

**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Россия, 160000, г. Вологда, ул. Предтеченская, 19
тел./факс (817-2) 23-00-70

Руководителям
медицинских организаций
Вологодской области

Главным внештатным
специалистам департамента
здравоохранения области

04.12.2022 № 2-1/997

На № _____

от _____

О порядке направления пациентов на оказание
высокотехнологичной медицинской помощи,
не включенной в базовую программу ОМС,
и на санаторно-курортное лечение в санатории,
находящиеся в ведении Минздрава России

С целью повышения качества оформления медицинских документов при направлении жителей области, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) на лечение в федеральные учреждения, направляем следующую информацию.

Направление жителей области на высокотехнологичную медицинскую помощь (далее ВМП), не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемую федеральными государственными бюджетными учреждениями и частными медицинскими организациями (финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральным государственным учреждениям и медицинским организациям частной системы здравоохранения) – Раздел II Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год осуществляется отделением по направлению на лечение в федеральные специализированные медицинские и санаторно-курортные учреждения БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница».

Порядок организации оказания ВМП с применением единой государственной Информационной системы в сфере здравоохранения определен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 октября 2019 года № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

Перечень медицинских организаций, осуществляющих оказание ВМП по Разделу II Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июля 2022 года № 518н «Об утверждении перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, на 2023 год и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 декабря 2019 года № 1101н «Об утверждении перечня медицинских организаций частной системы

здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации».

В соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи, медицинские показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи определяет лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи.

Наличие медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи подтверждается решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

При наличии показаний к оказанию ВМП, лечащий врач территориальной медицинской организации оформляет направление на госпитализацию для оказания ВМП (образец прилагается) на бланке направляющей медицинской организации, которое должно быть заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации и печатью направляющей медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

Лечащий врач также оформляет выписку из медицинской документации пациента.

К документам прилагаются копии следующих документов пациента:

- а) документ, удостоверяющий личность пациента (паспорт - 1-я страница с фото и страница с регистрацией по месту жительства);
- б) свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);
- в) полиса ОМС (бумажного с 2-х сторон);
- г) СНИЛСа;
- д) справки об инвалидности (при её наличии);
- д) согласие на обработку персональных данных пациента (образец прилагается).

В Направлении на госпитализацию для оказания ВМП, оформленном на бланке направляющей медицинской организации, должны содержаться следующие сведения о пациенте:

- Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента полностью;
- Дата рождения (число, месяц, год.);
- Адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания;
- Номер полиса обязательного медицинского страхования и название медицинской организации;
- Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
- Код диагноза основного заболевания по МКБ-10;
- Профиль, наименование вида ВМП в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, показанного пациенту;
- Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ВМП;
- Фамилия, имя, отчество и должность лечащего врача, контактный телефон, электронный адрес (при наличии).

Выписка из медицинской документации пациента, заверенная личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя направляющей медицинской организации и печатью медицинской организации, должна содержать

диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающие установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи с приложением протоколов специальных методов исследований.

Комплект вышеуказанных документов направляющая медицинская организация представляет в отделение по направлению на лечение в федеральные специализированные медицинские и санаторно-курортные учреждения БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» (г. Вологда, ул. Пошехонское шоссе, д. 23, 1 этаж, каб. № 50) почтовой и (или) электронной связью.

Пациент (или его законный представитель) вправе самостоятельно представить оформленный комплект документов в указанное отделение.

Направление жителей области на высокотехнологичную медицинскую помощь (далее ВМП), включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования – Раздел I ППГ на текущий год.

ВМП по данному Разделу оказывается областными медицинскими организациями, а при невозможности по техническим причинам, федеральными государственными бюджетными учреждениями и медицинскими организациями частной системы здравоохранения.

При наличии показаний к оказанию ВМП по Разделу I, лечащий врач медицинской организации оформляет направление на госпитализацию для оказания ВМП, а также готовит выписку из медицинской документации пациента и направляет пациента к специалистам областных лечебных учреждений по профилю заболевания для консультации и получения консультативного заключения о невозможности оказания данного вида ВМП в медицинские организации области и направления их на оказания ВМП в федеральные клиники и центры, частные медицинские организации за пределами области.

В данном случае в комплекте вышеуказанных документов должно быть данное консультативное заключение для представления его в отделение по направлению на лечение в федеральные специализированные медицинские и санаторно-курортные учреждения БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» (г. Вологда, ул. Пошехонское шоссе, д. 23, 1 этаж, каб. № 50).

Направление сотрудников МВД, Росгвардии на оказание ВМП

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2018 года № 1563 с 1 января 2019 года для сотрудников Министерства внутренних дел (МВД) и Федеральной службы войск национальной гвардии (Росгвардии) стало возможно оказание ВМП в рамках исполнения государственного задания.

Департамент здравоохранения области может создать «Талон на оказание ВМП», а медицинское учреждение принять на лечение в рамках государственного задания.

