



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

29.01 2018 года № 40
г. Калининград

**Об организации предоставления
высокотехнологичной медицинской помощи
населению Калининградской области государственными медицинскими
организациями Калининградской области, подведомственными
Министерству здравоохранения Калининградской области
и признании утратившим силу приказа от 02.06.2015 № 1052**

В целях упорядочения работы по организации направления пациентов, проживающих на территории Калининградской области, в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи во исполнение части 8 статьи 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года №930н «Об утверждении Порядка оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы», в соответствии с подпунктом 1 пункта 9 подпунктом 9 пункта 15 Положения о Министерстве здравоохранения Калининградской области, утвержденного постановления Правительства Калининградской области от 11.05.2010 № 311, **приказываю:**

1. Утвердить:
 - 1) положение о порядке отбора, направления граждан в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) по перечням видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), согласно приложению № 1;

- 2) положение о порядке отбора, направления граждан в медицинские организации для оказания ВМП по перечням видов, не включенных в базовую программу ОМС, согласно приложению № 2;
- 3) состав комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору и направлению пациентов, проживающих на территории Калининградской области, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих ВМП по перечню видов высокотехнологичной помощи, не включенных в базовую программу ОМС (далее - комиссия) согласно приложению № 3;
- 4) положение о комиссии согласно приложению № 4;
- 5) форму протокола комиссии согласно приложению № 5;
- 6) форму выписки из медицинской документации пациента, нуждающегося в оказании ВМП, согласно приложению № 6;
- 7) форму заявления пациента о согласии на обработку персональных данных с целью организации ВМП согласно приложению № 7;
- 8) рекомендуемую форму заявления пациента о направлении на лечение согласно приложению № 8;
- 9) примерную форму протокола медицинской организации, оказывающей ВМП на территории Калининградской области, согласно приложению № 9;
- 10) форму направления на оказание ВМП по перечням видов, включенных в базовую программу далее - ОМС, согласно приложению № 10;
- 11) форму направления на оказание ВМП по перечням видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, согласно приложению № 11;
- 12) форму заключения главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Калининградской области согласно приложению № 12;
- 13) положение о деятельности комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи согласно приложению № 13.

2. Начальнику департамента охраны здоровья - начальнику отдела организации и развития медицинской помощи О.Г. Черенковой обеспечить:

1) внесение данных о пациентах, нуждающихся в оказании ВМП по перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, в специализированную информационную систему в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

2) оформление и выдачу ответственному сотруднику медицинской организации для передачи пациенту направления к месту лечения на получение медицинской помощи и талона № 2 на получение специальных талонов (именных направлений) на проезд к месту лечения пациентам, имеющим право на набор социальных услуг и направляемым на оказание ВМП по перечням видов, включенных и не включенных в базовую программу ОМС, и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных федеральным органам исполнительной власти;

3) осуществление информирования медицинской организации, направившей пациента на оказание ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС, о решении, принятом комиссией медицинской организации, оказывающей ВМП, или необходимости проведения дополнительных исследований в случае получения уведомления в специализированной информационной системе Минздрава России;

4) оказание консультативно-методической помощи медицинским организациям по отбору и направлению граждан для оказания ВМП по перечням видов, включенных и не включенных в базовую программу ОМС, в части информирования о медицинских организациях, осуществляющих оказание ВМП и правильности оформления комплекта документов;

5) предоставление в Министерство здравоохранения РФ отчетных форм в соответствии с нормативными документами;

6) оформление протокола на основании решения комиссии по форме согласно приложению № 5 к данному приказу.

3. Главным врачам подведомственных медицинских организаций:

1) осуществлять отбор пациентов для оказания ВМП по перечням видов, включенных и не включенных в базовую программу ОМС;

2) приказом по учреждению назначить лиц, ответственных за подготовку и предоставление комплектов документов в министерство или медицинскую организацию, осуществляющую оказание ВМП за счет средств ОМС, а также за осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, осуществляющими оказание ВМП, по вопросам направления, в том числе уточнения даты госпитализации пациента.

Сведения о назначенных ответственных лицах с контактной информацией (телефон рабочий, мобильный, электронная почта) представить в министерство в срок до 05.02.2018;

3) ввести электронные журналы по учету граждан, направленных для оказания ВМП по перечням видов, включенных и не включенных в базовую программу ОМС;

4) обеспечить своевременную выдачу пациенту или его законному представителю направления к месту лечения для получения медицинской помощи и талона № 2 на получение специальных талонов (именных направлений) на проезд к месту лечения;

5) обеспечить размещение на информационных стендах учреждений наглядных материалов по информированию пациентов о порядке направления на оказание ВМП.

