

ПРИКАЗ

от 09.04.2015г.

№ 85 /ОД

О ВМП

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Мурманской области от 27.03.2015г. № 158 «О порядке отбора, направления граждан в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи»,

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Положение о порядке отбора, направления пациентов в медицинские организации для оказания ВМП.

2. Назначить ответственным лицом за отбор, подготовку пакета документов, направление пациентов для оказания ВМП по перечню видов, включенных в базовую программу ОМС в медицинскую организацию, осуществляющую оказание ВМП за счет средств ОМС, а также за осуществление взаимодействия с Центром ВМП и медицинскими организациями, осуществляющими оказание ВМП, по вопросам направления, в том числе уточнения даты госпитализации пациента для оказания ВМП посредством телефонной или электронной связи – заместителя главного врача по медицинской части Г.Д. Васютину (в ее отсутствие – заместителя главного врача по КЭР Н.В. Хохлову).

3. Заместителю главного врача по МЧ Г.Д. Васютиной (в ее отсутствие – заместитель главного врача по КЭР Н.В. Хохловой):

3.1. Вести журналы по учету граждан, направленных для оказания ВМП по перечням видов, включенных и не включенных в базовую программу ОМС.

3.2. Осуществлять ежемесячно нарастающим итогом в срок до 01 числа, следующего за отчетным предоставлением в Центр ВМП отчета о количестве граждан, направленных на оказание и получивших ВМП в соответствии с приложением.

4. Первичный отбор пациентов для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС оставить за врачебной комиссией поликлиники в соответствии с п. 2.12 Положения о врачебной – комиссии МБУЗ «Детская городская поликлиника №4» г. Мурманска.

5. Пункт 2.12 Положения о врачебной – комиссии МБУЗ «Детская городская поликлиника №4» г. Мурманска изложить в следующей редакции:

«2.12. проведение первичного отбора пациентов, для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу формирование и направление комплекта документов в Комиссию по отбору пациентов для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС, министерства здравоохранения Мурманской области в соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, утвержденным приказом МЗ РФ от 29.12.2014г. № 930н.

Проведение отбора пациентов для оказания ВМП по перечню видов, включенных в базовую программу ОМС, для направления в медицинскую организацию, оказывающую ВМП (приказ МЗ МО от 27.03.2015г. № 158).»

6. Приказ от 31.07.2014г. № 132/ОД «О ВМП, СМП» считать утратившим силу.

7. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач

Н.С. Телибаева

Положение

о порядке отбора, направления пациентов в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с отбором, направлением пациентов с территории МБУЗ «ДП-4» для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП), за счет средств федерального, областного бюджета, обязательного медицинского страхования в медицинские организации, включенные в соответствии с нормативными документами в перечни медицинских организаций, осуществляющих оказание ВМП по видам, включенным и не включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - ОМС).

2. Направление пациентов для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС, осуществляется Министерством здравоохранения Мурманской области (далее – МЗ МО) в соответствии с административным регламентом и положением, утвержденным приказом МЗМО от 27.03.2015г. № 158.

3. Направление пациентов для оказания ВМП по перечню видов, включенных в базовую программу ОМС, в медицинскую организацию, включенную в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, и оказывающую ВМП за счет средств ОМС (далее - принимающая медицинская организация), осуществляется МБУЗ «ДП-4», осуществляющей наблюдение и лечение пациента.

4. Основанием для направления пакета документов пациента в Комиссию для оказания ВМП МЗ МО для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС, является решение Врачебной Комиссии МБУЗ «ДП-4».

5. Основанием для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП по перечню видов, включенных в базовую программу ОМС, является решение Врачебной Комиссии МБУЗ «ДП-4».

6. Проведение отбора пациентов и направление их в Комиссию МЗ МО или в принимающую медицинскую организацию, осуществляется МБУЗ «ДП-4», по направлению лечащего врача на основании выписки из медицинской документации пациента, оформленной в соответствии с утвержденной формой (приложение № 1 к настоящему положению).

