

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З

11 марта 2020 года

№ 24

г. Петропавловск-Камчатский

О внесении изменения в приказ
ТФОМС Камчатского края от
22.10.2019 № 62 «Об утверждении
Порядка взаимодействия участников
системы обязательного медицинского
страхования в Камчатском крае»

В целях совершенствования информационного взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в Камчатском крае, утвержденный приказом ТФОМС Камчатского края от 22.10.2019 № 62 изменения, изложив Таблицу 1, Таблицу 2 в редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника отдела организации обязательного медицинского страхования.

Врио директора



Н.Н. Александрович

Приложение к приказу
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Камчатского края
от 11.03.2020 № 24

«Таблица 1. Состав сведений о направлении на госпитализацию»

№ столбца	Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
1	Да	Уникальный номер направления	18-тизначный уникальный номер направления формируется путем последовательного указания в цифровом формате без разделителей и пробелов реестрового номера направившей организации, двухзначного кода подразделения оформившего направление, даты оформления направления (ДДММГГГГ), двухзначного порядкового номера направления
2	Да	Дата выдачи направления	Дата выдачи направления пациенту (ДДММГГГГ),
3	Да	Форма оказания медицинской помощи	1 – плановая 2 – неотложная
4	Да	Условие оказания медицинской помощи	1- круглосуточный стационар 2 - дневной стационар
5	Да	Реестровый номер медицинской организации, куда направлен на госпитализацию пациент	
6	Усл.	Код подразделения медицинской организации, куда направлен пациент	Указывается при наличии подразделений
7	Да	Тип документа, подтверждающего	В соответствии с классификатором F008,

		факт страхования по ОМС	утвержденным приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79
8	Усл.	Серия полиса ОМС	Указывается для полисов старого образца при наличии
9	Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов ОМС нового образца указывается ЕНП
10	Да	Реестровый номер СМО	
11	Да	Код субъекта, в котором застрахован гражданин	Код территории страхования по ОКАТО (таблица 49 приложения к приказу ФФОМС от 07.04.2011 № 79)
12	Да	Фамилия	
13	Да	Имя	
14	Усл.	Отчество	Указывается при наличии
15	Да	Пол	1 – мужской 2 – женский
16	Да	Дата рождения	В формате ДДММГГГГ
17	Да	Контакт	Номер телефона застрахованного лица (в формате +7(XXX)XXX-XX-XX, где X-любая десятичная цифра)
18	Да	Код основного диагноза по МКБ-10	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики
19	Усл	Профиль койки	В соответствии с классификатором V020, утвержденным приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79
20	Да	Код профиля отделения	В соответствии с классификатором V002, утвержденным приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79
21	Да	Код медицинского работника, направившего больного	СНИЛС медицинского работника (указывается без разделителей)
22	Да	Плановая дата госпитализации	В формате ДДММГГГГ

Таблица 2. Сведения о госпитализации по направлению (в том числе при переводе из других медицинских организаций и в рамках одной медицинской организации)

№ столбца	Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
1	Да	Уникальный номер направления	18-тизначный уникальный номер направления формируется путем последовательного указания в цифровом формате без разделителей и пробелов реестрового номера направившей организации, двухзначного кода подразделения оформившего направление, даты оформления направления (ДДММГГГГ), двухзначного порядкового номера направления
2	Да	Дата выдачи направления	Дата выдачи направления пациенту (ДДММГГГГ),
3	Да	Форма оказания медицинской помощи	1 – плановая 2 – неотложная
4	Да	Условие оказания медицинской помощи	1- круглосуточный стационар 2 - дневной стационар
5	Да	Реестровый номер медицинской организации, в которую госпитализирован пациент	
6	Усл.	Код подразделения медицинской организации, куда госпитализирован пациент	Указывается при наличии подразделений
7	Да	Дата фактической госпитализации	В формате ДДММГГГГ
8	Да	Время фактической госпитализации	В формате ЧЧ:ММ

9	Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	В соответствии с классификатором F008, утвержденным приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79
10	Усл.	Серия полиса ОМС	Указывается для полисов старого образца при наличии
11	Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов ОМС нового образца указывается ЕНП
12	Да	Реестровый номер страховой медицинской организации	
13	Да	Код субъекта, в котором застрахован гражданин	Код территории страхования по ОКАТО (таблица 49 приложения к приказу ФФОМС от 07.04.2011 № 79)
14	Да	Фамилия	
15	Да	Имя	
16	Усл.	Отчество	Указывается при наличии
17	Да	Пол	1 – мужской 2 – женский
18	Да	Дата рождения	В формате ДДММГГГГ
19	Усл	Профиль койки	В соответствии с классификатором V020, утвержденным приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79
20	Да	Код профиля отделения	В соответствии со справочником V002, утвержденным приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79
21	Да	№ карты стационарного больного	
22	Да	Код диагноза по МКБ-10 приемного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

»