4. Главным врачам медицинских организаций, оказывающих ВМП по перечням видов, включенных и не включенных в базовую программу ОМС на территории Калининградской области, обеспечить:

1) оказание ВМП в соответствии с утвержденными порядками и стандартами оказания медицинской помощи;

2) предоставление информации в министерство об объемах оказанной и планируемой высокотехнологичной медицинской помощи по запросам ведомства.

5. Главным врачам медицинских организаций, осуществляющих консультативный прием граждан, обеспечить при проведении консультативных приемов в случае наличия у них медицинских показаний для ВМП

информирование о порядке направления на ВМП по перечням видов, включенных и не включенных в базовую программу ОМС, и медицинских организациях на территории Калининградской области и РФ, осуществляющих оказание ВМП по соответствующему профилю, с целью реализации права на выбор медицинской организации.

6. Главным внештатным специалистам Министерства здравоохранения Калининградской области оказывать консультативно-методическую помощь врачам учреждений здравоохранения региона в отборе пациентов, нуждающихся в ВМП, оформлять заключение в соответствии с приложением № 12 к настоящему приказу.

7. Контроль за внесением медицинскими организациями информации в электронные журналы по учету граждан, направленных для оказания ВМП по перечням видов, включенных и не включенных в базовую программу ОМС в соответствии с подпунктом 3 пункта 3 настоящего приказа возложить на начальника отдела информационных технологий В.А. Андрианова.

8. Рекомендовать медицинским организациям, оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь на территории Калининградской области, использовать примерную форму протокола решения комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП на территории Калининградской области, согласно приложению № 9 к настоящему приказу.

9. Приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 02.06.2015 № 1052 «Об организации предоставления высокотехнологичной медицинской помощи населению Калининградской области с применением специализированной информационной системы» считать утратившим силу.

10. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Калининградской области Н.Б. Берездовец.

Министр



А.Ю. Кравченко

ПО Л О Ж Е Н И Е
о порядке отбора и направления пациентов,
проживающих на территории Калининградской области,
для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских
организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь
по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи,
включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования

1. Высокотехнологичная медицинская помощь (далее ВМП), оказываемая по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - ВМП в ОМС), оказывается медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (далее - принимающая медицинская организация).
2. Для оказания ВМП в ОМС пациенты направляются в принимающую организацию медицинской организацией, осуществляющей наблюдение и лечение пациента в рамках первичной специализированной и (или) специализированной медицинской помощи (далее- направляющая организация).
3. Основанием для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП в ОМС является решение врачебной комиссии направляющей организации.
4. Проведение отбора пациентов и направление их в принимающую организацию осуществляется направляющими медицинскими организациями по направлению лечащего врача на основании выписки из медицинской документации пациента, оформленной в соответствии с утвержденной формой.
5. Лечащий врач:
 - 1) определяет медицинские показания, требующие оказания ВМП в ОМС в соответствии с перечнем видов ВМП, утвержденным разделом I постановления

Правительства РФ от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», с учетом согласия пациента на оказание ВМП и права на выбор медицинской организации, подтвержденного его личным заявлением;

2) в срок не более 3 рабочих дней с момента принятия заявления пациента, подготавливает и представляет медицинские документы на врачебную комиссию.

6. Врачебная комиссия в срок не более 5 рабочих дней с момента подачи лечащим врачом медицинских документов определяет наличие показаний (противопоказаний) для оказания ВМП в ОМС. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом с записью в медицинской документации пациента.

7. В случае принятия врачебной комиссией решения о направлении документов пациента в принимающую медицинскую организацию лечащий врач формирует пакет документов, который должен содержать:

1) письменное обращение (заявление) пациента в направляющую медицинскую организацию, подтверждающее согласие пациента на оказание ВМП и право выбора медицинской организации для оказания ВМП;

2) направление на оказание ВМП в ОМС, которое оформляется на бланке направляющей медицинской организации (форма 057-У) и на бланке в соответствии с приложением № 10 к настоящему приказу. Направления оформляются в печатном виде, заверяются подписями лечащего врача и руководителя медицинской организации;