1) Направление сотрудников МВД и Росгвардии для оказания ВМП в плановом порядке в медицинские организации осуществляется:

а) ведомственной медико-санитарной частью по субъекту Российской

Федерации, осуществляющей медицинское обеспечение прикрепленных к ней сотрудников;

б) иной ведомственной медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и осуществляющей медицинское обеспечение прикрепленных к ней сотрудников по согласованию с соответствующей медико-санитарной частью по субъекту Российской Федерации.

2) Медицинской службе МВД по субъекту Российской Федерации необходимо оформить решение врачебной комиссии о невозможности получения данного вида ВМП в ведомственных медицинских организациях, оформив это протоколом, который представляется в комплекте документов.

3) Выписку из медицинской документации (диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи) оформляет также ведомственная МЧС по субъекту Российской Федерации.

4) В комплекте документов, обязательно должна быть копия служебного удостоверения пациента, подтверждающего принадлежность его к МВД или Росгвардии.

При наличии у сотрудника МВД, Росгвардии вышеуказанных документов, а также:

- копии документа, удостоверяющего личность пациента (паспорта);
- копии СНИЛСа;
- согласия на обработку персональных данных пациента (или его законного представителя) - пакет документов представляется в отделение по направлению на лечение в федеральные специализированные медицинские и санаторно-курортные учреждения БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» (г. Вологда, Пошехонское шоссе, д.22, каб. № 50).

Направление жителей области на санаторно-курортное лечение в санатории, находящиеся в ведении Минздрава России

Направление на санаторно-курортное лечение определяется приказом Министерства Здравоохранения и социального развития от 27 марта 2009 года № 138н «О порядке организации работы по распределению путевок и направлению больных из учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, на лечение в санаторно-курортные учреждения, находящихся в ведении Минздравсоцразвития России», а также Информационным письмом Минздравсоцразвития России от 29.05.2009 г. № 14-5/10/2-4265 «О направлении детей на санаторно-курортное лечение в санаторно-курортные учреждения, находящихся в ведении Минздравсоцразвития России».

Направляются на санаторно-курортное лечение:

- дети после оказания им специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях стационара в федеральных государственных медицинских учреждениях, а также после оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи детям в клиничко-диагностическом центре (амбулаторно-поликлиническом отделении) в федеральном государственном медицинском учреждении;
- дети после оказания им стационарной помощи на региональном уровне;
- дети, находящиеся на диспансерном наблюдении;

- граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Определение медицинских показаний для направления на санаторно-курортное лечение регламентировано приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 28 сентября 2020 года № 1029н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

Контроль за организацией отбора детей на при направлении на санаторно-курортное лечение в санатории федерального подчинения в соответствии с вышеуказанными нормативными правовыми актами осуществляют заместители главных врачей по медицинской части.

Родители детей (законные представители) представляют в отделение по направлению на лечение в федеральные специализированные медицинские и санаторно-курортные учреждения БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» (г. Вологда, ул. Пошехонское шоссе, д. 23, 1 этаж, каб. № 50) следующие документы:

- Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение (Форма № 070/у), утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 года № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»;

- Выписка из амбулаторной карты ребенка для санатория с указанием дат госпитализации в стационар и отметкой о диспансерном наблюдении (учете) ребенка;

- Свидетельство о рождении ребенка;
- Полис обязательного медицинского страхования;
- Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);
- Справка об инвалидности (при ее наличии);
- Паспорт одного из родителей ребенка (законного представителя).

Специалисты отделения формируют заявку в Информационно-аналитической системе Минздрава России, подсистеме санаторно-курортного лечения (в соответствии с датой подачи заявления и представлением справки для получения путевки), обеспечивающей направление взрослых и детей, нуждающихся в санаторно-курортном лечении.

Рассмотрения заявок и решение о выделении путевки или отклонение заявки, сроков проведения санаторно-курортного лечения пациентов из всех регионов Российской Федерации, принимается комиссией принимающего санатория.

Направление иностранных граждан на оказание ВМП

Оказания медицинской помощи иностранным гражданам регламентировано Постановлением Правительства Российской Федерации от 06 марта 2013 года № 186 «Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 октября 2014 года (в редакции Постановления Правительства Российской Федерации от 6 марта 2022 года № 298, в редакции Постановления Правительства Российской Федерации от 28 июля 2022 года № 1340).

Определено, что гражданам Российской Федерации, гражданам Украины,

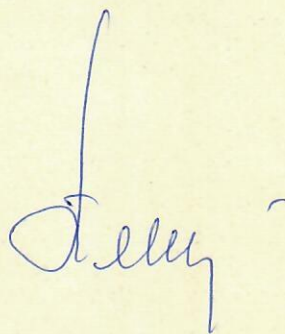
гражданам Донецкой Народной Республики, гражданам Луганской Народной Республики и лицам без гражданства, постоянно проживавшим на территориях Украины, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, вынужденно покинувшим территорию Украины, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и прибывшим на территорию Российской Федерации в экстренном массовом порядке, до получения ими полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса и удостоверяющего право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее соответственно - граждане и лица без гражданства), медицинская помощь оказывается в соответствии с Правилами оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации.

