



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»  
(«ТФОМС ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»)**

В.И. Ленина пр., д. 56а, г. Волгоград, 400005, тел. (8442) 53-27-27, факс (8442) 53-27-25  
E-mail: [general@volgafoms.ru](mailto:general@volgafoms.ru). <http://www.volgafoms.ru>

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

30.04.2014 г. № 07 - 1835

на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**Главным врачам медицинских  
организаций Волгоградской области  
Директорам филиалов  
Руководителям СМО**

О направлении методических рекомендаций  
по взаимодействию при осуществлении  
информационного сопровождения  
застрахованных лиц при организации  
оказания им медицинской помощи  
страховыми медицинскими организациями  
в сфере обязательного медицинского страхования

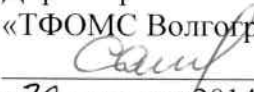
В целях реализации раздела XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н (зарегистрирован в Минюсте России 3 марта 2011 г., регистрационный № 19998) (в редакции приказа Минздрава России от 20.11.2013 № 859ан) (зарегистрирован в Минюсте России 29 ноября 2013 г., регистрационный № 30489), приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20 декабря 2013 г. № 263 «Об утверждении порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования» «ТФОМС Волгоградской области» направляет «Методические рекомендации по взаимодействию при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования».

Директор

**Т.В. Самарина**

Исп. Щетинин Сергей Викторович  
т. (8442)94-51-78

СОГЛАСОВАНО:

Директор  
«ТФОМС Волгоградской области»  
 Т.В. Самарина  
«30» апреля 2014 г.

**Методические рекомендации по взаимодействию при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования**

Участниками взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц являются медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях (поликлиники), медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях (стационары), страховые медицинские организации (СМО) и «ТФОМС Волгоградской области» (ТФОМС).

Все участники взаимодействия приказами назначают ответственных за данный раздел работы и лиц, их замещающих, и представляют сведения о них в ТФОМС.

Информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи начинается с обращения застрахованного лица в поликлинику.

**Застрахованное лицо**, у которого во время обращения в поликлинику выявлено заболевание, требующее стационарного лечения, направляется лечащим врачом в стационар.

В случаях заболеваний, требующих госпитализации по экстренным или неотложным показаниям, поликлиника организует транспортировку пациента в стационар.

В случаях заболеваний, не требующих госпитализации по экстренным или неотложным показаниям, госпитализация осуществляется в плановом порядке.

Показания для экстренной и **плановой госпитализации** устанавливаются территориальной программой государственных гарантий.

Плановая госпитализация осуществляется по направлениям в соответствии:

- с профилем заболевания;
- с учетом утвержденных Министерством здравоохранения Волгоградской области маршрутов госпитализации;
- с порядками оказания медицинской помощи;
- с учетом возможного выбора пациентом одной из предложенных ему для госпитализации медицинских организаций.

Для оформления направления на госпитализацию лечащий врач делает соответствующие записи в амбулаторной карте с указанием:

- кода диагноза по МКБ-10, с которым пациент направляется на госпитализацию;
- профиля отделения, в которое направляется пациент;
- наименования медицинской организации, в которую направляется пациент.

Поликлиника на основании записей в амбулаторной карте оформляет направление на госпитализацию. Поликлиникам рекомендуется организовать у себя централизованную выписку направлений с автоматизированным присвоением уникальных номеров.

**Порядок присвоения номера направления.**

Номер направления имеет следующую структуру:

- XXXXXX\_NNNNNN, где:
- XXXXXX – код медицинской организации по ТФОМС;

- NNNNNN - Порядковый номер в журнале учета направлений - 6 знаков.

Если в медицинской организации существует несколько подразделений, со своими журналами учета направлений на госпитализацию, то рекомендуется каждому такому подразделению выделить определенный диапазон номеров, например:

Терапевтическое отделение – номера с 000001 по 100000;

Гинекологическое отделение – номера с 100001 по 200000;

Детское отделение – номера с 200001 по 300000 и т.д.

Выделенные диапазоны номеров необходимо утвердить приказом по медицинской организации.

