МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 11 ЯНВ 2017 № 15-п / 1

г. Екатеринбург

Об утверждении состава данных и рекомендуемой формы направлений на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях, выдаваемых медицинскими организациями Свердловской области

В целях унификации состава данных, содержащихся в направлениях, выдаваемых медицинскими организациями на территории Свердловской области

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить:

1) Состав данных, содержащихся в направлении на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях (Приложение 1);

2) Рекомендуемую форму направления на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях (Приложение 2).

2. Руководителям медицинских организаций, осуществляющих деятельность в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области, с 01.03.2017 обеспечить:

1) выдачу направлений в бумажном или электронном виде при направлении пациента: на госпитализацию в круглосуточный или дневной стационар, для получения услуг в амбулаторно-поликлинических условиях в медицинских организациях не по месту прикрепления по видам, включенным в подушевой норматив финансирования, за исключением услуг, оказанных в женских консультациях;

2) выдачу направлений в бумажном или электронном виде на получение дополнительных услуг в рамках обращения не по месту прикрепления («межкабинетные консультации», дополнительные исследования) в амбулаторно-поликлинических условиях по видам, включенным в подушевой норматив финансирования, за исключением услуг, оказанных в женских консультациях;

3) соответствие состава данных, содержащихся в выдаваемых (в бумажном или электронном виде) направлениях на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях, утвержденному составу данных;

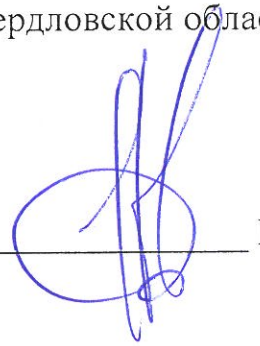
4) сохранение в первичной медицинской документации (в том числе в электронном виде) ключевых реквизитов направления согласно пункту 2 Приложения 1: при выдаче направления, при оказании медицинской помощи по направлению;

5) заполнение полей, характеризующих направление, в электронных реестрах персонифицированного учета по случаям предоставления медицинских услуг по направлениям.

3. Директорам филиалов ТФОМС Свердловской области обеспечить методическую поддержку медицинских организаций.

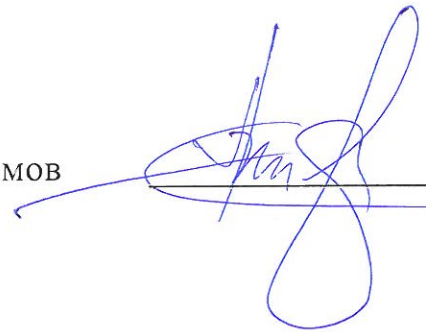
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за собой.

Министр здравоохранения
Свердловской области



_____ И.М. Трофимов

Директор
ТФОМС Свердловской области



_____ В.А. Шелякин

Приложение № 1 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
ТФОМС Свердловской области
от 11 ЯНВ 2017 № 15-п / 1

Состав данных, содержащихся в направлении на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях

1. **Описание реквизитов направления:**

1) Наименование МО, выдавшей направление
Формат: Т (текстовое поле)
Правила заполнения: указывается наименование МО, выдавшей направление
2) Адрес МО, выдавшей направление
Формат: Т (текстовое поле)
Правила заполнения: указывается адрес МО, выдавшей направление.
3) Код МО, выдавшей направление
Формат: Т(6) (текстовое поле, значность: 6 символов)
Правила заполнения: заполняется в соответствии с реестром МО (классификатор F003): ТТММММ, где ТТ- код субъекта РФ (для Свердловской области - 66), ММММ – код МО в соответствии со справочником ТФОМС SpMO.
4) Код ОГРН
Формат: N(13) (числовое поле, значность: 13 символов)
Правила заполнения: указывается код ОГРН МО, выдавшей направление
5) Код структурного подразделения МО
Формат: N(10) (числовое поле, значность: 10 символов)
Правила заполнения: заполняется в соответствии со структурой МО в ТФОМС
6) Код врача, выдавшего направление
Формат: N(6) (числовое поле, значность: 6 символов)
Правила заполнения: заполняется в соответствии со справочником ТФОМС SpDOCTOR.
7) Номер направления
Формат: N(7) (числовое поле, значность: 7 символов)
Правила заполнения: указывается номер направления. Правила нумерации определяются МО.
Условие: Должен быть уникальным в рамках одного посещения пациента.
8) Дата выдачи направления
Формат: D (дата)
Правила заполнения: указывается дата выдачи направления.
9) Наименование МО, куда направлен пациент
Формат: Т (текстовое поле)
Правила заполнения: указывается наименование МО, куда направлен пациент
10) Код МО, куда направлен пациент
Формат: Т(6) (текстовое поле, значность: 6 символов)
Правила заполнения: заполняется в соответствии с реестром МО (классификатор F003): ТТММММ, где ТТ- код субъекта РФ (для

Свердловской области - 66), ММММ – код МО в соответствии со справочником ТФОМС SpMO.

11) Тип направления

Формат: N (1) (числовое поле, значность: 1 символ)

Правила заполнения: должно принимать одно из предложенных значений:

1 – направление на госпитализацию в круглосуточный стационар;
2 – направление на госпитализацию в дневной стационар;
3 – направление на консультативный прием в амбулаторно-поликлинических условиях, в соответствии с маршрутизацией, установленной распорядительными документами Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления здравоохранением Администрации г. Екатеринбурга;
4 – направление на проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях;
5 – направление на телеконсультацию;
6 – внутреннее направление («межкабинетное» консультирование), используется только при оказании помощи не по месту прикрепления.