Федеральными государственными бюджетными, автономными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству, и медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления, гражданам и лицам без гражданства бесплатно оказывается первичная медико-санитарная помощь, а также специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь и паллиативная медицинская помощь при заболеваниях и состояниях, включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, проводятся профилактические прививки, включенные в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Высокотехнологичная медицинская помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается иностранным гражданам, имеющим статус «беженца» п. 7 статьи 8 федерального закона от 19 февраля 1993 года № 4528-1 «О беженцах» и гражданам Белоруссии (соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Республики Беларусь от 24 января 2006 года «О порядке оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»).

Приложение: на 5 л. в 1 экз.

Начальник департамента здравоохранения



А.Г. Плотников



Штамп медицинской организации

Направление на госпитализацию для оказания ВМП

от « » _____ 202__ г.

1. Ф.И.О. пациента: _____
2. Дата рождения: _____
3. Адрес регистрации по месту жительства _____

4. Адрес фактического проживания _____

5. Номер полис обязательного медицинского страхования и название страховой
медицинской организации _____
6. Страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС)
№ _____
7. Код диагноза основного заболевания по МКБ-10 _____
8. Профиль, наименование вида ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП,
показанного пациенту _____
9. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент
для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

10. Лечащий врач _____
Ф.И.О. _____ подпись _____
11. Должность лечащего врача _____ контактный тел. _____
12. Руководитель направляющей МО: _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

МП организации

Приложение к Порядку заполнения формы статистического учета № 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП, утвержденному приказом МЗ РФ от 30.01.2015 г. № 29н

В департамент здравоохранения
Вологодской области

Заявление о согласии на обработку персональных данных

(фамилия, имя, отчество)

Я, даю согласие департаменту здравоохранения Вологодской области на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении и приложениях к нему, с целью организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также на получение по телефону информации, связанной с выделением квоты. Согласен на обмен (прием и передачу) персональных данных с МО, в том числе по электронной почте, на базе которой будет проходить оказание ВМП, СМП.

1. Дата рождения (число, месяц, год) _____ 2. Пол _____

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, серия и номер документа,

кем и когда выдан)

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

5. Адрес фактического проживания и почтовый индекс _____

6. Номер полиса обязательного медицинского страхования, наименование страховой медицинской организации _____

7. Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) _____

8. Электронный адрес (при наличии) _____

9. Группа инвалидности (при ее наличии) _____

10. Социальный статус пациента: дошкольник, школьник, студент, работающий, неработающий, пенсионер, военнослужащий (нужное подчеркнуть)

11. Контактный телефон: тел. мобильный _____

тел. мобильный _____, домашний тел. _____

Об ответственности за достоверность сведений, указанные в заявлении предупрежден / предупреждена) (нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, и (или) по электронной почте, указанным в заявлении согласен / согласна (нужное подчеркнуть)

Дата заполнения заявления _____ Подпись пациента _____

Расписка-уведомление

Заявление и документы пациента _____

Принял _____
(ФИО специалиста) дата приема док-тов) (подпись специалиста)

12. Сведения о законном представителе (для лиц с 1-й группой инвалидности)

ФИО законного представителя _____

13. Дата рождения законного представителя (число, месяц, год) _____

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

15. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый индекс законного представителя _____

16. Адрес фактического проживания и почтовый индекс, почтовый индекс законного представителя _____

Дата заполнения заявления _____

Подпись _____

Приложение к Порядку заполнения формы статистического учета № 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП, утвержденному приказом МЗ РФ от 30.01.2015 г. № 29н

В департамент здравоохранения
Вологодской области

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку персональных данных

Я _____, _____, даю согласие

законный представитель ребенка _____, даю согласие департаменту здравоохранения Вологодской области на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении и приложениях к нему, с целью организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также на получение по телефону информации, связанной с выделением квоты. Согласен на обмен (прием и передачу) персональных данных с МО, в том числе по электронной почте, на базе которой будет проходить оказание ВМП, СМП.

1. Дата рождения (число, месяц, год) _____ 2. Пол _____

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

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

5. Адрес фактического проживания и почтовый индекс _____

6. Номер полиса обязательного медицинского страхования, наименование страховой медицинской организации _____

7. Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) _____

8. Электронный адрес (при наличии) _____

9. Группа инвалидности (при ее наличии) _____

10. Социальный статус пациента: дошкольник, школьник, студент, работающий, неработающий, пенсионер, военнослужащий (нужное подчеркнуть)

11. Контактный телефон: тел. мобильный _____

тел. мобильный _____, домашний тел. _____

Об ответственности за достоверность сведений, указанные в заявлении предупрежден / предупреждена) (нужное подчеркнуть)

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

Дата заполнения заявления _____ Подпись пациента _____

Расписка-уведомление

Заявление и документы пациента _____

Принял _____
(ФИО специалиста) дата приема док-тов) (подпись специалиста)

12. Сведения о законном представителе (для детей до 18 лет)

ФИО законного представителя _____

13. Дата рождения законного представителя (число, месяц, год) _____

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

15. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый индекс законного представителя _____

16. Адрес фактического проживания и почтовый индекс, почтовый индекс законного представителя _____

Дата заполнения заявления _____

Подпись _____