Дата плановой госпитализации в направлении указывается максимально возможная - 30 дней от даты выписки направления. При оформлении направления на госпитализацию по неотложным показаниям дата госпитализации совпадает с датой выписки направления.

При наличии возможности согласования даты плановой госпитализации со стационаром на этапе оформления направления (например, поликлиники работающие в составе медицинских организаций, оказывающих, в том числе медицинскую помощь в стационарных условиях) в направлении на госпитализацию указывается конкретная дата госпитализации.

Сведения о направленных на госпитализацию пациентах, направляются в ТФОМС. ТФОМС проводит идентификацию пациентов по региональному сегменту сводного регистра застрахованных (СРЗ) для определения страховой принадлежности на дату выписки направления. Сведения о пациентах, чья страховая принадлежность определена, направляются ТФОМС в соответствующие страховые медицинские организации (СМО). Если страховая принадлежность пациентов не определена, то информация в СМО не направляется. ТФОМС передает сведения обо всех пациентах, направленных на госпитализацию, в соответствующие стационары.

Таблица 1. Состав сведений о направлении на госпитализацию

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	Уникален в пределах субъекта РФ
Да	Дата направления	
Да	Форма оказания медицинской помощи	В соответствии со справочником
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	Реестровый номер из справочника ФФОМС
Да	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Код МО по ТФОМС
Да	Реестровый номер медицинской организации, куда направлен пациент	Из справочника ФФОМС
Да	Код подразделения медицинской организации, куда направлен пациент	Код МО по ТФОМС
Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	1- полис старого образца; 2- временное свидетельство; 3- полис единого образца.
Усл	Серия полиса обязательного медицинского	Указывается для полисов старого образца

	страхования	при наличии
Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	
Да	Страховая медицинская организация	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Субъект Российской Федерации, в котором застрахован гражданин	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Усл	Отчество	Указывается при наличии
Усл.	СНИЛС	Указывается при наличии
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Контакт	Номер телефона застрахованного лица
Да	Код диагноза по МКБ	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики
Да	Профиль койки	Заполняется на основании справочника профилей койки
Да	Код отделения (профиль)	Заполняется на основании справочника профилей
Усл.	Код медицинского работника, направившего больного	Заполняется на основании справочника врачей
Да	Плановая дата госпитализации	Дата плановой госпитализации в направлении указывается максимально возможная - 30 дней от даты выписки направления (если дата не согласована).

Пациенту, получившему направление на плановую госпитализацию, рекомендуется в течение 2-х рабочих дней следующих за днем выписки направления, обратиться в указанный стационар.

Если при обращении пациента в стационар отсутствуют показания для госпитализации, то в этом случае стационар оформляет отказ в госпитализации.

При наличии показаний для госпитализации с пациентом согласовывается конкретная дата его госпитализации, которая указывается в направлении и заверяется подписью врача. Информация об этом пациенте и о дате согласованной госпитализации вносится в журнал ожидания плановой госпитализации. Стационар не имеет права отказать в госпитализации в согласованный и указанный в направлении день, если для этого нет причин, указанных в перечне причин для аннулирования направлений.

Если в течение 2 рабочих дней после даты выписки направления, пациент не явился в стационар для согласования даты госпитализации, то стационар самостоятельно устанавливает дату госпитализации пациента.

Стационар направляет в ТФОМС сведения о назначенной (согласованной) дате госпитализации, в том числе и согласованной с поликлиникой в день оформления направления, например, стационар, работающий в составе медицинской организации, оказывающей, в том числе и первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Таблица 2. Состав сведений о согласованных (установленных) датах плановой госпитализации

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	Уникален в пределах субъекта РФ
Да	Дата направления	
Да	Реестровый номер медицинской организации,	Реестровый номер из справочника ФФОМС
Да	Код медицинской организации	Код МО по ТФОМС
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	Реестровый номер из справочника ФФОМС
Да	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Код МО по ТФОМС
Да	Установленная (согласованная) дата госпитализации	
Да	Организация ответственная за уведомление пациента	

ТФОМС направляет полученные из стационара сведения обо всех согласованных (установленных) датах плановой госпитализации адресатам, представившим сведения о направлениях на плановую госпитализацию, т.е. в поликлинику, выдавшую направление на плановую госпитализацию, и в СМО в которой застрахован пациент.