3) выписку из медицинской документации гражданина в печатном виде за подписями лечащего врача и главного врача или его заместителя, содержащую диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья, проведенном лечении, результаты клинико-диагностических обследований по профилю заболевания, подтверждающих установленный диагноз и необходимость ВМП, заключение врачебной комиссии;

4) данные медицинского обследования, включая рентгеновские снимки, цифровые носители и др. (при наличии);

- 5) копию документа, удостоверяющего личность (паспорт - 2, 3 и 5 страницы);
- 6) заявление гражданина о согласии на обработку персональных данных;
- 7) копию свидетельства о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);
- 8) копию свидетельства обязательного пенсионного страхования гражданина и (или) законного представителя;
- 9) копию полиса обязательного медицинского страхования гражданина и (или) законного представителя;
- 10) копию паспорта законного представителя пациента (доверенного лица пациента) (в случае обращения законного представителя, доверенного лица);
- 11) заверенную копию протокола решения врачебной комиссии.

Главный врач направляющей медицинской организации несет ответственность за проведение необходимого объема обследований и полноту предоставляемого комплекта документов.

8. Пациент вправе самостоятельно представить комплект документов в принимающую организацию.

9. Основанием для госпитализации пациента в принимающую медицинскую организацию является решение врачебной комиссии данной организации по отбору пациентов на оказание ВМП (далее - комиссия медицинской организации, оказывающей ВМП).

10. Оформление на пациента талона с применением специализированной информационной системы на оказание ВМП в ОМС обеспечивает принимающая медицинская организация с прикреплением комплекта документов, указанных выше.

11. Комиссия медицинской организации, оказывающей ВМП, выносит решение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня оформления на пациента талона на оказание ВМП в ОМС (за исключением случаев скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи).

12. Решение комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, оформляется протоколом в двух экземплярах, содержащим:

- 1) реквизиты приказа руководителя медицинской организации, оказывающей ВМП, утверждающей состав комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП;
- 2) состав указанной комиссии;
- 3) данные пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность;
- 4) диагноз заболевания, с обязательным указанием кода МКБ 10;
- 5) заключение комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП.

13. Протоколы решения указанной комиссии, хранятся в принимающей медицинской организации в течение 10 лет. Выписка из протокола комиссии в течение 5 рабочих дней, но не позднее срока планируемой госпитализации, отсылается в направляющую медицинскую организацию, размещается в информационной системе в виде уведомления в специализированной информационной системе, а также может выдаваться на руки пациенту или его законному представителю.

14. В случае принятия комиссией медицинской организации, оказывающей ВМП, решения о наличии медицинских показаний для направления пациента на оказание ВМП, направляющая медицинская организация доставляет в срок не более 3 рабочих дней с момента получения информации о решении комиссии, комплект документов в отдел ВМП Министерства здравоохранения Калининградской области (далее - министерство) с указанием даты госпитализации, консультации или обследования.

15. В случае если информацию о своем решении комиссия медицинской организации, оказывающей ВМП, размещает в виде уведомления в специализированной информационной системе Министерства здравоохранения Российской Федерации, отдел ВМП министерства информирует в срок не более 3 рабочих дней с даты получения уведомления ответственного сотрудника о решении комиссии медицинской организации.

16. Отдел ВМП министерства осуществляет прием, регистрацию комплекта документов и выдачу направления к месту лечения для получения медицинской помощи, указывая дату госпитализации или консультации и талона № 2 на получение специальных талонов на проезд к месту лечения, если пациент является получателем набора социальных услуг.

17. По результатам оказания ВМП принимающие медицинские организации дают рекомендации с оформлением записи в медицинской документации пациента по дальнейшему наблюдению и (или) лечению, медицинской реабилитации.

18. Пациент вправе обжаловать решения, принятые в ходе его направления в медицинскую организацию для оказания ВМП, на любом этапе, а также действия (бездействие) органов, организаций, должностных лиц и иных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

ПОЛОЖЕНИЕ
о порядке отбора и направлении пациентов для оказания
высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях,
оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь
по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи,
не включенных в базовую программу
обязательного медицинского страхования

1. Для решения вопроса о необходимости оказания высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - ВМП), пациенты с результатами проведенных обследований согласно перечню (приложение к приказу) и направлением медицинской организации, осуществляющей лечение и наблюдение пациента (далее – направляющая медицинская организация), направляются на консультацию к главному внештатному специалисту Министерства здравоохранения Калининградской области (далее- министерство).

