на подпись

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

КОМИ РЕСПУБЛИКАСА ЙӦЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН ВИДЗАН МИНИСТЕРСТВО

ПРИКАЗ

от 01 февраля 2024 г. № 2/52

г. Сыктывкар

Об утверждении Порядка направления жителей Республики Коми на лечение (обследование) за пределы Республики Коми в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

Руководствуясь приказами Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организаци при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственны гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», Минздрав России от 21 декабря 2012 г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбор гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорс медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамка программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи: Минздрава России от 2 декабря 2014 г. № 796н «Об утверждении Положения с организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичнoі медицинской помощи», Минздрава России от 2 октября 2019 г. № 824н «О утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинско помощи с применением единой государственной информационной системы в сфер здравоохранения», Минздрава России от 23 декабря 2020 г. № 1363н «О утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляю Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительно

47/424 020224

власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования» приказываю:

1. Утвердить Порядок направления жителей Республики Коми на лечени (обследование) за пределы Республики Коми в рамках оказания специализированно в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, согласно Приложению.
2. Руководителям медицинских организаций Республики Коми обеспечит исполнение приказа.
3. Главным врачам медицинских организаций Республики Коми III уровня главным внештатным специалистам Министерства здравоохранения Республики Коми в срок до 15 февраля 2024 г. подготовить и направить в учреждени здравоохранения Республики Коми (копию – в Министерство) перечен медицинских учреждений, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий с перечислением видов оказываемой медицинско помощи (медицинских вмешательств) по профилям заболеваний. В дальнейшем актуализировать указанный перечень 1 раз в 6 месяцев.
4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

И.о. министра С.И. Булатов

Матвеева П.П.
Платинская Э.А.

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения
Республики Коми
от 01.02.2024 № 2/52
(приложение)

ПОРЯДОК
направления жителей Республики Коми на лечение (обследование) за пределы Республики Коми в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

1. Показания для оказания пациенту специализированной, в том числ высокотехнологичной, медицинской помощи за пределами Республики Ком определяет лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходи диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи (далее направляющая медицинская организация).

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

2. В сложных клинических случаях для определения нуждаемости направлени пациента за пределы Республики Коми, вида требуемой медицинской помощ направляющая медицинская организация вправе направить медицинские документ пациента главному внештатному специалисту Министерства здравоохранени Республики Коми по профилю заболевания пациента на рассмотрение в очной ил дистанционной форме.

Главные внештатные специалисты не позднее 7 рабочих дней со дня получени запроса рассматривают медицинскую документацию пациента и оформляю заключение, в котором рекомендуют медицинские организации для оказани специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощ исходя из перечня медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

3. При выдаче направления на госпитализацию (обследование) лечащий вра обязан проинформировать пациента о медицинских организациях, участвующих реализации базовой программой государственных гарантий бесплатного оказани гражданам медицинской помощи (далее – базовая программа) и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания граждана медицинской помощи на территории Республики Коми (далее – территориальна программа) и об ориентировочных сроках ожидания госпитализации.

На основании полученной информации, гражданин осуществляет выбор медицинской организации, в которую он может быть направлен для оказания

медицинской помощи. Выбор медицинской организации подтверждает заполнением формы уведомления, согласно Приложению к настоящему Порядку.

4. В случае оформления пациентом отказа от госпитализации рекомендованные медицинские учреждения в рамках территориальной программы, также в рамках базовой программы, решение о необходимости направления пациент на лечение (обследование) за пределы Республики Коми принимается врачебно комиссией направляющей медицинской организации в соответствии с положениям действующих нормативно-правовых актов Российской Федерации, в том числе учетом заключения главного внештатного специалиста (при наличии).

Решение о направлении пациентов за пределы Республики Коми в федеральны медицинские организации принимается в случае отсутствия возможности получени необходимой медицинской помощи в медицинских организациях Республики Ком или, когда сроки ожидания плановой специализированной, в том числ высокотехнологичной, медицинской помощи превышают сроки, определенны территориальной программой государственных гарантий оказания медицинско помощи.

В случае если медицинская помощь пациенту не может быть оказана бесплатн в медицинских организациях Республике Коми и в медицинских организациях подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также в случае когда ожидание медицинской помощи может привести к ухудшению состояни здоровья пациента, врачебная комиссия медицинской организации вправе принят решение о направлении пациента для получения специализированной, в том числ высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинские организации подведомственные органам исполнительной власти других субъектов Российско Федерации.

Информация о принятом решении врачебной комиссии вносится медицинскую документацию пациента.

5. Направление на госпитализацию (форма 057/у-04), выданное пациенту случае направления за пределы Республики Коми на основании решения врачебно комиссии, должно быть оформлено на бланке направляющей медицинско организации, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписьн руководителя медицинской организации (уполномоченного лица) и печаты направляющей медицинской организации.

6. При наличии показаний для оказания пациенту высокотехнологично медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательног медицинского страхования, пакет документов пациента направляется н рассмотрение Комиссия Министерства здравоохранения Республики Коми по отбор пациентов в медицинские организации для получения специализированной, в то числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Приложени
к Порядку направления жителе
Республики Коми
на лечение (обследование
за пределы Республики Коми
в рамках оказания специализированной
в том числе высокотехнологичной
медицинской помощи,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Республики Коми
от _____ № _____

ФОРМА

Наименование направляющей
медицинской организации

Уведомление об оказании медицинской помощи

Я, _____ «___» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
в отношении _____ «___» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании уведомления законным представителем)
информирован о наличии показаний для оказания мне (представляемому лицу):

1. высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования
2. высокотехнологичной, медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования
3. специализированной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования

_____
(нужное выделить)

_____
(вид медицинской помощи, с указанием профиля заболевания)

_____
в следующих медицинских организациях:

_____
(полное наименование медицинской организации)

_____
(полное наименование медицинской организации)

_____
(полное наименование медицинской организации)

_____

в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказани гражданам медицинской помощи на территории Республики Коми со сроком ожидания до _____

и/или в федеральных медицинских организациях

_____
(полное наименование медицинской организации)

_____
(полное наименование медицинской организации)

_____
(полное наименование медицинской организации)

_____
(полное наименование медицинской организации)

Настоящим даю информированное добровольное согласие на лечение в медицинской организации

_____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможности оказания медицинской помощи на территории Республики Коми и/или в федеральных медицинских организациях.

Я, _____ «___» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ «___» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при организации оказания мне (представляемому лицу) медицинской помощи в _____
(полное наименование медицинской организации)

1) отказываюсь от получения специализированной / высокотехнологичной (нужное подчеркнуть) медицинской помощи на территории Республики Коми

<u>и/или</u>

2) отказываюсь от получения специализированной / высокотехнологичной (нужное подчеркнуть) медицинской помощи в рекомендованных федеральных медицинских организациях

Мне разъяснен порядок направления на лечение в иные медицинские организации Российской Федерации.

_____ _____/ _____
(дата) (подпись) (фамилия, инициалы гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____ «___» _____ г
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (дата оформления)