Поликлиника должна в обязательном порядке (любым возможным доступным способом) в течение 1 рабочего дня от даты получения информации из ТФОМС проинформировать об установленной дате госпитализации пациентов, застрахованных за пределами Волгоградской области, а также не идентифицированных.

Страховая медицинская организация должна в течение 1 рабочего дня от даты получения информации от стационара проинформировать застрахованного пациента об установленной дате плановой госпитализации (любым возможным доступным способом).

В течение срока ожидания плановой госпитализации, пациент может отказаться от нее, сообщив об этом в поликлинику, выдавшую направление на госпитализацию, стационар, куда он был направлен, или в СМО по месту страхования. Отказ должен быть оформлен только в письменном виде, путем указания об этом в направлении на госпитализацию с возвратом



бланка направления с подписью пациента или путем подачи пациентом письменного заявления об отказе от плановой госпитализации в произвольной форме.

Отказ от госпитализации, не подтвержденный письменно, не учитывается.

Сведения об отказе пациента от плановой госпитализации, полученные поликлиникой не позднее 1 рабочего дня следующего за «днем отказа» направляются через ТФОМС в СМО по месту страхования и в стационар, в который направлялись сведения о направлении на госпитализацию.

Сведения об отказе пациента от плановой госпитализации, полученные стационаром не позднее 1 рабочего дня следующего за «днем отказа» направляются через ТФОМС в СМО по месту страхования и в поликлинику направлявшую пациента на госпитализацию.

Сведения об отказе пациента от плановой госпитализации, полученные СМО, не позднее 1 рабочего дня следующего за «днем отказа» направляются через ТФОМС в поликлинику, направлявшую пациента на госпитализацию и в стационар в который направлялись сведения о направлении на госпитализацию.

Поликлиника, стационар или СМО должны представить сведения о застрахованном лице, отказавшемся от плановой госпитализации (по номеру направления) соответственно в стационар, в поликлинику и в СМО.

Сведения оформляются в виде Таблицы 5 (см. ниже).

Стационары по факту госпитализации формируют сведения обо всех госпитализированных пациентах и направляют их через ТФОМС всем участникам информационного взаимодействия.

Стационары при направлении сведений обо всех пациентах, госпитализированных по направлениям (в том числе при переводе из других медицинских организаций и в рамках одной медицинской организации) разделяют их на пациентов:

- госпитализированных по направлениям поликлиник;
- переведенных из другого стационара (юридического лица);
- переведенных из одного отделения в другое внутри одного стационара.

Таблица 3. Состав сведений о госпитализации по направлению (в том числе при переводе из других медицинских организаций и в рамках одной медицинской организации)

<b>Обяз.</b>	<b>Наименование</b>	<b>Дополнительная информация</b>
Усл.	Номер направления	Если перевод осуществляется из одного стационара в другой или из одного отделения в другое в пределах одного стационара, то номер направления не указывается
Да	Дата направления	
Да	Форма оказания медицинской помощи	В соответствии со справочником
Да	Реестровый номер медицинской организации,	Реестровый номер из справочника ФФОМС
Усл.	Код подразделения медицинской организации	Код МО по ТФОМС
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	Реестровый номер из справочника ФФОМС

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Усл.	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Код МО по ТФОМС
Да	Кем направлен (откуда переведен)	1-поликлиника 2-стационар (другое юридическое лицо) 3-из одного отделения в другое отделение в одном стационаре
Да	Дата фактической госпитализации (в отделение куда переведен пациент)	Заполняется на основании истории болезни
Да	Время фактической госпитализации	Заполняется на основании истории Болезни
Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	1 - полис старого образца; 2 - временное свидетельство; 3 - полис единого образца.
Усл.	Серия полиса обязательного медицинского страхования	Указывается для полисов старого образца при наличии
Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Страховая медицинская организация	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Субъект Российской Федерации, в котором застрахован гражданин	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Усл.	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Профиль койки	Заполняется на основании справочника профилей койки
Да	Код отделения (профиль)	Указывается согласно перечню кодов профилей справочника.
Да	№ карты стационарного больного	
Да	Диагноз приёмного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

Сведения обо всех госпитализированных пациентах стационаром направляются в ТФОМС.