2. Ответственное лицо направляющей медицинской организации посредством медицинской информационной системы (далее - МИС) осуществляет запись пациента к главному внештатному специалисту и выдает пациенту направление с указанием даты и времени приема.

3. При получении пациентом заключения главного внештатного специалиста министерства о необходимости оказания ВМП с указанием профиля и наименования медицинской организации, оказывающей данный вид ВМП, пациент возвращается в направляющую медицинскую организацию, осуществляющую лечение и наблюдение пациента, для прохождения дополнительных обследований в соответствии с медицинскими показаниями и подготовки медицинских документов.

4. Ответственное лицо направляющей медицинской организации формирует комплект документов и доставляет его в отдел организации и развития медицинской помощи министерства (далее - отдел ОМП), который должен содержать:

1) письменное обращение (заявление) пациента в направляющую медицинскую организацию, подтверждающее согласие пациента на оказание ВМП и право выбора медицинской организации для оказания ВМП;

2) направление в печатном виде на оказание ВМП в соответствии с приложением к настоящему приказу;

3) выписку из медицинской документации в печатном виде за подписями лечащего врача и главного врача или его заместителя, содержащую диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья, проведенном лечении, результаты клинико-диагностических обследований по профилю заболевания, подтверждающих установленный диагноз и необходимость ВМП, заключение врачебной комиссии;

4) данные медицинского обследования, включая рентгеновские снимки, цифровые носители и др. (при наличии);

5) копию документа, удостоверяющего личность (паспорт - 2, 3 и 5 страницы);

6) заявление гражданина о согласии на обработку персональных данных (приложение);

7) копию свидетельства о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);

8) копию свидетельства обязательного пенсионного страхования гражданина и (или) законного представителя;

9) копию полиса обязательного медицинского страхования гражданина и (или) законного представителя;

10) копию паспорта законного представителя пациента (доверенного лица пациента) в случае их обращения.

Главный врач направляющей медицинской организации несет ответственность за проведение необходимого объема обследований и полноту предоставляемого комплекта документов.

5. Сотрудник отдела ОМП министерства ответственный за направление на ВМП, осуществляет прием, регистрацию, проверку соответствия установленным требованиям комплекта документов и представляют его на комиссию министерства по отбору и направлению пациентов, проживающих на территории Калининградской области, для оказания ВМП в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь по перечню видов высокотехнологичной помощи, не включенных в базовую программу ОМС (далее - комиссия министерства).

6. В случае отсутствия в представленном комплекте документов результатов лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других исследований, необходимых для принятия комиссией министерства решения о наличии или отсутствии показаний для направления на ВМП, министерство может осуществить возврат документов в медицинскую организацию.

7. Направляющая медицинская организация обеспечивает проведение пациенту лабораторных, инструментальных и других видов исследований в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Калининградской области.

8. Министерство осуществляет оказание консультативно-методической помощи медицинским организациям по отбору и направлению граждан для оказания ВМП в части информирования о медицинских организациях, осуществляющих оказание ВМП, и правильности оформления комплекта документов.

9. Комиссия министерства принимает решение и оформляет протокол о наличии (отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в медицинские организации для оказания ВМП в срок не более 10 рабочих дней со дня поступления комплекта документов.

10. Протокол комиссии министерства оформляется в двух экземплярах, один из которых хранится в течение 10 лет.

11. Копия протокола направляется в медицинскую организацию, представившую документы, может выдаваться на руки пациенту.

12. Взаимодействие с медицинскими организациями, оказывающими ВМП, по вопросам направления, в том числе уточнения даты госпитализации пациента для оказания ВМП с применением специализированной информационной системы Минздрава России, осуществляет отдел ВМП министерства.

13. В случае принятия комиссией министерства решения о наличии медицинских показаний на оказание ВМП отдел ВМП министерства оформляет талон на оказание ВМП в специализированной информационной системе Минздрава России в течение 3 рабочих дней со дня принятия решения в порядке и по форме, установленной приложением № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.01.2015 № 29н.

14. Основанием для рассмотрения на комиссии принимающей медицинской организации, оказывающей ВМП, вопроса о наличии (об отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента является талон на оказание ВМП.

15. Решение комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, о наличии (об отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента принимается в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня оформления талона на оказание ВМП, и оформляется протоколом.

16. Выписка из протокола комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, в течение 5 рабочих дней, но не позднее срока планируемой госпитализации, направляется посредством специализированной информационной системы Минздрава России в отдел ВМП министерства.

