



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУКОТСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

П Р И К А З

от 28 сентября 2021 года

№ 816

г. Анадырь

Об утверждении Порядка направления пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

Во исполнение Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 октября 2019 г. № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», Постановления Правительства Чукотского автономного округа от 23 мая 2017 г. № 195 «Об утверждении Порядка по обеспечению доступности специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению» подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» Государственной программы «Развитие здравоохранения Чукотского автономного округа» в целях организации направления граждан (пациентов) для оказания высокотехнологической медицинской помощи,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок направления граждан (пациентов) Чукотского автономного округа для оказания высокотехнологической медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее Порядок), согласно приложению №1 к настоящему приказу;

1.2. форму направления на госпитализацию в медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь (далее Направление), согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

1.3. заявление о согласии (несогласии) на обработку персональных данных (далее Заявление), согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

2. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Чукотская окружная больница» (Острась М.А.) при направлении граждан (пациентов) на госпитализацию в медицинские организации для оказания высокотехнологичной

медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения руководствоваться прилагаемым Порядком, Направлением и Заявлением.

3. Признать утратившим силу приказ Департамента социальной политики Чукотского автономного округа от 24 сентября 2015 г. № 1917 «Об утверждении Порядка направления пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Начальник Департамента

Н.М. Ищенко

**Порядок
направления граждан (пациентов) Чукотского автономного округа для оказания
высокотехнологической медицинской с применением единой государственной
информационной системы в сфере здравоохранения**

1. Настоящий Порядок определяет правила направления пациентов Чукотского автономного округа, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее – пациенты) с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения «Информационно-аналитическая система Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – специализированная информационная система Минздрава России) в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь (далее – ВМП).

2. ВМП оказывается в соответствии с перечнем видов ВМП, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, который включает в себя:

1) перечень видов ВМП, включённых в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

2) перечень видов ВМП, не включённых в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, предоставляемых федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и на плановый период.

3. Департамент здравоохранения Чукотского автономного округа осуществляет направление пациентов, проживающих на территории Чукотского автономного округа, для оказания ВМП, а также информирование о порядке и условиях оказания ВМП во взаимодействии с Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России), ГБУЗ «Чукотская окружная больница», (далее - направляющая медицинская организация) и медицинскими организациями, оказывающих ВМП (далее – принимающая медицинская организация).

4. Медицинские показания к оказанию ВМП определяет лечащий врач, направляющей медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи.

5. Медицинскими показаниями для направления на оказание ВМП является:

- наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующих применения ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП;

- заключение главного внештатного специалиста, о необходимости направления пациента для оказания ВМП;

- решение врачебной комиссии направляющей медицинской организации, оформленное протоколом.

6. При наличии медицинских показаний к оказанию ВМП, лечащий врач направляющей медицинской организации, оформляет направление на госпитализацию для оказания ВМП на бланке направляющей медицинской организации, которое должно быть заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации, печатью лечащего врача, печатью направляющей медицинской организации и содержать следующие сведения (согласно приложению № 2):

1) фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);

2) номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии) и название страховой медицинской организации;

3) страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

4) код диагноза основного заболевания по МКБ-10;

5) профиль, наименование вида ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП;

6) наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ВМП, клинико-экономическую группу;

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

На бланке направления на госпитализацию для оказания ВМП должны быть заполнены все пункты направления (согласно приложению № 2): код категории льготы (при наличии), социальный статус, инвалидность (при наличии), фамилия, имя, отчество сопровождающего лица, его пол, дата рождения, документ, удостоверяющий личность, адрес регистрации по месту жительства.

7. К направлению на госпитализацию для оказания ВМП прилагаются следующие документы пациента (комплект документов):

1) выписка из медицинской документации пациента, заверенная личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя направляющей медицинской организации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания ВМП, решение врачебной комиссии направляющей медицинской организации, с обязательным содержанием информации о потребности в медицинском сопровождении и в особых условиях транспортировки пациента, заключение главного внештатного специалиста;

2) копии следующих документов пациента:

а) паспортные данные гражданина Российской Федерации;

б) свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);

в) полис обязательного медицинского страхования пациента;

г) свидетельство обязательного пенсионного страхования пациента;

3) письменное согласие пациента (его законного представителя) на оказание ВМП, содержащее следующие сведения:

а) фамилию, имя и отчество;

б) данные о месте жительства;

в) реквизиты документа, удостоверяющего личность;

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений;

д) номер контактного телефона, электронного адреса (при наличии).

