

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ПРИКАЗ**  
**от 20 декабря 2013 г. N 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 реализации [раздела XV](#) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н (зарегистрирован в Минюсте России 3 марта 2011 г., регистрационный N 19998) (в редакции приказа Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан) (зарегистрирован в Минюсте России 29 ноября 2013 г., регистрационный N 30489), приказываю:

1. Утвердить [Порядок](#) информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Ю.А. Нечепоренко.

Председатель  
Н.Н.СТАДЧЕНКО

Приложение  
к Приказу  
Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования  
от 20 декабря 2013 г. N 263

**ПОРЯДОК  
ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ  
ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ  
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТРАХОВЫМИ  
МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. Общие требования

Информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями определяется требованиями [раздела XV](#) Правил обязательного медицинского страхования.

Участниками информационного взаимодействия являются:

- страховые медицинские организации;
- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях;
- медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в

амбулаторных условиях;

- территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Все участники информационного взаимодействия осуществляют обмен данными в рамках организованного территориальным фондом обязательного медицинского страхования единого информационного ресурса субъекта Российской Федерации, реализованный в режиме онлайн (далее - единый информационный ресурс). Доступ участников к единому информационному ресурсу предоставляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к защите информации.

Принципы организации единого информационного ресурса:

- единое защищенное хранилище информации, интегрированное с информационными системами территориального фонда обязательного медицинского страхования по персонифицированному учету сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах;

- организация доступа участникам информационного взаимодействия в круглосуточном бесперебойном режиме.

## 2. Требования к функциям

### 2.1. Требования к функциям страховых медицинских организаций

1) получение сведений о выполнении объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования по случаям госпитализации, в разрезе профилей медицинской помощи;

2) получение сведений о застрахованных лицах данной страховой медицинской организации, получивших направление на госпитализацию и выбравших медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях;

3) получение сведений о застрахованных лицах данной страховой медицинской организации, госпитализированных по направлениям (в том числе по типам медицинских организаций, направивших на госпитализацию) и экстренно в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях;

4) получение сведений о количестве застрахованных лиц, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

5) получение сведений о застрахованных лицах данной страховой медицинской организации, получивших направление на госпитализацию и в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация не позднее одного дня с даты плановой госпитализации;

6) получение сведений о количестве свободных мест (коек) на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с учетом периода ожидания;

7) получение оперативных отчетов и справок по застрахованным лицам, получившим направление на госпитализацию, в целях контроля своевременности госпитализации;

8) внесение сведений об аннулировании направления на госпитализацию (до даты планируемой госпитализации) в связи с отказом от госпитализации или смерти застрахованного лица в случае обращения застрахованного лица (официального представителя) в страховую медицинскую организацию.

### 2.2. Требования к функциям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

1) передача сведений о количестве свободных мест (коек) на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) с учетом периода ожидания; количество мест указывается на текущий день, а также прогноз на последующие дни (в соответствии с решением субъекта Российской Федерации);

2) передача сведений о выполненных объемах медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке программы обязательного медицинского страхования, в разрезе профилей медицинской помощи;

3) передача сведений о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям и

экстренно для оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

4) передача сведений об отказах в госпитализации с указанием причины отказа;

5) передача сведений о количестве выбывших пациентов, в том числе переведенных в другие медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях;

6) передача сведений о сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.

2.3. Требования к функциям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

1) передача сведений о застрахованных лицах, получивших направление на госпитализацию и выбравших медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях;

2) передача сведений о застрахованных лицах, отказавшихся от госпитализации;

3) получение сведений о госпитализированных застрахованных лицах;

4) получение оперативных сведений для информирования застрахованного лица или его законного представителя о сроках ожидания медицинской помощи и количестве свободных мест на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

5) получение сведений об аннулировании направлений на госпитализацию в связи с отказом от госпитализации или смертью застрахованного лица.

2.4. Требования к функциям территориальных фондов обязательного медицинского страхования

1) Предоставление в единый информационный ресурс сведений о плановых объемах в разрезе профилей коек и страховых медицинских организаций в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) Получение отчетов об информационном сопровождении застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи;

3) Организация и обеспечение функционирования единого информационного ресурса, а также предоставление доступа к нему всем участникам информационного взаимодействия.

3. Требования к составу информации

Таблица 1. Состав сведений о направлении на госпитализацию

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	Уникален в пределах субъекта Российской Федерации
Да	Дата направления	
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Реестровый номер медицинской организации, куда направлен пациент	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации, куда направлен пациент	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	<*>
Усл	Серия полиса обязательного медицинского страхования	Указывается для полисов старого образца 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
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Контакт	Номер телефона застрахованного лица
Да	Код диагноза по МКБ	В соответствии с МКБ-10 с указанием

		подробрики
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	Код медицинского работника, направившего больного	Региональный справочник
Да	Плановая дата госпитализации	

<\*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

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

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	
Да	Дата направления	
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная
Да	Реестровый номер медицинской организации	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Дата фактической госпитализации	
Да	Время фактической госпитализации	
Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	<*>
Усл	Серия полиса обязательного медицинского страхования	Указывается для полисов старого образца при наличии

Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Усл	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	N карты стационарного больного	
Да	Диагноз приемного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

-----  
 <\*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

Таблица 3. Состав сведений об экстренной госпитализации

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Реестровый номер медицинской организации	
Усл	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Дата фактической госпитализации	
Да	Время фактической госпитализации	
Усл	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	<*> 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	Указывается при наличии сведений

	страхованию	
Усл	Страховая медицинская организация	Указывается согласно предъявленному полису при наличии сведений
Усл	Субъект Российской Федерации, в котором застрахован гражданин	Указывается согласно предъявленному полису при наличии сведений
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Усл	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Усл	Дата рождения	Указывается при наличии сведений
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	№ карты стационарного больного	
Да	Диагноз приемного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