17. Сотрудники отдела ВМП министерства осуществляют своевременное информирование медицинской организации, представившей комплект

документов, о решении комиссии принимающей медицинской организации и дате госпитализации (если она указана в протоколе).

18. К талону на оказание ВМП специалисты отдела ВМП министерства прилагают и направляют в принимающую медицинскую организацию, оказывающую ВМП, с применением специализированной информационной системы:

- 1) копию выписки в печатном виде из медицинской документации пациента;
- 2) результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований;
- 3) заключение комиссии министерства

19. Пациентам, имеющим право на набор социальных услуг, при оформлении направления на оказание ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС, сотрудниками отдела ВМП оформляется талон № 2 на получение специальных талонов на проезд к месту лечения.

20. Ответственные лица направляющих медицинских организаций:

- 1) обеспечивают в течение 3 рабочих дней со дня получения решения комиссии принимающей медицинской организации, оказывающей ВМП, информирование пациента;
- 2) передают пациентам перечень обследований, необходимых при госпитализации в лечебное учреждение;
- 3) назначают явку за получением направления, талона на оказание ВМП, а также талона № 2 для обращения в Калининградское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по вопросу оформления бесплатных проездных документов к месту лечения и обратно пациентам-получателям набора социальных услуг при наличии документов о льготах.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «29» 01 2018 г. № 40

СОСТАВ

комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору направлению пациентов, проживающих на территории Калининградской области, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь по перечню видов высокотехнологичной помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования

Ф.И.О.	-	Должность
Председатель комиссии:		
Кравченко Александр Юрьевич	-	министр здравоохранения Калининградской области
Заместители председателя комиссии:		
Берездовец Наталья Борисовна	-	заместитель министра здравоохранения Калининградской области
Кружко Денис Андреевич	-	заместитель министра здравоохранения Калининградской области
Члены комиссии:		
Черенкова Оксана Геннадьевна	-	начальник департамента охраны здоровья – начальник отдела организации и развития медицинской помощи Министерства здравоохранения Калининградской области
Черкес Ирина Владимировна	-	заместитель начальника департамента охраны здоровья – начальник отдела охраны здоровья материнства и детства Министерства здравоохранения Калининградской области
Радкевич Ирина Арнольдовна	-	ведущий консультант отдела контроля качества медицинской помощи Министерства здравоохранения Калининградской области
Грицкевич Ольга Анатольевна	-	главный врач ГАУ «Региональный перинатальный центр»
Ашурова	-	заместитель главного врача ГБУЗ КО

Ольга Анатольевна		«Центральная городская клиническая больница» по клинико-экспертной работе
Кобер Денис Владимирович	-	заместитель главного врача ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области» по медицинской части
Любимый Евгений Дмитриевич	-	главный врач ГБУЗ КО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»
Горяшина Галина Степановна	-	заместитель главного врача ГБУЗ КО «Городская больница № 3» по амбулаторно-поликлинической работе
Баринев Кирилл Юрьевич	-	главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Калининградской области по онкологии
Тихомирова Елена Валерьевна	-	начальник отдела по межтерриториальным расчетам Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области
Петров Геннадий Геннадьевич	-	заместитель главного врача ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области»
Ныжник Леонид Михайлович	-	заместитель главного врача ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области» по амбулаторно-поликлиническому разделу работы
Секретарь:		
Шагимуратова Елена Федоровна	-	заведующая организационно-методическим отделом ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области»

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «29» 01 2018 г. № 40

ПОЛОЖЕНИЕ

комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору и направлению пациентов, проживающих на территории Калининградской области, для оказания высокотехнологической медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования

1. Комиссия Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору и направлению пациентов, проживающих на территории Калининградской области, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее ВМП) в медицинских организациях, оказывающих ВМП по перечню видов высокотехнологической медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее, соответственно, комиссия и ВМП), организуется для принятия решения о необходимости направления пациентов на ВМП.

2. Заседания комиссии проводятся по мере поступления комплектов документов на пациентов от направляющих медицинских организаций Калининградской области.

