой субъект Российской Федерации или в связи с регистрацией смерти застрахованного лица.

На каждый отправленный медицинской организацией пакет заявок должно присутствовать либо уведомление ТФОМС АО о принятии [пакета заявок](#), либо уведомление об ошибке в процессе принятия пакета заявок. Медицинская организация должна проверить прохождение пакетом заявок [ФЛК](#) в ТФОМС АО. Если ФЛК не пройден - то не принята ни одна Заявка из пакета заявок, о чем в медицинской организации должен присутствовать протокол ФЛК, проведенного в ТФОМС АО. В случае успешного прохождения пакетом заявок ФЛК в ТФОМС АО, у медицинской организации должно присутствовать уведомление об успешном прохождении ФЛК.

После того, как ФЛК пройден, на каждую [Заявку](#), отправленную медицинской организацией, со стороны ТФОМС АО должно быть получено подтверждение о включении информации из Заявки в Регистр или мотивированный отказ по включению информации Заявки в Регистр с указанием причины.

В случае обнаружения медицинской организацией заявлений застрахованных лиц о выборе ими медицинской организации, по которым не сформированы Заявки, а также сформированных Заявок, которые не были направлены в ТФОМС АО в порядке, определяемым Регламентом, медицинская организация должна сформировать и/или направить в ТФОМС АО такие Заявки в течение одного рабочего дня, следующего за днем обнаружения пропущенных заявлений и/или Заявок. При этом изменения в сегмент Регистра медицинской организации и сегмент Регистра страховой медицинской организации могут быть внесены только с момента направления в ТФОМС АО пропущенной Заявки, в случае успешного прохождения всех проверок в ТФОМС АО. В Регистре статус прикрепления застрахованного лица будет учтен только с даты регистрации Заявки в ТФОМС АО.

Ситуация, когда медицинская организация, в которой застрахованное лицо было прикреплено ранее, не согласна с прикреплением в Регистре застрахованного лица к другой медицинской организации, не является конфликтной ситуацией. Медицинская организация, в которой застрахованное лицо было прикреплено ранее, должна учесть сведения из эталонного сегмента Регистра и исключить застрахованное лицо из своего сегмента Регистра. В то же время, медицинская организация, направившая Заявку, должна обосновать направление такой [Заявки](#) наличием заявления гражданина на бумажном носителе в соответствии с требованиями Приказов в случае проведения проверки обоснованности прикрепления. Порядок и правила проведения таких проверок находятся вне рамок настоящего Регламента. [ТФОМС АО](#) осуществляет логическую проверку данных, предоставляемых медицинскими организациями, на основании этих данных осуществляет формирование [Регистра](#) и информирование других участников информационного обмена. Разрешение спорных вопросов о статусе прикрепления не входит в компетенцию ТФОМС АО.

При обнаружении в Регистре или в зарегистрированных Заявках ошибочных данных, препятствующих нормальной работе Регистра, или при наличии других достаточных оснований, ТФОМС АО может производить корректировки данных Регистра для исправления информации или восстановления нормальной работы Регистра. При этом корректировки, приводящие к изменению прикрепления, должны производиться путём создания и отработки специальным образом сформированных Заявок в ТФОМС АО. Медицинские организации таких Заявок не формируют.

### Состав и формат информации Регистра

Приложение Регламента определяет состав и формат информации для передачи сведений из медицинских организаций (МО) в ТФОМС АО о прикреплении застрахованных лиц к МО (Заявок), а также формат протокола форматно-логического контроля (ФЛК), ответов от ТФОМС АО на Заявки МО и формат ежемесячно передаваемого сегмента Регистра для МО и СМО.

Информационные файлы должны создаваться в формате XML с кодовой страницей Windows-1251. Все данные файла формируются XML-элементами.

Имя файла должно соответствовать шаблону – T\_CCCCCC\_YUMMN.XML, где:

T – тип передаваемых данных:

- «NI» - файл заявок на прикрепление (отправляет МО);
- «NF» - файл форматно-логического контроля;
- «NP» - файл ответов от ТФОМС АО (протокол обработки файла МО);
- «NR» - ежемесячный файл сегмента Регистра от ТФОМС в МО;
- «NS» - ежемесячный файл сегмента Регистра от ТФОМС в СМО.

CCCCCC – 6-значный реестровый номер МО (или 5-значный реестровый номер СМО для файлов типа «NS»).

YY – две последние цифры номера года.

MM – порядковый номер месяца.

N – порядковый номер файла, формируемый в пределах организации источника. Нумерация должна обеспечивать уникальность имён файлов.