ТФОМС направляет сведения о пациентах, госпитализированных по направлениям в поликлиники, выписавшие направления, и в СМО, в которые ранее были направлены сведения о выписанных направлениях.

ТФОМС определяет страховую принадлежность, а также медицинскую организацию, к которой прикреплен пациент, по пациентам, госпитализированным путем перевода (без направления). Далее, ТФОМС направляет сведения в поликлиники по месту прикрепления пациента, а также в СМО по результатам определения страховой принадлежности..

Стационары по факту экстренной госпитализации формируют сведения обо всех госпитализированных пациентах и направляют их через ТФОМС всем участникам информационного взаимодействия.

Таблица 4. Состав сведений об экстренной госпитализации

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Реестровый номер медицинской организации	Реестровый номер из справочника ФФОМС
Да	Код подразделения медицинской организации	Код МО по ТФОМС
Да	Дата фактической госпитализации	Заполняется на основании истории болезни
Да	Время фактической госпитализации	Заполняется на основании истории болезни
Усл.	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	1-полис старого образца; 2- временное свидетельство; 3- полис единого образца. Указывается при наличии сведений
Усл.	Серия полиса обязательного медицинского страхования	Указывается для полисов старого образца при наличии
Усл.	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	Указывается при наличии сведений
Усл.	СМО	Указывается согласно предъявленному полису при наличии сведений
Усл.	Субъект Российской Федерации, в котором застрахован гражданин	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Усл.	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Усл.	Дата рождения	
Да	Профиль койки	Заполняется на основании справочника профилей койки
Да	Код отделения (профиль)	Указывается согласно перечню кодов профилей справочника.



Да	№ карты стационарного больного	
Да	Диагноз приёмного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

Сведения обо всех госпитализированных стационаром по экстренным показаниям пациента направляются в ТФОМС. ТФОМС определяет страховую принадлежность пациентов на дату госпитализации и направляет сведения о тех пациентах, чья страховая принадлежность определена в СМО.

ТФОМС направляет сведения о госпитализированных по экстренным показаниям пациентах в поликлиники по месту прикрепления пациента.

Направление пациента на плановую госпитализацию и явившегося в назначенную (согласованную) для плановой госпитализации дату может быть аннулировано стационаром по ряду различных причин. В случае аннулирования направления стационар должен на следующий день представить сведения об аннулировании направления на госпитализацию (Таб. 5).

Таблица 5. Состав сведений об аннулировании направления на госпитализацию

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	Заполняется на основании представленного направления
Да	Дата направления	
Да	Источник аннулирования	Указывается символ: 1 - СМО 2 - медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях 3 - медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях
Да	Реестровый номер источника аннулирования	Реестровые номера МО или СМО из справочника ФФОМС
Усл.	Код подразделения медицинской организации-источника аннулирования	Код МО по ТФОМС
Да	Причина аннулирования	Указывается: 1 –отсутствие показаний для госпитализации 2 - непредставление необходимого пакета документов (отказ медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях) 3 – инициативный отказ от госпитализации пациентом 4 –отказ от госпитализации по эпидемиологическим показаниям 5 – карантин в стационарном отделении 6 –направление застрахованного лица не по профилю заболевания 7- неявка пациента на госпитализацию 8 – смерть до госпитализации 9 – прочие

Сведения об аннулировании направления направляются всеми участниками информационного взаимодействия через ТФОМС соответствующим адресатам, которым были направлены сведения о направлении на плановую госпитализацию.

Стационар ежедневно представляет всем участникам информационного взаимодействия сведения обо всех пациентах, выбывших из стационара (выписанных, переведенных, умерших). Сведения оформляются в виде Таблицы 6.