3. К перечню сведений, необходимых Комиссии для рассмотрения вопроса о направлении пациентов на ВМП, относятся:

1) направление на госпитализацию для оказания ВМП на бланке направляющей медицинской организации, в печатном виде, заверенное личными подписями лечащего врача, руководителя медицинской организации

(уполномоченного лица), печатями лечащего врача, направляющей медицинской организации, содержащее следующие данные:

- а) фамилию, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
 - б) номер полиса обязательного медицинского страхования;
 - в) страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования;
 - г) код основного диагноза по МКБ-10;
 - д) профиль, наименование вида ВМП в соответствии с перечнем ВМП, показанной пациенту;
 - е) наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ВМП;
 - ж) фамилию, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон, электронный адрес (при наличии);
- з) согласие на обработку персональных данных пациента;
- 2) копии следующих документов:
- а) паспорта гражданина Российской Федерации, проживающего в Калининградской области (2, 3 и 5 страницы);
 - б) свидетельства о рождении (для детей до 14 лет);
 - в) полис обязательного медицинского страхования;
 - г) свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);
- 4) выписку из медицинской документации пациента в печатном виде за подписями лечащего врача и главного врача медицинской организации или его заместителя, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих основной диагноз и необходимость оказания ВМП;
- 5) заключение главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Калининградской области по профилю заболевания;
 - б) справку медико-социальной экспертизы (при наличии);

7) справку из Пенсионного фонда Российской Федерации о льготах на бесплатный проезд к месту лечения и обратно (при наличии).

В случае обращения от имени пациента законного представителя или доверенного лица:

1) в письменном заявлении дополнительно указываются сведения о законном представителе или доверенном лице, аналогичные сведениям о самом пациенте;

2) дополнительно к письменному обращению пациента прилагаются копии паспорта законного представителя пациента (доверенного лица), копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента, или заверенная в установленном законодательством Российской Федерации порядке доверенность на имя доверенного лица пациента.

4. Подготовка решения комиссии о наличии (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента на ВМП не должна превышать 10 рабочих дней со дня поступления комплекта документов на пациента в Министерство здравоохранения Калининградской области.

5. Решение комиссии оформляется протоколом в двух экземплярах. Протоколы решений комиссии хранятся в Министерстве здравоохранения Калининградской области в течение 10 лет.

6. Выписка из протокола решения комиссии направляется в медицинскую организацию, направившую документы пациента, посредством почтовой и (или) защищенной электронной связи, а также выдается на руки пациенту (его законному представителю) по письменному заявлению или направляется пациенту (его законному представителю) посредством почтовой и (или) защищенной электронной связи.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «29» 01 2018 г. № 40

ФОРМА ПРОТОКОЛА

комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору и направлению пациентов, проживающих на территории Калининградской области, для оказания высокотехнологической медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРОТОКОЛ

комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору и направлению пациентов, проживающих на территории Калининградской области, для оказания высокотехнологической медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования

«__» _____ 20__ года № _____

1. Комиссия по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи создана приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от _____ 2017 года № _____ «О порядке отбора, направления граждан в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи».

2. Состав комиссии:

Должность _____ Ф.И.О.
Председатель _____

Заместитель председателя _____

Члены комиссии -

Секретарь комиссии -

Присутствующие специалисты:

3. Фамилия, имя, отчество пациента: _____

4. Дата рождения: _____

5. Место жительства: _____

6. Основной диагноз: _____

7. Код заболевания по МКБ 10: _____

8. Цель направления на комиссию: решение вопроса о наличии (отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП: _____

9. Медицинская организация, в которую направляется пациент: _____

10. Заключение Комиссии: _____

а) имеются медицинские показания для оказания ВМП за счет средств бюджета: _____;

профиль ВМП _____;

группа ВМП _____;

модель пациента _____;

б) имеются медицинские показания для оказания ВМП за счет средств ОМС: _____;

профиль ВМП _____;

группа _____ ВМП

_____;

модель пациента _____;

в) отсутствуют медицинские показания для оказания ВМП; рекомендации по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю _____ заболевания: _____;

г) направить для проведения дополнительного обследования: _____.

Подписи комиссии:

Должность Ф.И.О. Подпись

Председатель -

Заместитель председателя -

Члены комиссии

-

Секретарь комиссии

-

-

-

Подписи присутствующих специалистов:

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «29» 01 2018 г. № 40

ФОРМА

выписки из медицинской документации пациента, нуждающегося в оказании высокотехнологической медицинской помощи

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Адрес регистрации по месту жительства/адрес по месту пребывания _____

4. Паспорт или свидетельство о рождении: серия, номер: _____
5. Медицинский страховой полис: номер _____
6. СНИЛС: номер _____
7. Социальный статус:

- дошкольник;
- организованный, неорганизованный;
- учащийся;
- работающий, неработающий;
- пенсионер;
- военнослужащий;
- член семьи военнослужащего;
- БОМЖ .