4) заявление о согласии (несогласии) на обработку персональных данных пациента (согласно приложению 3);

5) в случае обращения от имени гражданина (пациента) его законного представителя необходимо дополнительно в заявлении о согласии на обработку персональных данных указать (согласно приложению № 3):

а) сведения о законном представителе (доверенном лице);

б) приложить копии следующих документов:

- паспорт законного представителя пациента (доверенного лица пациента);
- документ, подтверждающий полномочия законного представителя пациента, или заверенная в установленном законодательством Российской Федерации порядке доверенность на имя доверенного лица пациента.

8. При осуществлении права пациента на выбор медицинской организации необходимо руководствоваться приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406 «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

9. Направляющая медицинская организация в течение трех рабочих дней предоставляет в Комиссию комплект документов, предусмотренных пунктами 6, 7 настоящего Порядка, в том числе посредством электронного взаимодействия на электронные адрес: vzros3@dzo.chukotka-gov.ru

10. Основанием для направления пациента принимающую медицинскую организацию является решение Комиссии Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа по отбору и направлению пациентов для оказания ВМП (далее – Комиссия).

11. Департамент здравоохранения Чукотского автономного округа в соответствии с решением Комиссии осуществляет направление комплекта документов пациентов, предусмотренных пунктами 6, 7 настоящего Порядка, в принимающие медицинские организации:

1) при направлении пациента на оказание ВМП в принимающую медицинскую организацию, включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, направление документов осуществляется посредством электронного взаимодействия;

2) при направлении пациента на оказание ВМП в принимающую медицинскую организацию, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, оформление Талона на ВМП осуществляется с применением специализированной информационной системы Минздрава России с прикреплением комплекта документов пациента и решением Комиссии.

12. Гражданин (пациент) его законный представитель вправе самостоятельно представить оформленный комплект документов в Комиссию Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа.

В данном случае направление на госпитализацию для оказания ВМП и выписка из медицинской документации пациента выдается на руки пациенту (его законному представителю, доверенному лицу).

13. Срок подготовки решения о подтверждении наличия (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в принимающую медицинскую организацию для оказания ВМП не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления в Департамент здравоохранения Чукотского автономного округа комплекта документов, предусмотренных пунктами 6, 7 настоящего Порядка. Решение Комиссии оформляется протоколом в 2-х экземплярах.

Решение Комиссии должно содержать следующую информацию:

а) наличие медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП, диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, код вида ВМП в соответствии с перечнем видов оказания ВМП, наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ВМП;

б) отсутствие медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП и рекомендации по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

в) необходимость проведения дополнительно обследования, диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, наименование медицинской организации, в которую рекомендуется направить пациента для дополнительного обследования.

14. Основанием для госпитализации пациента в принимающую медицинскую организацию, оказывающих ВМП, является решение врачебной комиссии медицинской организации, в которую направлен пациент по отбору пациентов на оказание ВМП.

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

Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологической медицинской помощи

СНИЛС _____ (при наличии)

1. Код
категории
льготы
(при наличии)

--	--	--

2. Номер
страхового
полиса ОМС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Ф.И.О. _____

4. Пол: 1 - муж.; 2 - жен.

5. Дата рождения

--	--	--	--	--	--	--	--

6. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер, кем и когда выдан): _____

7. Адрес регистрации по месту жительства: (улица, номер дома, квартиры): _____

8. Житель: 1 – город; 2 – село;

9. Социальный статус: 1 - дошкольник: 1.1 - организован, 1.2 - неорганизован; 2 - учащийся; 3 - работающий; 4 - неработающий; 5 - пенсионер; 6 - военнослужащий, код _____, 7 - член семьи военнослужащего; 8 – БОМЖ;

10. Инвалидность: 1 - I гр., 2 - II гр., 3 - III гр., 4 - ребенок- инвалид, 5 - инвалид с детства; 6 – степень ограничения трудовой деятельности - _____;

11. Нуждается в ВМП: 1 - первично; 2 – повторно;

12. Диагноз при направлении: _____

13. Код по МКБ-10 _____ Раздел _____ Профиль ВПМ _____ Код вида

ВМП _____ Группа КЭГ _____

14. Ф.И.О. сопровождающего: _____

14.1 Пол: 1 - муж.; 2 - жен.

14.2. Дата рождения

--	--	--	--	--	--	--	--

14.3. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер): _____

14.4. Адрес регистрации по месту жительства: _____

15. Наименование медицинской организации для оказания ВМП _____

16. Должность медицинского работника (лечащего врача), направившего больного:

Ф.И.О., контактный телефон, электронный адрес

подпись

Печать

Главный врач ГБУЗ _____

Ф.И.О.

подпись

Печать
руководител

Заявление о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

Даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть)

_____ (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, медицинской организации)
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью направления на оказание высокотехнологической медицинской помощи.

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

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

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и
_____ серия документа, кем и когда выдан)

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

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

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

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

8. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество)

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