Символы «\_» (подчеркивание) являются разделителями и обязательно присутствуют в имени файла.

При передаче должны быть упакованы в архив формата ZIP, при этом расширение файла изменяется на «.ZIP»

#### Порядок заполнения файла:

В столбце «Обяз» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - O, H, Y, а также M. Символы имеют следующее значение:

O – обязательный элемент;



Н – не обязательный элемент, который может, как присутствовать, так и отсутствовать. При отсутствии, не передается;

У – условно-обязательный элемент, обязателен в некоторых, оговорённых в Регламенте обстоятельствах. В иных случаях при отсутствии информации, не передается;

М – множественный элемент.

**В столбце «Тип» указан тип данных:**

S – составной тип;

D – дата;

T – текст;

N – число (максимальное количество символов до запятой . максимальное количество символов после запятой).

**Таблица 1. Структура информационных файлов**

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
<b>Корневой элемент</b>						
RPN	ZGLV	S		O	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	RECS	S		O	Записи о прикреплении	Содержит список Заявок на прикрепление и/или к врачу (фельдшеру) и/или к ФАП; записей ответов на Заявки; записи Регистра
<b>Заголовок файла</b>						
ZGLV	VERSION	T	5	O	Версия взаимодействия	1.3
	CODE_ORG	T	6	O	Код МО (СМО)	Код МО отправителя; код МО или СМО получателя файла ТФОМС АО
	DATA	D		O	Дата пакета	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	T	26	O	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME_I	T	26	У	Имя исходного файла	Имя исходного файла. Обязательно заполняется в файлах ответов от ТФОМС АО
<b>Записи о прикреплении</b>						
RECS	REC	S		OM	Запись о прикреплении	Содержит одну запись Заявки
<b>Данные гражданина</b>						
REC	N_REC	T	40	O	Номер записи	Уникальный номер записи. В файлах ответов от ТФОМС АО соответствует номеру записи исходного файла.
	FAM	T	40	O	Фамилия	Фамилия, имя, отчество указываются в том виде, в котором они записаны в предъявленном документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия отчества в документе, удостоверяющем личность, указывается «НЕТ».
	IM	T	40	O	Имя	
	OT	T	40	O	Отчество	
	W	N	1	O	Пол	Заполняется в соответствии с V005 Приложения А «Общих принципов» (Приказ ФФОМС № 79)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
	DR	D		O	Дата рождения	
	PHONE	T	40	H	Телефон	Контактная информация
	EMAIL	T	50	H	Адрес электронной почты	Контактная информация
	VPOLIS	N	1	O	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с классификатором F008 Приложения А «Общих принципов» (Приказ ФФОМС № 79).
	SPOLIS	T	10	Y	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Указывается только в тех случаях, когда присутствует в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС.
	NPOLIS	T	20	O	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полиса единого образца в поле «номер» указывается ЕНП.
	REQ_NUM	T	30	Y	Номер заявления	Номер заявления - регистрационный номер входящего документа в МО. Обязателен в файлах Заявок.
	REQ_DATE	D		Y	Дата заявления	Дата регистрации заявления в МО. Обязателен в файлах Заявок.
	V_PR	N	1	Y	Код причины выбора	1 – По желанию 2 – Смена места жительства 3 – Указывается при смене прикрепления к врачу (фельдшеру) или ФАП в пределах одной МО  Примечание: если код не указан, то принимается значение по умолчанию «1» - по желанию.