8. Инвалидность: группа, категория «ребенок-инвалид».
9. Основной диагноз, код заболевания по МКБ-10.
10. Сопутствующий диагноз.
11. Осложнения.
12. Анамнез жизни

13. Анамнез заболевания
-

14. Объективный статус

15. Данные обследования, заключения врачей-специалистов, подтверждающие установленный диагноз

16. Проведенное лечение

17. Рекомендации

18. Заключение врачебной комиссии:

Дата, номер протокола, состав врачебной комиссии.

Решение ВК с указанием наличия (отсутствия) медицинских показаний для оказания ВМП в соответствии с Перечнями ВМП, утвержденными нормативными документами.

Вид финансирования

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «29» 01 2018 г. № 40

Ф О Р М А

**заявления о согласии на обработку персональных данных с целью оказания
высокотехнологической медицинской помощи**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие Министерству здравоохранения Калининградской области, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Калининградской области, медицинским организациям, участвующим в направлении и оказании высокотехнологичной медицинской помощи, 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 - указать)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, № и серия документа, кем и когда выдан)

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

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

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования пациента (при наличии) _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

8. Сведения о законном представителе, доверенном лице

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя, доверенного лица _____

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

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя, доверенного лица _____

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

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а). На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении, согласен (согласна).

Срок действия заявления - один год с даты подписания.

Подпись пациента (законного представителя) _____ / _____ /

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах. Заявление и документы пациента

зарегистрированы за номером:

_____ (№ талона на оказание ВМП)

Принял _____

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

(линия отреза)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы пациента _____
зарегистрированы _____

_____ (№ талона на оказание ВМП)

Принял _____

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

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

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 29 » 01 2018 г. № 40

Ф О Р М А
заявления о направлении на лечение

Министерство здравоохранения
Калининградской области

(данные пациента)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

прошу направить меня в специализированное медицинское учреждение

(наименование медицинской организации)

Для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Контактный телефон: _____

Дата _____

Подпись _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 29 » 01 2018 г. № 40

ПРИМЕРНАЯ ФОРМА
протокола медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную
медицинскую помощь на территории Калининградской области

_____ (наименование медицинской организации)

ПРОТОКОЛ
заседания комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП

« ____ » _____ 20__ г.

№ _____

1. Основание создания Комиссии (приказ по учреждению)

2. _____ Состав комиссии:

3. Фамилия, имя, отчество пациента: _____

4. Дата рождения: _____

5. Место жительства: _____

6. Основной диагноз: _____

7. Код заболевания (по МКБ-10) _____

8. Заключение Комиссии (нужное подчеркнуть):

а) госпитализировать пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП за счет средств бюджета:

профиль ВМП _____

группа ВМП _____

модель пациента _____

код вида ВМП _____

б) госпитализировать для оказания ВМП за счет средств федерального бюджета, ОМС:

профиль ВМП _____

группа ВМП _____

модель пациента _____

в) отсутствие медицинских показаний для оказания ВМП, причины отказа _____

- г) направить для проведения дополнительного обследования _____
- д) наличие медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи _____

Подписи членов комиссии: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «29» 01 2018 г. № 40

Ф О Р М А
**направления на высокотехнологическую медицинскую помощь
по перечню видов, включенных в базовую программу
обязательного медицинского страхования**

Направление № _____
на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, **включенных в**
базовую программу обязательного медицинского страхования,
в медицинскую организацию:

(наименование медицинской организации, оказывающей ВМП)

СНИЛС _____ Дата: _____

1. Код категории льготы _____ 2. Номер страхового полиса ОМС _____

3. Ф.И.О. _____

4. Пол _____ 5. Дата рождения _____

6. Документ, удостоверяющий личность: _____
Серия: _____ № _____

7. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) _____

8. Направляется: впервые/ повторно (нужное подчеркнуть)

9. Код заболевания по МКБ-10: _____

10. Профиль ВМП _____

11. Группа ВМП _____

12. Код вида ВМП _____

13. Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лечащего врача) _____

14. Контактный телефон, электронный адрес _____

15. Личная подпись лечащего врача _____

16. Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность руководителя направляющей медицинской организации _____

17. Личная подпись руководителя направляющей медицинской организации _____
18. Печать направляющей медицинской организации _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 29 » 01 2018 г. № 40