Таблица 6. Состав сведений о пациентах, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Усл.	Номер направления	Заполняется при наличии направления
Усл.	Дата направления	Заполняется при наличии направления
Да	Форма оказания медицинской помощи	В соответствии со справочником
Да	Реестровый номер медицинской организации	Реестровый номер из справочника ФФОМС
Усл.	Код подразделения медицинской организации	Код МО по ТФОМС
Да	Дата госпитализации	
Да	Дата выбытия	
Да	Дата рождения	
Да	Пол	
Да	Профиль койки	Заполняется на основании справочника профилей койки
Да	Код отделения (профиль)	Указывается согласно перечню кодов профилей справочника.
Да	№ карты стационарного больного	

Сведения обо всех выбывших из стационара лицах, направляются в ТФОМС.

ТФОМС идентифицирует пациентов по № карты стационарного больного и направляет сведения обо всех выбывших из стационара пациентах в те поликлиники, куда ранее направлялись сведения о госпитализированных пациентах.

ТФОМС направляет сведения обо всех выбывших из стационара пациентах в те СМО, куда ранее направлялись сведения о госпитализированных пациентах.

Если по номеру карты стационарного больного ТФОМС не идентифицировал пациента как ранее поступившего в стационар, то сведения о таком пациенте возвращаются в стационар для исправления.

Стационары ежедневно до 9-00 представляют в ТФОМС сведения о наличии свободных мест для госпитализации и о движении больных по отделениям за истекшие сутки, т.е. с 9 часов утра предыдущего дня до 9 часов утра текущего дня (о числе состоявших и поступив-

ших больных, в том числе из дневных стационаров, переведенных из отделения в отделение, выписанных, в том числе в дневные стационары и умерших), а также о числе больных, состоящих в отделении на 9 часов утра текущего дня. Сведения представляются в разрезе профильных отделений и профилей коек. По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, травматологические койки в составе хирургического отделения и т.д.), о числе коек и движении больных по койкам узких специальностей.

Таблица 7. Состав сведений о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учётом периода ожидания в части коек ОМС

№	Наименование	Дополнительная информация
Да	Дата	
Да	Реестровый номер медицинской организации	Реестровый номер из справочника ФФОМС
Усл.	Код подразделения медицинской организации	Код МО по ТФОМС
Да	Профиль отделения	Заполняется на основании справочника профилей койки
Да	Профиль койки	Указывается согласно перечню кодов профилей справочника.
Да	Состояло пациентов на начало истекших суток	
Да	Поступило пациентов за истекшие сутки (поступило + переведено из др. отделений)	
Да	Выбыло пациентов за истекшие сутки (выписано + переведено в др. отделения + умерло)	
Да	Состоит на начало текущих суток	
Да	Планируется госпитализаций (направлений на госпитализацию) на текущие сутки	
Да	Количество свободных коек на начало текущих суток (с учётом планируемой госпитализации) всего	
Да	в том числе: мужские	
Да	женские	
Да	детские	

№	Наименование	Дополнительная информация
Да	Исполнение объемов в части количества госпитализаций в разрезе СМО	указывается количество выбывших пациентов, пролеченных по соответствующему профилю в разрезе СМО (нарастающим итогом с начала календарного года по дату, предшествующую дню заполнения сведений).
Да	Исполнение объемов в части количества койко-дней в разрезе СМО	Заполняют только те учреждения, которым комиссией по разработке территориальной программы ОМС утверждены объемы в койко-днях (медицинская реабилитация в стационарных условиях), при этом указывается количество койко-дней проведенных выбывшими пациентами, пролеченными по данному профилю в разрезе СМО (нарастающим итогом с начала календарного года по дату, предшествующую дню заполнения сведений).

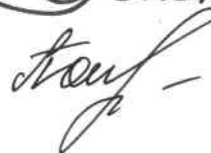
ТФОМС доводит сведения о наличии свободных мест для госпитализации и о движении больных по отделениям до всех поликлиник и СМО.

Заместитель директора по аналитической  
работе и информатизации



А.Л. Попов

Заместитель директора по  
организации ОМС



А.В. Пайль