	IDDOKT	T	14	O	Код <b>врача</b> , к которому прикреплено застрахованное лицо	Код <b>врача</b> из федерального регистра медицинского персонала (ФРМП). СНИЛС в формате «ССС-ССС-ССС-СС». Обязателен в файлах Заявок Начиная с 1 февраля 2018 года в состав проверок ФЛК добавляется проверка наличия и срока действия кода IDDOKT в Регистре медработников.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
	IDMED	T	14	У	Код <b>фельдшера</b> , к которому прикреплено застрахованное лицо	Код <b>фельдшера</b> из федерального регистра медицинского персонала (ФРМП). СНИЛС в формате «ССС-ССС-ССС-СС». Обязателен в файлах Заявок при наличии прикрепления к фельдшеру, а также при заполнении поля FAP. Начиная с 1 февраля 2018 года в состав проверок ФЛК добавляется проверка наличия и срока действия кода IDMED в Регистре медработников.
	FAP	N	8	У	Код ФАП прикрепления	Заполняется в случае, если застрахованное лицо прикреплено (получает медицинскую помощь по месту жительства) в фельдшерско-акушерском пункте. Используется код структурного подразделения МО (mrcod) из классификатора F003. При заполнении данного поля обязательно заполнение поля IDMED.
	MO_PSP_CODE	T	80	У	Код медицинской организации	Из регистра МО РФ OID: 1.2.643.5.1.13.2.1.1.178 Обязателен в файлах Заявок при V_PR = 3
	MO_PSP_DEP_CODE	T	80	У	Код подразделения в составе медицинской организации	В соответствии с паспортом медицинского учреждения. Обязателен в файлах Заявок при V_PR = 3
	RESULT	N	1	У	Результат обработки	Обязательно в ответах на Заявки. Может принимать значения: 0 – Включен в Регистр 1 – Ошибка ФЛК 2 – Не идентифицирован в региональном сегменте ЗЛ 3 – Нет действующей СП в региональном сегменте ЗЛ 4 – прочие причины отказа 5 – Код медицинского работника не идентифицирован в ФРМП
	COMMENT	T	255	У	Комментарий	Описание причин отказа.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
	REG	S		У	Данные о прикреплении	Содержит данные о регистрации прикреплении. Заполняется в файлах от ТФОМС АО при RESULT=0. Отсутствует в файлах Заявок от МО.
<b>Данные о прикреплении</b>						
REG	ENP	T	16	O	Единый номер полиса (ЕНП)	ЕНП по результатам идентификации в ТФОМС АО.
	SMOCOD	T	5	У	Реестровый номер СМО	Заполняется только для ЗЛ, находящихся в РС ЕРЗ
	TER_ST	T	5	У	Код ОКАТО территории страхования	Указывается ОКАТО территории страхования в случае прикреплении лиц, застрахованных вне территории Архангельской области. При наличии страховки на территории Архангельской области не заполняется.
	DBEG	D		У	Дата начала действия страховки	Заполняется только для ЗЛ, находящихся в РС ЕРЗ
	ADDRESS	T	250	У	Адрес ЗЛ	Адрес места регистрации или адрес места жительства застрахованного лица из РС ЕРЗ
	IDDOKT	T	14	У	Код <b>врача</b> , к которому прикреплено застрахованное лицо	СНИЛС в формате «ССС-ССС-ССС-СС». В выгрузках срезов может быть не заполнено при отсутствии сведений о прикреплении к врачу в РПН
	IDMED	T	14	У	Код <b>фельдшера</b> , к которому прикреплено застрахованное лицо	СНИЛС в формате «ССС-ССС-ССС-СС»
	FAP	N	8	У	Код ФАП прикреплении	Заполняется в случае, если застрахованное лицо прикреплено (получает медицинскую помощь по месту жительства) в фельдшерско-акушерском пункте. Используется код структурного подразделения МО (mrcod) из классификатора F003
	MO_PSP_CODE	T	80	У	Код медицинской организации	Из регистра МО РФ OID: 1.2.643.5.1.13.2.1.1.178



