



**П Р И К А З**

30.04.2014 878 №

Шупашкар хули

**П Р И К А З**

30.04.2014 № 878

г. Чебоксары

**О порядке маршрутизации пациентов при оказании плановой специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в медицинских организациях Чувашской Республики**

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 ноября 2013 г. № 859ан «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 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», в целях совершенствования оказания плановой специализированной медицинской помощи в стационарных условиях населению Чувашской Республики в медицинских организациях в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилям медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республики медицинской помощи п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить порядок маршрутизации пациентов при оказании плановой специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в медицинских организациях Чувашской Республики согласно приложению к настоящему приказу.

2. Главным врачам медицинских организаций Чувашской Республики:

2.1. Назначить уполномоченное лицо, ответственное за маршрутизацию пациента при оказании плановой специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в медицинской организации.

2.2. Обеспечить реализацию и личный контроль исполнения настоящего приказа в медицинской организации.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения и социального развития Чувашской Республики Н.Х. Зинетуллину.

Министр



А.В. Самойлова

**Порядок маршрутизации пациентов при оказании плановой  
специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в  
медицинских организациях Чувашской Республики**

I. Общие условия предоставления плановой специализированной медицинской помощи в стационарных условиях

1. Настоящий Порядок определяет маршруты пациентов при оказании плановой специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в медицинских организациях Чувашской Республики в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи.

2. Для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме выбор пациентом (или его законным представителем) медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по месту прикрепления пациента<sup>1</sup>, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи в объеме и на условиях, определенных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи (далее – Программа государственных гарантий). В случае если в реализации Программы государственных гарантий принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю данного уровня, лечащий врач информирует пациента (или его законного представителя) о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения порядков маршрутизации пациентов по профилям медицинской помощи, регламентированных приказами Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики с учетом сроков ожидания госпитализации.

Для контроля за организацией информационного обмена и управления госпитализацией приказом руководителя медицинской организации назначаются уполномоченные лица.

3. Плановая специализированная медицинская помощь в стационарных условиях организуется и оказывается при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях, при наличии медицинских показаний для госпитализации, после предварительного обследования пациента на догоспитальном этапе в соответствии со стандартом медицинской помощи по установленному заболеванию с учетом сроков ожидания госпитализации.

4. Обоснованность плановой госпитализации определяется на основании следующих критериев:

- необходимость круглосуточного наблюдения за пациентом;
- необходимость проведения медицинского вмешательства, которое может быть выполнено только в условиях стационара;

---

<sup>1</sup> при направлении пациента в медицинскую организацию вышестоящего уровня – по согласованию с заведующим структурным подразделением

- объективное отсутствие возможности организовать и (или) предоставить пациенту необходимый объем лечебно-диагностических мероприятий на амбулаторном этапе.

5. Лечащий врач несет персональную ответственность за обоснованность направления на плановую госпитализацию и осуществляет контроль за фактом госпитализации.

6. В случае отказа пациента (или его законного представителя) от плановой госпитализации лечащим врачом производится запись в медицинской карте амбулаторного больного с указанием причины отказа.

7. Допускается передача медицинской карты амбулаторного больного в госпитализирующее отделение медицинской организации по письменному запросу заведующего отделением.

Факт передачи медицинской карты амбулаторного больного фиксируется медицинской сестрой участковой в картотеке поликлиники с указанием медицинской организации, отделения, куда передана медицинская документация пациента и даты передачи.

8. Плановая госпитализация осуществляется при обязательном наличии направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь и/или врачей-специалистов медицинских организаций второго и третьего уровня, оформленного в соответствии с приложением 10 к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

Плановая госпитализация пациентов за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) осуществляется при предъявлении страхового полиса ОМС.

9. Заведующий профильным стационарным отделением с койками круглосуточного пребывания медицинской организации несет персональную ответственность за отказ от постановки пациента на очередь на плановую госпитализацию.

10. В процессе принятия решения о необходимости госпитализации пациента при выявлении необоснованного направления на плановую госпитализацию или недостатков в ведении пациента на амбулаторном этапе врач – специалист стационарного отделения выдает заключение и рекомендации по дальнейшему амбулаторному обследованию и лечению.