7. Лечащий врач определяет медицинские показания, требующие оказания ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов», с учетом согласия пациента на оказание ВМП и права на выбор медицинской организации, подтвержденных личным заявлением пациента (приложение № 2 к настоящему положению), их наличие подтверждается Врачебной Комиссией МБУЗ «ДП-4». Решение Врачебной Комиссии МБУЗ «ДП-4» оформляется протоколом с записью в медицинской документации пациента.

8. Лечащий врач, в случае принятия врачебной комиссией решения о направлении документов пациента в Комиссию МЗ МО или в принимающую

медицинскую организацию, формирует комплект документов, который должен содержать (далее - комплект документов):

а) письменное обращение (заявление) пациента в МЗ МО (МБУЗ «ДП-4»), подтверждающее согласие пациента на оказание ВМП и право выбора медицинской организации для оказания ВМП (приложение № 2);

б) направление на оказание ВМП (приложение № 3);

в) выписку из медицинской документации гражданина, 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 (приложение № 1);

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

д) заявление гражданина о согласии на обработку персональных данных (приложение № 4);

е) копию документа, удостоверяющего личность:

- паспорт гражданина Российской Федерации;

- паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- документ, удостоверяющий личность лица, ходатайствующего о признании беженцем (свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу);

- документ, удостоверяющий личность лица, признанного беженцем (удостоверение беженца);

- документ, удостоверяющий личность лица без гражданства в Российской Федерации (разрешение на временное проживание, вид на жительство, иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

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

ж) копию свидетельства обязательного пенсионного страхования гражданина и/или законного представителя;

з) копию полиса обязательного медицинского страхования гражданина и/или законного представителя (при наличии);

и) копию паспорта законного представителя пациента (доверенного лица пациента) (в случае обращения законного представителя, доверенного лица);

к) копию документа, удостоверяющего полномочия законного представителя пациента, или заверенная в установленном порядке доверенность доверенного лица пациента (в случае обращения законного представителя, доверенного лица).

9. МБУЗ «ДП-4» после формирования комплекта документов в течение трех рабочих дней направляет его посредством почтовой связи, защищенных каналов электронной связи, курьером:

а) в принимающую медицинскую организацию в случае оказания ВМП перечню видов, включенных в базовую программу ОМС;

б) в МЗ МО в случае оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС.

10. В случае направления пациента в принимающую организацию копия направления на ВМП за счет средств ОМС в течение трех рабочих дней предоставляется в Центр по организации направления пациентов в медицинские учреждения для оказания высокотехнологичной медицинской ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» (далее - Центр ВМП).

11. Пациент (его законный представитель, доверенное лицо) вправе самостоятельно представить комплект документов в МЗ МО в случае оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС или принимающую организацию в случае оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС.

12. МБУЗ «ДП-4», обеспечивает направление пациента на проведение лабораторных, инструментальных и других видов исследований в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Мурманской области.

13. Центр ВМП осуществляет оказание консультативно-методической помощи медицинским организациям по отбору и направлению граждан для оказания ВМП по перечням видов, включенных и не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования в части информирования о медицинских организациях, осуществляющих оказание ВМП, и правильности оформления комплекта документов.

14. Комиссия МЗ МО принимает решение и оформляет протокол о наличии (отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в медицинские организации для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС, в срок не более десяти рабочих дней со дня поступления комплекта документов.

15. Копия протокола Комиссии МЗ МО направляется в МБУЗ «ДП-4», посредством электронного взаимодействия (защищенных каналов связи), а также выдается на руки пациенту (его законному представителю, доверенному лицу) или направляется пациенту (его законному представителю) почтовым отправлением и (или) по электронной почте.

16. В случае принятия Комиссией МЗМО решения о наличии медицинских показаний для направления пациента на оказание ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС, Центр ВМП оформляет Талон на оказание ВМП в специализированной информационной системе Минздрава России (в течение трех рабочих дней со дня принятия решения).

Сотрудники Центра ВМП, осуществляют своевременное информирование пациента о дате госпитализации и порядке направления на оказание ВМП по перечню видов, не включенных в программу ОМС, профильных больных.

17. При направлении пациента на оказание ВМП по профилю видов, включенных в базовую программу ОМС, в принимающую медицинскую организацию оформление Талона на оказание ВМП с применением специализированной информационной системы обеспечивает принимающая медицинская организация.

