

## П Р И К А З

13.02.2019г.

№ 80

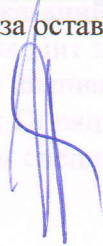
О реализации в ОБУЗ «ИвОКБ мероприятий по организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специальной информационной системы

В соответствии с частью 8 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-03 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Минздрава России № 930-н от 29.12.2014г. «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» и План-заданием ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

### П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Утвердить Порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) с применением специализированной информационной системы (Приложение № 1).
2. Заместителю главного врача по медицинской части **Томсу С.Р.**, заместителю главного врача по медицинской части (по хирургической помощи) **Карпову Д.В.**, заместителю главного врача по медицинской части (по детству) **Фокину В.Н.**, заместителю главного врача по медицинской части (по терапии) **Козляевой О.Ю.**, заместителю главного врача по поликлинике **Харламову И.С.** обеспечить выполнение Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.
3. **Заведующим отделениями:** заведующей отделением гематологии и химиотерапии **Бражкиной Т.И.**, заведующей гастроэнтерологическим отделением **Зубковой И.В.**, заведующему ревматологическим отделением **Манохину В.Ю.**, заведующей эндокринологическим отделением **Корсун О.Ю.**, заведующему кардиологическим отделением Сосудистого центра **Орлову Р.Б.**, заведующему хирургическим торакальным отделением **Новикову Е.А.**, заведующему кардиохирургическим отделением Сосудистого центра **Самсонову В.А.**, заведующему урологическим отделением **Соломатникову А.Н.**, заведующему колопроктологическим отделением **Афанасьеву Д.В.**, заведующему нейрохирургическим отделением № 1 **Вознюк Б.Г.**, заведующему нейрохирургическим отделением № 2 **Пичугину Д.В.**, заведующему нейрохирургическим отделением для спинальных больных **Гоголеву А.Ю.**, заведующему офтальмологическим отделением **Тимофееву Д.Н.**, заведующему оториноларингологическим отделением **Ларикову Е.М.**, заведующему отделением сосудистой хирургии **Бунееву А.П.**, заведующему хирургическим отделением **Фетисову С.Н.**, заведующему отделением гематологии, химиотерапии и онкологии для детей **Фокину В.Н.**, заведующему уроandroлогическим отделением для детей **Богданову Г.П.**, заведующей офтальмологическим отделением для детей **Борисовой Е.А.** обеспечить выполнение ВМП в соответствии с запланированными объемами и перечнем видов ВМП.
4. Заместителю главного врача по организационно-методической работе **Чистяковой Н.К.** обеспечить ежемесячный учет выполнения объемов ВМП и оформления талона ВМП.
5. Приказ довести до сведения исполнителей под роспись.
6. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



И.Е. Волков

**П О Р Я Д О К**  
**организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи**  
**с применением специализированной информационной системы**

**Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации оказания ВМП с применением специализированной информационной системы в ОБУЗ «ИвОКБ».

2. ВМП в ОБУЗ «ИвОКБ» оказывается в соответствии с утвержденным План- заданием в рамках Территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Ивановской области и на основании перечня видов ВМП, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

**I. Направление на оказание**  
**высотехнологичной медицинской помощи**

3. Медицинские показания к оказанию ВМП 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, с учетом права на выбор медицинской организации. Наличие медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи подтверждается решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которая оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

4. Медицинскими показаниями для направления в ОБУЗ «ИвОКБ» на оказание ВМП является наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующих применения ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП.

5. ВМП оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилям, заболеваниям и состояниям (группам заболеваний и состояний) и на основе стандартов медицинской помощи.

6. ВМП оказывается в условиях круглосуточного стационара в следующих отделениях: гематологии и химиотерапии, гастроэнтерологическом, ревматологическом, кардиологическом Сосудистого центра, хирургическом торакальном, сосудистой хирургии, кардиохирургическом Сосудистого центра, урологическом, колопроктологическом, нейрохирургическом № 1, нейрохирургическом № 2, нейрохирургическом для спинальных больных, офтальмологическом, оториноларингологическом, хирургическом, гематологии, химиотерапии и онкологии для детей, уроандрологическом для детей, офтальмологическом для детей, (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

При наличии медицинских показаний к оказанию ВМП лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение (за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи) оформляет направление (Приложение № 1 к Порядку организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы).

На госпитализацию для оказания ВМП на бланке направляющей медицинской организации, которое должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью главного врача (или заместителя главного врача), печатью лечащего врача, печатью направляющей медицинской организации и содержать следующие сведения:

- Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
- Номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии);
- Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- Код основного диагноза по МКБ-10;
- Профиль, наименование и код вида ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП, показанных пациенту;
- Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

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

1. Выписка из медицинской документации, заверенная личной подписью лечащего врача, личной подписью главного врача (или заместителя главного врача) 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.

2. Копии следующих документов пациента:

- документ, удостоверяющий личность пациента. Примечание: Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт. Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации.
- свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);
- полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии).

Согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя (Приложение № 2 к Порядку организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы).

3. Направляющая медицинская организация представляет секретарю Врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания ВМП комплект документов, предусмотренных пунктами 7 и 8 настоящего Порядка, в течение трех рабочих дней, в том числе посредством специализированной информационной системы, почтовой и (или) электронной связи.

4. Пациент (его законный представитель) может самостоятельно представить оформленный комплект документов секретарю Врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания ВМП.

5. Оформление на пациента Талона на оказание ВМП с применением специализированной информационной системы обеспечивает организационно-методический отдел с прикреплением комплекта документов, предусмотренных пунктами 7 и 8 Порядка.

6. Основанием для госпитализации пациента в ОБУЗ «ИвОКБ» является решение Врачебной комиссии медицинской организации по отбору пациентов на оказание ВМП.

7. По результатам оказания ВМП лечащий врач дает рекомендации с оформлением записи в медицинской документации пациента по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения  
«ИВАНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»  
Областная консультативно-диагностическая поликлиника  
153040, г. Иваново, ул. Любимова, д. 1

\_\_\_\_\_ (наименование направившего медицинского учреждения)

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**на госпитализацию для оказания специализированной,**  
**в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи**

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации и отделения, куда направлен пациент)

1. Номер страхового полиса ОМС \_\_\_\_\_
2. Наименование страховой компании \_\_\_\_\_
3. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) \_\_\_\_\_
4. Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_
5. Дата рождения \_\_\_\_\_
6. Адрес постоянного места жительства \_\_\_\_\_
7. Место работы, должность \_\_\_\_\_
8. Диагноз \_\_\_\_\_ Код по МКБ 10 \_\_\_\_\_
9. Код ВМП \_\_\_\_\_
10. Обоснование направления \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Ф.И.О., должность врача, направившего больного \_\_\_\_\_
12. Подпись (личная печать врача) \_\_\_\_\_
13. Ф.И.О. заместителя главного врача \_\_\_\_\_  
(подпись)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
МП \_\_\_\_\_

В ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

**Заявление  
о согласии (несогласии) на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть) **ОБУЗ «ИВАНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**  
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 нужное)
3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия, 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 \_\_\_\_\_
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)
9. Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)
10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)
11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

**Примечание.** Пункты 8-11 настоящего заявления заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

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

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_  
зарегистрированы \_\_\_\_\_  
(№ Талона на оказание ВМП)

Принял \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. специалиста) (дата приема заявления) (подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

**Расписка-уведомление**

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_  
(№ Талона на оказание ВМП)  
Принял \_\_\_\_\_ (ф.и.о. специалиста) (дата \_\_\_\_\_) (подпись \_\_\_\_\_)