

АДМИНИСТРАЦИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Комитет здравоохранения Курской области

П Р И К А З

от 02.08.2021г

г. Курск

№ 508

О направлении граждан Российской Федерации, зарегистрированных на территории Курской области, в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования

В целях упорядочения направления граждан Российской Федерации, зарегистрированных на территории Курской области, в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее – ВМП), в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить:

1. Порядок направления граждан Российской Федерации, зарегистрированных на территории Курской области, в медицинские организации для оказания ВМП (Приложение № 1).
2. Состав комиссии комитета здравоохранения Курской области по отбору пациентов для направления на оказание ВМП (Приложение № 2).
3. Форму направления пациента для оказания ВМП (Приложение № 3).
4. Форму протокола решения комиссии комитета здравоохранения Курской области по отбору пациентов для направления на оказание ВМП (Приложение № 4).
5. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных комитету здравоохранения Курской области, обеспечить оформление и предоставление в комитет здравоохранения Курской области медицинских документов, указанных в п. 3 Приложения № 1.
6. Признать утратившими силу приказы комитета здравоохранения Курской области от 13.12.2019 № 777 «О реализации на территории Курской области приказа Министерства здравоохранения РФ от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», от 19.12.2019 № 794 «Об утверждении составов комиссий по отбору пациентов для направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования», от 31.07.2020 № 610 «О порядке направления граждан Российской Федерации, зарегистрированных на территории Курской области, в федеральные медицинские организации, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования», от 10.08.2020 № 645 «О внесении изменений в приказ комитета здравоохранения Курской области от 19.12.2019 № 794».
7. Контроль над исполнением приказа оставляю за собой.
8. Приказ вступает в силу со дня его подписания.

Председатель комитета

Е.А.Палферова

Порядок направления граждан Российской Федерации, зарегистрированных на территории Курской области, в медицинские организации для оказания ВМП

Настоящий порядок регулирует вопросы, связанные с направлением граждан, зарегистрированных на территории Курской области и нуждающихся в оказании ВМП, в медицинские организации для оказания ВМП.

1. Направление граждан (далее – пациента) для оказания ВМП в медицинские организации осуществляет комитет здравоохранения Курской области (далее – комитет) с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

2. Основанием для направления пациента в медицинские организации на оказание ВМП является решение комиссии комитета по отбору пациентов для направления на оказание ВМП (далее – Комиссия).

3. Основанием для рассмотрения на Комиссии вопроса о направлении пациента в медицинские организации для оказания ВМП являются следующие документы:

- оформленная в текущем году (не более 1 месяца) подробная выписка из медицинской документации, содержащая сведения о состоянии здоровья пациента, код диагноза основного заболевания по МКБ-10, код, профиль, наименование вида ВМП (в соответствии с перечнем видов ВМП, показанного пациенту), результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания ВМП, контактная информация, включая адрес по месту регистрации, телефон пациента или его близких родственников, наименование медицинской организации, в которую направляется пациент;

- направление пациента для оказания ВМП;

- протокол заседания врачебной комиссии;

- заключение главного внештатного специалиста по профилю заболевания;

- ксерокопии в 1 экземпляре следующих документов: паспорта гражданина РФ (2 страницы, с фото и адресом по месту регистрации, для родителей ребенка – страница, где вписан ребенок), свидетельства о рождении и вкладыша гражданства РФ (для детей в возрасте до 14 лет), медицинского страхового полиса (с двух сторон), страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС), справки об инвалидности (с двух сторон (при ее наличии));

- заполненное пациентом (законными представителями ребенка) заявление на обработку персональных данных (Приложение № 5);

- заполненное пациентом (законными представителями ребенка) заявление на оказание ВМП (Приложение № 6).

Для эндопротезирования суставов дополнительно необходимо предоставить:

- снимки суставов в электронном виде (на Flash-карте);

- заключение врача травматолога-ортопеда консультативно-диагностической поликлиники БМУ «Курская областная клиническая больница».

4. Комиссия (председатель, секретарь, члены комиссии) формируется из сотрудников комитета.

5. Секретарь Комиссии обеспечивает прием медицинских документов пациента, представленный направляющей медицинской организацией, посредством почтовой, электронной связи (с соблюдением требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных").

6. Решение Комиссии оформляется секретарем Комиссии в форме протокола.

7. Протокол Комиссии о подтверждении наличия (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию на оказание ВМП, оформляется не позднее десяти рабочих дней со дня поступления в комитет медицинских документов пациента.

Приложение № 2
к приказу комитета
здравоохранения Курской области
от « » 2021г. №

Состав
комиссии комитета здравоохранения Курской области по отбору пациентов для направления на оказание
ВМП

- | | |
|------------------|---|
| Даниленко В.В. | - заместитель председателя комитета здравоохранения Курской области (председатель комиссии), |
| Горяинова И.Л. | - заместитель председателя комитета - начальник управления организации службы детства и родовспоможения комитета здравоохранения Курской области (заместитель председателя комиссии), |
| Гориводский Е.Е. | - начальник управления организации и развития медицинской помощи комитета здравоохранения Курской области (заместитель председателя комиссии), |
| Зайцева Л.П. | - заместитель начальника управления организации службы детства и родовспоможения комитета здравоохранения Курской области, |
| Гончарова О.И. | - заместитель начальника управления организации и развития медицинской помощи комитета здравоохранения Курской области, |
| Маслова Н.Л. | - ведущий консультант управления организации службы детства и родовспоможения комитета здравоохранения Курской области, |
| Черных Е.Н. | - ведущий консультант управления организации и развития медицинской помощи комитета здравоохранения Курской области (секретарь). |

Приложение № 3
Утверждено приказом комитета
здравоохранения Курской области
от _____ 2021 г.