18. Основанием для госпитализации пациента в медицинские организации, оказывающие ВМП на территории Мурманской области, является решение врачебной комиссии медицинской организации, в которую направлен пациент, по отбору

пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Комиссия медицинской организации, оказывающей ВМП).

19. Решение Комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, о наличии или отсутствии медицинских показаний для оказания ВМП принимается в срок не превышающих 7 рабочих дней со дня оформления Талона на оказания ВМП и оформляется протоколом.

20. Выписка из протокола Комиссии медицинской организации оказывающей ВМП, в течение 5 рабочих дней направляется посредством специализированной информационной системы или электронной связи (по защищенным каналам связи):

- в Центр ВМП в случае оказания ВМП по профилю видов, не включенных в базовую программу ОМС;
- в МБУЗ «ДП-4» в случае оказания ВМП по профилю видов, включенных в базовую программу ОМС;
- выдается на руки пациенту (его законному представителю) по письменному заявлению или направляется пациенту (его законному представителю) посредством почтовой и (или) электронной связи.

21. Сотрудники Центра ВМП осуществляют своевременное информирование пациента (его законного представителя, доверенное лицо) о решении, принятом Комиссией медицинской организации, оказывающей ВМП, по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС, или необходимости проведения дополнительных исследований.

22. Ответственное лицо (заместитель главного врача по МЧ Г.Д. Васютина) осуществляет своевременное информирование пациента (его законного представителя, доверенное лицо) о решении, принятом Комиссией медицинской организации, оказывающей ВМП, по перечню видов, включенных в базовую программу ОМС, или необходимости проведения дополнительных исследований.

23. Медицинскими показаниями для оказания ВМП в стационарных условиях являются:

- наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания ВМП в экстренной или неотложной форме в целях диагностики и лечения;
- наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания ВМП в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации;
- наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, представляющего угрозу жизни и здоровью окружающих (изоляция пациента, в том числе и по эпидемическим показаниям);
- риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением;
- отсутствие возможности оказания ВМП в условиях дневного стационара в связи с возрастом пациента и инвалидностью.

24. Определение наличия медицинских показаний для оказания ВМП осуществляется Врачебной Комиссией МБУЗ «ДП-4».

ВЫПИСКА из медицинской документации пациента

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Число, месяц, год рождения.
3. Адрес регистрации по месту жительства/месту пребывания.
4. Паспорт или свидетельство о рождении: серия, номер.
5. Медицинский страховой полис: серия, номер.
6. СНИЛС: номер.
7. Социальный статус:
 - дошкольник;
 - организованный, неорганизованный;
 - учащийся;
 - работающий, неработающий;
8. Инвалидность: 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. Код предполагаемого вида по профилю высокотехнологичной медицинской помощи (в соответствии с действующими нормативными документами) и обоснование необходимости оказания высокотехнологичной медицинской помощи.
19. Заключение врачебной комиссии (дата, номер протокола, состав ВК, решение ВК, обоснование решения, подписи членов ВК).
20. Личная подпись лечащего врача.
21. Личная подпись руководителя направляющей медицинской организации.
22. Печать медицинской организации.

В Министерство здравоохранения
Мурманской области

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

Направление № _____
на оказание высокотехнологичной медицинской помощи
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. Код заболевания по МКБ-10: _____

9. Код вида ВМП _____

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

11. Контактный телефон, электронный адрес _____

12. Личная подпись лечащего врача _____

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

14. Личная подпись руководителя направляющей медицинской организации _____

15. Печать направляющей организации _____

В Министерство
здравоохранения
Мурманской области

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку персональных данных

- Я, _____ ,
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) даю согласие Министерству здравоохранения Мурманской области, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Мурманской 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, номер 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)
 9. Дата рождения законного представителя, доверенного лица _____
(число, месяц, год)
 10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя, доверенного лица

 11. Документ, удостоверяющий личность законного представителя, доверенного лица

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)
 12. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя, доверенного лица

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

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

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 _____

(№ 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)