-----  
 <\*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

Таблица 4. Состав сведений об аннулировании направления на госпитализацию

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	
Да	Дата направления	
Да	Источник аннулирования	1. страховые медицинские организации 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	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации - источника аннулирования	Региональный справочник. Указывается для медицинской организации при наличии подразделений
Да	Причина аннулирования	1. неявка пациента на госпитализацию 2. непредоставление необходимого пакета документов (отказ медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях) 3. инициативный отказ от госпитализации пациентом 4. смерть 5. прочие

<\*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

Таблица 5. Состав сведений о пациентах, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Усл	Номер направления	Для госпитализаций по направлению
Усл	Дата направления	Для госпитализаций по направлению
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная 3 - экстренная
Да	Реестровый номер медицинской организации	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений



Да	Дата госпитализации	
Да	Дата выписки	
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	№ карты стационарного больного	

<\*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными [приказом](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

Таблица 6. Состав сведений о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учетом периода ожидания.

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Дата	
Да	Реестровый номер медицинской организации	
Усл	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Профиль койки	
Да	Состояло пациентов на отчетный период <*>	
Да	Поступило пациентов за отчетный период <*>.	
Да	Выбыло пациентов за отчетный период <*>	
Да	Планируется госпитализаций (направлений на госпитализацию) на отчетный период <*>	
Да	Количество свободных коек на конец отчетного периода <*> (с учетом планируемой госпитализации) всего	
Да	в том числе: мужские	
Да	женские	
Да	детские	

Да	Исполнение объемов в части количества госпитализаций в разрезе страховых медицинских организаций	
Да	Исполнение объемов в части количества койко-дней в разрезе страховых медицинских организаций	

-----  
<\*> Отчетный период в соответствии с [разделом XV](#) Правил обязательного медицинского страхования.

#### 4. Регламент информационного взаимодействия

##### 4.1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования предоставляет в единый информационный ресурс сведения о плановых объемах в разрезе профилей и страховых медицинских организаций, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основании детализированных сведений о выданных направлениях на госпитализацию, поступивших от медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, определяет доступ к обрабатываемым сведениям для участников информационного взаимодействия. При этом предоставляемые сведения для страховых медицинских организаций определяются списочным составом застрахованных лиц по текущему состоянию регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц на момент предоставления доступа. Предоставляемые сведения для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, определяются для госпитализаций по направлениям - по выдавшей направление медицинской организации, для экстренных госпитализаций - по прикреплению. Доступ к информации о госпитализированных лицах, застрахованных в других субъектах Российской Федерации, предоставляется для территориального фонда обязательного медицинского страхования.

##### 4.2. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях

Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, осуществляет автоматизированный учет направлений застрахованных лиц для получения медицинской помощи в стационарных условиях (далее - Направление).

Направление выдается на основании выбора медицинской организации застрахованным лицом, осуществленным в соответствии со сведениями о наличии свободных мест и сроков ожидания стационарной медицинской помощи по данному профилю (койки).

Автоматизированный учет сведений о направлениях должен осуществляться в ежедневном режиме в срок до 9-00 местного времени путем предоставления соответствующих сведений в единый информационный ресурс.

Сведения о выписанных Направлениях передаются в электронном виде в единый информационный ресурс ежедневно не позднее 9-00 местного времени по состоянию на 20-00 часов предшествующего дня. Перечень передаваемых сведений представлен в [Таблице 1](#).

Номер направления должен быть уникальным в пределах субъекта Российской Федерации.

В случае отказа застрахованного лица от плановой госпитализации медицинская организация направляет соответствующие сведения в единый информационный ресурс. Перечень передаваемых сведений представлен в [Таблице 4](#).

Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 10-00 получает информацию о наличии свободных мест и объемов для госпитализации с учетом периода ожидания. Перечень получаемых сведений представлен в [Таблице 6](#).

Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, получает сведения о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям ([Таблица 2](#)), а также об аннулировании Направлений, выданных данной медицинской организацией ([Таблица 4](#)).

Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, получает сведения о застрахованных лицах, прикрепленных к данной

медицинской организации, госпитализированных по экстренным показаниям. Перечень передаваемых сведений представлен в [Таблице 3](#).

4.3. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляет автоматизированный учет застрахованных лиц, поступивших на госпитализацию по направлениям и экстренно, а также отказавшихся от госпитализации явочным порядком.

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, ежедневно не позднее 9-00 местного времени направляет в единый информационный ресурс сведения о фактах госпитализации по направлениям ([Таблица 2](#)) и экстренно ([Таблица 3](#)), об отказах от госпитализации ([Таблица 4](#)), а также о выбывших пациентах ([Таблица 5](#)).

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, ежедневно не позднее 9-00 местного времени передает информацию о количестве свободных мест для госпитализации с учетом периода ожидания. Перечень передаваемых сведений представлен в [Таблице 6](#).

4.4. Страховая медицинская организация

Страховая медицинская организация получает из единого информационного ресурса сведения о Направлениях ([Таблица 1](#)), о состоявшихся госпитализациях ([Таблицы 2 и 3](#)), об отказах от госпитализации ([Таблица 4](#)), а также о выбывших пациентах ([Таблица 5](#)).

Страховая медицинская организация получает из единого информационного ресурса сведения о количестве свободных коек и выполненных объемах медицинской помощи. Перечень передаваемых сведений представлен в [Таблице 6](#).

Страховая медицинская организация направляет в единый информационный ресурс сведения об отказах от госпитализации в связи с инициативным отказом или смертью застрахованного лица. Перечень передаваемых сведений представлен в [Таблице 4](#).

---