11. Граждане Российской Федерации, имеющие право на внеочередное оказание медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством Чувашской Республики, направляются на госпитализацию вне очереди. Решение о внеочередном оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в спорных и конфликтных случаях, касающихся плановой госпитализации, принимает врачебная комиссия медицинской организации, где пациент зарегистрирован в листе ожидания, на основании документа, дающего право на внеочередное получение плановой медицинской помощи, о чем делается соответствующая запись в листе ожидания.

12. При необходимости перевода пациента из одного круглосуточного стационарного отделения в другое, заведующий отделением оформляет направление на плановую госпитализацию согласно приложением 10 к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов (при переводе в иную медицинскую организацию) или этапный эпикриз (при переводе в условиях одной медицинской

организации). По медицинским показаниям пациент может быть переведен с целью продолжения лечения с режима круглосуточного пребывания на режим пребывания в дневном стационаре (в условиях стационара) или наоборот.

13. При отказе пациента от госпитализации по его инициативе на этапе приемного отделения, пациенту разъясняются возможные последствия, с документальным оформлением в Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у) с подписями двух врачей, а также пациента или его законного представителя.

14. По медицинским показаниям гражданин может быть направлен на плановую госпитализацию в дневные стационары всех типов, отделения (койки) сестринского ухода, хосписы.

15. Об изменении даты плановой госпитализации пациент информируется ответственным лицом профильного отделения медицинской организации за 1 сутки до госпитализации.

Допускается однократный перенос даты госпитализации на срок не более 5 дней.

16. Время ожидания на получение плановой специализированной помощи регистрируется в листе ожидания медицинской организации по профилю медицинской помощи.

18. В медицинской организации ведется журнал регистрации пациентов, направленных на плановую госпитализацию (лист ожидания) по профилям медицинской помощи.

19. Прием больных в стационар на плановую госпитализацию производится ежедневно с 08.00. до 14.00, кроме субботы, воскресенья и праздничных дней.

20. При плановой госпитализации пациент должен предоставить следующие документы:

- 1) направление на плановую госпитализацию;
- 2) страховой медицинский полис ОМС при госпитализации за счет средств ОМС;
- 3) паспорт матери (несовершеннолетним) и/или иной документ, удостоверяющий личность пациента;
- 4) необходимый минимальный объем обследования для плановой госпитализации.

Обязательными являются:

- клинический анализ крови с тромбоцитами;
- клинический анализ мочи;
- рентгенография (флюорография) органов грудной клетки (срок годности 1 год с момента исследования);
- заключение терапевта (полный терапевтический диагноз с рекомендациями по лечению) для лиц старше 40 лет или при наличии сопутствующей соматической патологии;
- электрокардиограмма (для лиц старше 40 лет или при наличии патологии со стороны сердечно-сосудистой системы);
- биохимическое исследование крови (общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, глюкоза);
- анализ кала на кишечную группу (для детей до 2 лет).

В случае госпитализации в медицинскую организацию одного из родителей по уходу за ребенком:

- данные рентгенографии органов грудной клетки;
- кровь на RW;
- анализ кала на кишечную группу (при госпитализации с ребенком до 2 лет);
- данные флюорографии органов грудной клетки, кровь на RW;
- дети, поступающие на стационарное лечение, должны иметь сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации. Срок действия справки – 10 дней.

Для оперативного лечения пациента:

- заключение терапевта или педиатра (полный клинический диагноз с рекомендациями по лечению);
- группа крови, резус-фактор;
- биохимическое исследование крови (амилаза, ПТИ, фибриноген, время свертывания крови);
- исследование крови на RW, ВИЧ-инфекцию, HBS-ag, HBC-ag;
- заключение стоматолога (санация ротовой полости);
- заключение гинеколога (для женщин).
- сертификат о профилактических прививках.

Срок давности лабораторного обследования на плановую операцию – 2 недели.

При необходимости по запросу медицинской организации, в которую госпитализируется пациент, предоставляется необходимая дополнительная информация.

Пациент имеет право на информацию о длительности ожидания, в том числе через информационно-справочные каналы, при соблюдении защиты сведений о персональных данных в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

## II. Условия госпитализации в медицинские организации второго и третьего уровней

1. Направление пациента на плановую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях осуществляется в соответствии с клиническими показаниями при состояниях, требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в медицинские организации второго и третьего (межрайонного и клинического) уровней по направлению лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, по месту прикрепления пациента, врачей-специалистов медицинских организаций второго и третьего уровней.