12) Профиль отделения (для КСС), специальность врача (для СЗП, АПП), наименование диагностического исследования (для АПП)

Формат: Т (текстовое поле)

Правила заполнения:

профиль отделения (для КСС) - в информационной системе заполняется код в соответствии с Федеральным справочником профилей оказанной медицинской помощи (V002),
специальность врача (для СЗП, АПП) - в информационной системе заполняется код в соответствии с Классификатором медицинских специальностей (V015),
наименование диагностического исследования (для АПП) – указывается наименование диагностического исследования.

13) Форма оказания медицинской помощи (для КСС)

Формат: N(1) (числовое поле, значность: 1 символ)

Правила заполнения: должно принимать одно из предложенных значений:

1 – плановая;
2 – неотложная.

14) Необходимость оперативного вмешательства

Формат: N(1) (числовое поле, значность: 1 символ)

Правила заполнения: должно принимать одно из предложенных значений:

1 – да;
2 – нет.

15) Тип полиса ОМС

Формат: N(1) (числовое поле, значность: 1 символ)

Правила заполнения: должно принимать одно из предложенных значений:

1 – полис старого образца;
2 – временное свидетельство;
3 – полис нового образца.

16) Номер полиса ОМС

Формат: N(16) (числовое поле):

Правила заполнения:

1-7 символов – для полиса старого образца,
9 символов – для временного свидетельства,
16 символов – для полиса нового образца.

17) Фамилия, имя, отчество

Формат: Т (текстовое поле)
Правила заполнения: заполняется в соответствии с полисом ОМС

18) Дата рождения
Формат: D (дата)
Правила заполнения: заполняется в соответствии с полисом ОМС

19) Адрес проживания
Формат: Т (текстовое поле)
Правила заполнения: указывается адрес проживания пациента/

20) Контактный телефон (числовое поле)
Формат: N(11) (числовое поле, значность: 11 символов)
Правила заполнения: указывается контактный телефон пациента.

21) Код диагноза по МКБ
Формат: Т(10) (текстовое поле, значность: 10 символов)
Правила заполнения: заполняется в соответствии со Справочником МКБ, по МКБ-10

22) Цель направления
Формат: Т (текстовое поле)
Правила заполнения: указывается цель направления.

23) Дата, время планируемой госпитализации, консультации, диагностического исследования
Формат: D (дата)
Правила заполнения: указывается дата планируемой госпитализации, консультации, диагностического исследования
Время планируемой консультации заполняется для телеконсультаций.

24) Анамнез, проведенное обследование и лечение
Правила заполнения: заполняется при необходимости, в т.ч. для телеконсультаций и первичных консультативных приемов в соответствии с распорядительными документами МЗ СО.

2. Ключевые реквизиты направления:

1) дата направления;
2) код МО, выдавшей направление;
3) код врача, выдавшего направление;
4) тип направления;
5) тип полиса ОМС;
6) номер полиса ОМС;
7) номер направления.

Приложение № 2 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
ТФОМС Свердловской области
от 11 ЯНВ 2017 № 15-п/1

Рекомендуемая форма направления на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях

_____
(наименование МО, выдавшей направление)

_____
(адрес)

Код МО, выдавшей направление | 6 | 6 | | | | |
Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |
Код структурного подразделения МО | | | | | | | | | | |
Код врача, выдавшего направление | | | | | | |

Дата выдачи направления | | | | | | | | | (день | месяц | год)

№ НАПРАВЛЕНИЯ | | | | | | | |

_____
(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Код МО, куда направлен пациент | 6 | 6 | | | | | Телефон МО _____

Тип направления

1 – направление на госпитализацию в круглосуточный стационар;
2 – направление на госпитализацию в дневной стационар;
3 – направление на консультативный прием в амбулаторно-поликлинических условиях, в соответствии с маршрутизацией, установленной распорядительными документами Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления здравоохранением Администрации г. Екатеринбурга;
4 – направление на проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях;
5 - направление на телеконсультацию;
6 – внутреннее направление (на «межкабинетное» консультирование).

Профиль отделения (для КСС), специальность врача (для СЗП, АПП), наименование диагностического исследования (для АПП) _____

Форма оказания медицинской помощи (для КСС) | 1. плановая | 2. неотложная |

Необходимость оперативного вмешательства | 1. да | 2. нет |

Страховой полис ОМС
тип | 1. полис старого образца | 2. временное свидетельство | 3. полис нового образца |

номер | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Фамилия, имя, отчество пациента _____

Дата рождения | | | | | | | | |

Адрес проживания _____

Контактный телефон | | | | | | | | | | | |

Код диагноза по МКБ | | | | | | | | | | |

Цель направления _____

Дата, время планируемой госпитализации, консультации, диагностического исследования | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. врача, выдавшего направление)

Анамнез, проведенное обследование и лечение

ОАК:

Биохимический анализ крови:

ОАМ:

ЭКГ:

Рентгенологические методы обследования:

Специальные методы обследования:

(подпись врача, выдавшего направление) (Ф.И.О. врача, выдавшего направление)

(подпись заведующего отделением) (Ф.И.О. заведующего отделением)