Направление пациента для оказания ВМП

1. Фамилия, имя, отчество пациента, дата его рождения, адрес по месту регистрации

2. Номер полиса обязательного медицинского страхования и наименование страховой
медицинской организации

3. Страховой номер СНИЛС

4. Код диагноза основного заболевания по МКБ-10:

5. Профиль, наименование вида ВМП (в соответствии с перечнем видов ВМП,
показанного пациенту)

6. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для
оказания ВМП

7. Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный
телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии)

Дата _____

Подпись врача _____

Подпись руководителя организации _____

Протокол

решения Комиссии комитета по отбору пациентов для направления на оказание ВМП

Протокол № ____ от _____ Комиссии комитета по отбору пациентов для оказания ВМП, созданной в соответствии с приказом комитета _____ (реквизиты нормативного правового акта).

Состав Комиссии: ФИО (присутствовавших подчеркнуть).

Рассматривалась медицинская документация пациента:

1) ФИО: _____

2) Год рождения: _____

3) Адрес по месту регистрации: _____

4) Основной диагноз: _____

Заключение Комиссии: показано (не показано) направление пациента для оказания ВМП в плановом (экстренном) порядке

Диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ -10 _____

Код профиля ВМП: _____

Код вида ВМП: _____

Наименование медицинской организации, оказывающей ВМП: _____

Заключение Комиссии: показано (не показано) направление пациента для оказания ВМП в плановом (экстренном) порядке

Заключение Комиссии: показано (не показано) направление пациента для проведения дополнительного обследования

Необходимость проведения дополнительного обследования (объем обследования, наименование медицинской организации) _____

Рекомендации Комиссии по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента в случае отсутствия у него показаний для направления в медицинские организации.

Председатель Комиссии:

Секретарь Комиссии:

Форма № 1-ВМП

*В комитет здравоохранения
Курской области*

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку
персональных данных

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

даю согласие *комитету здравоохранения Курской области* на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской - написать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____

(наименование, серия и номер документа, кем и когда выдан)

4. Адрес по месту регистрации _____
(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Наименование страховой медицинской компании, № страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования

7. Страховой номер СНИЛС

8. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя

(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

(наименование, серия и номер документа, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

(наименование, серия и номер документа, кем и когда выдан)

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

(нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки)
зарегистрированы

(№ Талон на оказание ВМП)

Приняла

(дата приема
заявления)

(подпись
специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки)
(№ Талон на оказание ВМП)

Приняла

(дата приема
заявления)

(подпись
специалиста)

Приложение № 6
к приказу комитета
здравоохранения Курской области
№ от « » 2021г.
В комитет здравоохранения Курской области

Заявление на оказание ВМП

| | | | | |
|--|--------------|---|------------------|-------|
| ФИО пациента _____ | | | | |
| Дата рождения | _____ | | | |
| Адрес по месту регистрации | _____ | | | |
| | _____ | | | |
| Адрес фактического проживания | _____ | | | |
| | _____ | | | |
| Паспорт/ Свидетельство о рождении (нужное подчеркнуть) | <u>серия</u> | <u>номер</u> | Кем выдан, когда | _____ |
| | | | | _____ |
| _____ | | | | |
| Контактные телефоны | | | | |
| Электронный адрес | | _____ | | |
| Социальный статус заявителя | | Инвалидность | | |
| Дошкольник | | I группа | | |
| Учащийся | | II группа | | |
| Работающий | | III группа | | |
| Неработающий | | Ребенок-инвалид | | |
| Пенсионер | | От получения набора социальных услуг (социальной услуги – бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно) отказался | | |
| | | | | |
| | | Да | Нет | |
| | | (нужное подчеркнуть) | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
| ФИО законного представителя (доверенного лица) пациента | | | |
| | | | |
| Адрес по месту регистрации | | | |
| Адрес фактического проживания | | | |
| | | | |
| <u>ПАСПОРТ законного представителя пациента</u> | | <u>серия</u> | <u>номер</u> Выдан кем, когда |
| Документ, подтверждающий полномочия законного представителя | | _____ (наименование документа) | |
| серия | № | выдан | |

Прошу рассмотреть мои (лица, в отношении которого я осуществляю полномочия законного представителя (доверенного лица) медицинские документы с целью принятия решения о направлении их в медицинскую организацию _____ (указать наименование медицинской организации)

для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Согласен (на) на передачу лично мне (доверенному лицу) сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении

| | | | |
|--|--|----------|--|
| К заявлению прилагаю: | | | Отметка специалиста комитета в получении |
| 1 | копия паспорта гражданина Российской Федерации | на ___ л | |
| 2 | копия свидетельства о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет) | на ___ л | |
| 3 | копия полиса обязательного медицинского страхования пациента | на ___ л | |
| 4 | копия свидетельства обязательного пенсионного страхования пациента | на ___ л | |
| 5 | справка МСЭ об инвалидности (при наличии) | на ___ л | |
| | | | |
| В случае обращения законного представителя (доверенного лица): | | | |
| 1 | копия паспорта гражданина Российской Федерации | на ___ л | |
| 2 | Копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя | на ___ л | |
| | | | |
| Дата заполнения | | | Подпись |