2. Лечащим врачом медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь пациенту по месту его прикрепления (далее – лечащий врач), оформляется талон на госпитализацию по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку в электронном виде. К талону в электронном виде прилагается выписка из медицинской документации пациента (далее – выписка), содержащая диагноз заболевания (состояния), сведения о состоянии здоровья пациента, данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований по профилю заболевания сроком давности не более 1 месяца, медицинские показания (обоснование) для необходимости получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях с указанием предположительной даты

госпитализации. Талон и выписка направляются по защищенным каналам связи в медицинские организации второго и третьего уровня уполномоченному лицу на рассмотрение. Пациенту назначается дата повторного приема лечащим врачом со сроком ожидания не более 3 суток.

Во время повторного приема лечащим врачом пациенту сообщается:

1) дата предполагаемой госпитализации пациента со сроком ожидания не позднее 30 суток и оформляется направление на стационарное лечение в соответствии с приложением 10 к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов;

2) в случае подтверждения факта госпитализации в медицинскую организацию второго или третьего уровня – о необходимости дообследования в условиях медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь пациенту по его месту прикрепления, с выдачей пациенту (его законному представителю) направления на дообследование с указанием перечня необходимых исследований или о необходимости дообследования пациента в условиях консультативной поликлиники медицинской организации второго или третьего (межрайонного или клинического) уровней с выдачей пациенту (его законному представителю) направления установленного образца;

3) об отказе в госпитализации.

Уполномоченные лица совместно с заведующими (врачами-специалистами) профильных отделений медицинских организаций второго и третьего уровней ежедневно до 15.00, кроме субботы, воскресенья и праздничных дней, рассматривают поступившие от лечащего врача документы (талоны и выписки) и принимают решение:

1) о госпитализации пациента с подтверждением даты предполагаемой госпитализации;

2) о направлении пациента на дообследование в условиях медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, по месту прикрепления пациента с указанием перечня необходимых исследований;

3) о направлении пациента на дообследование в условиях консультативной поликлиники медицинской организации второго или третьего (межрайонного или клинического уровня) уровней;

4) об отказе в госпитализации.

Талоны и выписки из медицинской документации пациентов, поступившие после 15.00, рассматриваются в течение следующего рабочего дня.

Решение уполномоченного лица о предполагаемой госпитализации, о дообследовании пациента или отказе в госпитализации пациента оформляется в виде записи в талоне с последующим уведомлением лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь пациенту по месту его прикрепления.

### III. Условия госпитализации в медицинские организации первого (муниципального) уровня

В стационарные отделения медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь пациенту по месту его прикрепления первого (муниципальный) уровня, пациент направляется по направлению лечащего врача.

Пациенту в день оформления направления сообщаются:

- номер записи на госпитализацию;
- дата предполагаемой госпитализации со сроком ожидания не позднее 30 суток.



Приложение к порядку  
информационного взаимодействия  
при организации оказания  
плановой специализированной  
медицинской помощи в стационарных  
условиях населению  
Чувашской Республики

**Талон на оказание специализированной медицинской помощи**

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации, направляющей пациента)  
В \_\_\_\_\_ медицинскую \_\_\_\_\_ организацию

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации, куда направляется пациент)  
Номер страхового полиса ОМС \_\_\_\_\_  
Дата направления \_\_\_\_\_  
Ф.И.О.пациента \_\_\_\_\_  
Пол \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_ регистрации \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ месту  
жительства \_\_\_\_\_  
Контактный телефон \_\_\_\_\_  
Социальный статус \_\_\_\_\_  
Инвалидность \_\_\_\_\_

Заключение врача первичного звена:  
Профиль \_\_\_\_\_  
Диагноз \_\_\_\_\_  
Код по МКБ -10 \_\_\_\_\_

Дата рассмотрения медицинской организацией, оказывающей специализированную  
медицинскую помощь \_\_\_\_\_

Решение медицинской организации, оказывающей специализированную  
медицинскую \_\_\_\_\_ помощь \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_