Ф О Р М А
**направления на высокотехнологическую медицинскую помощь
по перечню видов, не включенных в базовую программу
обязательного медицинского страхования**

Направление № _____
на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, **не включенных** в
базовую программу обязательного медицинского страхования,
в медицинскую организацию:

_____ (наименование медицинской организации, оказывающей ВМП)

СНИЛС _____

Дата: _____

1. Код категории льготы _____ 2. Номер страхового полиса ОМС _____

3. Ф.И.О. _____

4. Пол _____ 5. Дата рождения _____

6. Документ, удостоверяющий личность: _____

Серия: _____ № _____

7. Адрес регистрации по месту жительства(пребывания) _____

8. Направляется: впервые/ повторно (нужное подчеркнуть)

9. Код заболевания по МКБ-10: _____

10. Профиль ВМП _____

11. Группа ВМП _____

12. Код вида ВМП _____

13. Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лечащего врача) _____

14. Контактный телефон, электронный адрес _____

15. Личная подпись лечащего врача _____

16. Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность руководителя направляющей медицинской организации _____

17. Личная подпись руководителя направляющей медицинской организации _____

18. Печать направляющей медицинской организации _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 29 » 01 2018 г. № 40

Ф О Р М А
направления для оказания
специализированной медицинской помощи

Направление № _____
для оказания специализированной медицинской помощи
в медицинскую организацию:

_____ (наименование медицинской организации)

СНИЛС _____ Дата: _____

1. Код категории льготы _____ 2. Номер страхового полиса ОМС _____

3. Ф.И.О. _____

4. Пол _____ 5. Дата рождения _____

6. Документ, удостоверяющий личность: _____
Серия: _____ № _____

7. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) _____

8. Направляется: впервые/ повторно (нужное подчеркнуть) _____

9. Код заболевания по МКБ-10: _____

10. Консультация/госпитализация _____

13. Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лечащего врача _____

14. Контактный телефон, электронный адрес _____

15. Личная подпись лечащего врача _____

16. Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность руководителя направляющей медицинской организации _____

17. Личная подпись руководителя направляющей медицинской организации _____

18. Печать направляющей медицинской организации _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «29» 01 2018 г. № 40

Ф О Р М А З А К Л Ю Ч Е Н И Я
главного внештатного специалиста
Министерства здравоохранения Калининградской области

Ф.И.О. _____
Профиль ГВС _____
Ф.И.О. пациента _____
Дата рождения _____
Домашний адрес: _____

Основной _____ диагноз: _____

Диагноз по МКБ-10 _____
Код профиля ВМП _____
Код вида ВМП _____
Рекомендовано направить медицинские документы пациента на рассмотрение в:
_____ (наименование медицинского учреждения)

Дата _____

Подпись _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 29 » 01 _____ 2018 г. № 40

ПОЛОЖЕНИЕ

**о деятельности комиссии медицинской организации (принимающей)
по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской
помощи по перечню видов, включенных и не включенных в базовую
программу обязательного медицинского страхования**

1. Комиссия медицинской организации по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемых за счет средств обязательного медицинского страхования (далее, соответственно - ВМП, ОМС, комиссия) создается для принятия решения о необходимости оказания ВМП пациенту в соответствии с наличием у него медицинских показаний и отсутствием противопоказаний.

2. На усмотрение руководителя, в медицинской организации может быть создана одна общая комиссия или несколько профильных комиссий по оказанию пациентам ВМП.

3. Состав комиссии утверждается приказом руководителя медицинской организации и формируется из числа высококвалифицированных профильных специалистов медицинской организации (не менее 3 человек).

5. Председатель осуществляет руководство работой комиссии, назначает секретаря комиссии, ответственного за подготовку материалов для работы комиссии, ведение реестров и листов ожидания.

6. В медицинской организации должна иметься доступная информация для пациентов о режиме работы комиссии.

7. В своей деятельности комиссия руководствуется действующим законодательством Российской Федерации и Калининградской области, правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения Калининградской области, настоящим Положением.

8. Решение комиссии о наличии (об отсутствии) медицинских показаний для оказания пациенту ВМП оформляется протоколом, который подписывается председателем и секретарем, и фиксируется в учетной документации. Форма и порядок ведения хранится у секретаря комиссии в течение 10 лет.

9. Выписка из протокола комиссии (или копия протокола) о направлении пациента на ВМП или отказе в оказании ВМП вносится лечащим врачом в первичную медицинскую документацию пациента.