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
	MO_PSP_DEP_CODE	T	80	У	Код подразделения в составе медицинской организации	В соответствии с паспортом медицинского учреждения.
	CODE_MO	T	6	У	Код выбранной / принявшей на обслуживание МО	МО, в которую гражданин принимается на обслуживание (выбранная гражданином для обслуживания). Может отсутствовать при выбытии из регионального сегмента застрахованных лиц или его отсутствии в РС ЕРЗ.
	CODE_MO_PREV	T	6	У	Код МО обслуживания / снятой с обслуживания	МО, в которой гражданин находился на обслуживании на момент прикрепления к выбранной МО и с которой снимается обслуживание гражданина. Может отсутствовать если МО неизвестна.
	DATE_REG	D		У	Дата регистрации приёма / снятия	Дата регистрации принятия на обслуживание (прикрепления) к выбранной МО / снятия с обслуживания. В ответах с отказом не заполняется. В файлах NP, NR, NS в случае не заполненного поля CODE_MO и заполненного CODE_MO_PREV заполняется датой выбытия застрахованного лица из РС ЕРЗ

**Таблица 2. Структура файла форматно-логического контроля (ФЛК)**

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
<b>Корневой элемент</b>						
FLK_P	VERSION	T	5	O	Версия взаимодействия	1.0
	FDATE	D		O	Дата обработки	
	FNAME	T	26	O	Имя файла протокола	
	FNAME_I	T	26	O	Имя исходного файла	
	FLK_RES	N		O		Содержит следующие значения: 0 - Без Ошибок 1- Файл не соответствует формату 2 – Файл уже обрабатывался 3 – Ошибки в данных 4 – Прочие ошибки
	COMMENT_RES	T	250	H	Комментарий	Заполняется при FLK_RES=4
	PR	S		HM	Причина отказа	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках.
<b>Причина отказа</b>						
PR	OSHIB	N	3	O	Код ошибки	В соответствии с классификатором F012, публикуемым на сайте ТФОМС АО в разделе «Справочники НСИ».
	IM_POL	T	20	Y	Имя поля	Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	BAS_EL	T	20	Y	Имя базового элемента	Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка.
	N_REC	N	4	Y	Номер записи	Номер записи, в одном из полей которой обнаружена ошибка.
	COMMENT	T	250	Y	Комментарий	Описание ошибки

## Пример файла заявок на прикрепление от МО (тип файла «NI»)

```
<RPN>
  <ZGLV>
    <VERSION>1.3</VERSION>
    <CODE_ORG>290701</CODE_ORG>
    <DATA>2013-02-13</DATA>
    <FILENAME>NI_290701_13027</FILENAME>
  </ZGLV>
  <RECS>
    <REC>
      <N_REC>1063261_20120321</N_REC>
      <FAM>СИДОРОВ</FAM>
      <IM>ИВАН</IM>
      <OT>ВАСИЛЬЕВИЧ</OT>
      <W>1</W>
      <DR>1960-01-01</DR>
      <VPOLIS>1</VPOLIS>
      <SPOLIS>789</SPOLIS>
      <NPOLIS>12345</NPOLIS>
      <REQ_NUM>1234-13/П</REQ_NUM>
      <REQ_DATE>2013-02-13</REQ_DATE>
      <!--Добавлено в версии формата 1.1 -->
      <V_PR>3</V_PR>
      <IDDOKT>111-111-111-11</IDDOKT>
      <!--Добавлено в версии формата 1.3 -->
      <IDMED>222-222-222-22</IDMED>
      <FAP>29070117</FAP>
      <!--Добавлено в версии формата 1.2 -->
      <!-- <TDMR>1</TDMR> --> <!-- Убрано в версии формата 1.3 -->
      <MO_PSP_CODE>789454778</MO_PSP_CODE>
      <MO_PSP_DEP_CODE>778</MO_PSP_DEP_CODE>
    </REC>
    <REC>
      <N_REC>1063261_20120328</N_REC>
      <!-- . . . . -->
    </REC>
  </RECS>
</RPN>
```

## Пример файла ответов на заявки от ТФОМС (тип файла «NP»)

```
<RPN>
  <ZGLV>
    <VERSION>1.3</VERSION>
    <CODE_ORG>290701</CODE_ORG>
    <DATA>2013-02-14</DATA>
    <FILENAME>NP_290701_1302123</FILENAME>
    <FILENAME_I>NI_290701_13027</FILENAME_I>
  </ZGLV>

  <RECS>
    <REC>
      <N_REC>1063261_20120321</N_REC>
      <FAM>СИДОРОВ</FAM>
      <IM>ИВАН</IM>
      <OT>ВАСИЛЬЕВИЧ</OT>
      <W>1</W>
      <DR>1960-01-01</DR>
      <VPOLIS>1</VPOLIS>
      <SPOLIS>789</SPOLIS>
      <NPOLIS>12345</NPOLIS>
      <REQ_NUM>1234-13/П</REQ_NUM>
      <REQ_DATE>2013-02-13</REQ_DATE>
      <V_PR>1</V_PR>
      <RESULT>0</RESULT>
      <REG>
        <ENP>2912435600000001</ENP>
        <SMOCOD>29030</SMOCOD>
        <DBEG>2012-01-01</DBEG>
        <ADDRESS>Арх. Область Брин-Наволок, д.3</ADDRESS>
        <IDDOKT>111-111-111-11</IDDOKT>
        <!--Добавлено в версии формата 1.3 -->
        <IDMED>222-222-222-22</IDMED>
        <FAP>29070117</FAP>
        <!-- <TDMR>1</TDMR> --> <!-- Убрано в версии формата 1.3 -
->
        <MO_PSP_CODE>789454778</MO_PSP_CODE>
        <MO_PSP_DEP_CODE>778</MO_PSP_DEP_CODE>
        <CODE_MO>290701</CODE_MO>
        <CODE_MO_PREV>291222</CODE_MO_PREV>
        <DATE_REG>2013-02-14</DATE_REG>
      </REG>
    </REC>
    <REC>
      <N_REC>1063261_20120328</N_REC>
      <!-- ..... -->
    </REC>
  </RECS>
</RPN>
```