

**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Руководителям
медицинских организаций
Вологодской области

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

Главным внештатным
специалистам департамента
здравоохранения области

№ _____

На № _____ от _____

**Информационное письмо о руководящих документах
и порядке оформления документов на оказание ВМП**

При обращении жителей области в отделение по направлению на лечение в федеральные специализированные медицинские и санаторно-курортные учреждения БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» с целью направления на лечение в федеральные учреждения отмечаются недостатки в оформлении медицинских документов пациентов.

Обращаю Ваше внимание на то, что порядок направления пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее ВМП) в соответствии с перечнем видов ВМП в медицинские организации (далее – МО) государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, определен:

- постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2.10.2019 г. № 824н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.07.2021 г. № 824н «Об утверждении перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, на 2022 год»
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 декабря 2019 г. N 1101н «Об утверждении перечня медицинских организаций частной системы здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации»;

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 «О порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний» (в ред. приказа Минздрава России от 27.08.2015 N 598н).

В соответствии с утвержденным порядком организации оказания ВМП, лечащий врач медицинской организации при наличии медицинских показаний у пациента к оказанию ВМП, оформляет:

1. Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи на бланке направляющей медицинской организации, которое должно быть заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации (образец направления прилагается), и содержать 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 и название страховой медицинской организации;
- 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).

К направлению на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи прилагается следующие документы пациента:

- **выписка из медицинской документации**, заверенная личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя направляющей медицинской организации и печатью МО, содержащая 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;
- копия документа, удостоверяющий личность пациента (паспорта — страница с фото и прописки), (свидетельство о рождении для детей до 14 лет);
- копия полиса обязательного медицинского страхования (бумажный вариант с двух сторон);
- копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
- согласие на обработку персональных данных пациента (или его законного представителя) (образец заявления прилагается);
- копия справки МСЭ об установлении инвалидности (при её наличии).

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

Выписка из протокола врачебной комиссии направляющей прилагается (образец заявления прилагается)

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, 1этаж, каб. № 50) почтовой и (или) электронной связью.

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

Начальник управления организации
медицинской помощи и профилактики

С.В. Пчелинцева

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: 1. Дошкольник, 2. Школьник, 3. Студент, 4. Работающий,
5. Неработающий, 6. Пенсионер, 7. Военнослужащий.

11. Контактный телефон: дом. _____, тел. мобильный _____
тел. мобильный _____

Об ответственности за достоверность сведений, указанные в заявлении, и их соответствия данным, указанным в представленных документах предупрежден (-на)
На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен(согласна)

Дата заполнения заявления _____ Подпись пациента _____

Документы _____ Принял _____
(ФИО пациента) (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 _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я _____ законный

представитель ребенка _____ даю
согласие департаменту здравоохранения Вологодской области на обработку и использование
данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания
специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

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: 1. Дошкольник, 2. Школьник, 3. Студент, 4. Работающий,
5. Неработающий, 6. Пенсионер, 7. Военнослужащий.

11. Контактный телефон: дом. _____, тел. мобильный _____
тел. мобильный _____

Об ответственности за достоверность сведений, указанные в заявлении, и их соответствия данным,
указанным в представленных документах предупрежден (-на)
На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных _____ данных по телефонам,
указанным в заявлении согласен(согласна)

Дата заполнения заявления _____ Подпись пациента _____

Документы _____ Принял _____
(ФИО пациента) (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 _____

Департамент здравоохранения
Вологодской области
Бюджетное учреждение
Здравоохранения Вологодской области
**«ВОЛОГОДСКАЯ
ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №3»**
160025, г. Вологда, ул. Московская 2а
Телефон/факс: 73-97-36

бюджетное учреждение здравоохранения
Вологодской области
**«Вологодская городская
поликлиника №3»**
160025, г. Вологда, ул. Московская, 2а
тел./факс: (817) 73-47-36. ОГРН 1033500041585

Р/с _____

№ 384 _____

На № _____ от _____

**ВЫПИСКА
ИЗ ПРОТОКОЛА ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ**

ОТ _____ № _____

Врачебной комиссией БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №3» рассмотрен
вопрос о направлении документов пациента

Пациент:

проживает по адресу: г. ВОЛОГДА

Диагноз: .

МКБ10

Решение комиссии:

имеются медицинские показания для направления пациента в федеральное
учреждение для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Направить документы пациента в комиссию субъекта Российской Федерации
для решения вопроса об оказании ему ВМП.

Председатель ВК

Члены комиссии:



Кудряков А Д

Сметанин О.Е

ЕГОРОВ С А

