

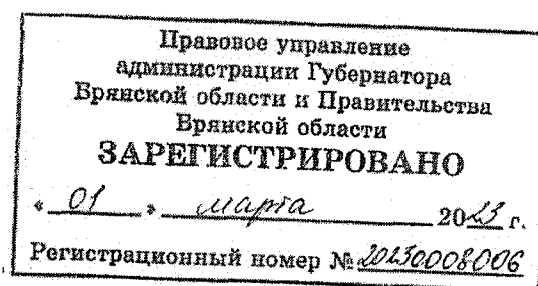
**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ № 225

От 24 февраля 2023 года

г. Брянск

Об утверждении порядка отбора пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи детскому населению Брянской области в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019г. №824н «Об утверждении Порядка организации высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»



Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019г. №824н «Об утверждении Порядка организации высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

**1. Утвердить:**

1.1. Состав Комиссии департамента здравоохранения Брянской области по отбору несовершеннолетних пациентов (от 0 до 17 лет 11 мес. 29 дней) для направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (Приложение 1);

1.1. Форму протокола решения Комиссии департамента здравоохранения Брянской области по отбору несовершеннолетних пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение 2);

1.2. Форму направления на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение 3);

1.3. Заявление о согласии на обработку персональных данных (Приложение 4);

1.4. Порядок направления несовершеннолетних пациентов Брянской области для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не

включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (Приложение 5);

1.5. Форму выписки из медицинской документации несовершеннолетнего пациента (Приложение 6).

2. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных департаменту здравоохранения Брянской области, обеспечить направление пациентов в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев 29 дней, имеющим регистрацию на территории Брянской области для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее ВМП) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019г. №824н «Об утверждении Порядка организации высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» и Приложением 5 настоящего приказа.

3. Считать утратившим силу приказ департамента здравоохранения Брянской области от 29 мая 2020 года № 516 «О порядке направления пациентов в медицинские организации и иные организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи».

4. Настоящий приказ вступает в силу в порядке, установленном действующим законодательством, и подлежит обязательному опубликованию.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора департамента здравоохранения Брянской области Чиркову О.И.

Директор департамента  
здравоохранения



С.А. Галаганов

Приложение 1  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом департамента  
здравоохранения Брянской области  
от 27.02.2023г. № 225

Состав Комиссии департамента здравоохранения Брянской области по отбору несовершеннолетних пациентов (от 0 до 17 лет 11 мес.29 дней) для направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования

Председатель комиссии:

Чиркова Ольга Ивановна – заместитель директора департамента здравоохранения Брянской области

Члены комиссии:

Герасина Наталья Анатольевна – главный консультант отдела охраны здоровья взрослого населения, прогнозирования развития здравоохранения;

Куликова Елена Викторовна – главный консультант группы охраны материнства и детства.

Сорина Ольга Васильевна – главный консультант группы охраны материнства и детства.

Секретарь:

Беляцкая Ольга Николаевна – ведущий консультант группы охраны материнства и детства.

Приложение 2  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом департамента  
здравоохранения Брянской области  
от 27.02.2023г. № 225

Протокол № \_\_\_\_\_  
решения Комиссии департамента здравоохранения Брянской области по  
отбору несовершеннолетних пациентов на оказание  
высокотехнологичной медицинской помощи  
от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Комиссия по отбору и направлению несовершеннолетних пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, созданная приказом департамента здравоохранения Брянской области \_\_\_\_\_, (реквизиты нормативного правового акта)

в составе: \_\_\_\_\_  
(должность, ФИО члена комиссии)

рассмотрела медицинские документы ребёнка  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Основной диагноз заболевания: \_\_\_\_\_

Код диагноза по МКБ 10: \_\_\_\_\_

Код вида ВМП: \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации, в которую пациент направляется для оказания ВМП: \_\_\_\_\_

**Решение комиссии:** в связи с наличием медицинских показаний направить / отказать / провести дополнительное обследование ребёнка \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

В \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации, в которую пациент направляется для оказания ВМП)

на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

Председатель комиссии: \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Члены комиссии: \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

\_\_\_\_\_ (подпись) (ФИО)

Секретарь: \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Приложение 3  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом департамента  
здравоохранения Брянской области  
от 27.02.2023г. № 225

### НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию для оказания высокотехнологичной  
медицинской помощи \*

1. ФИО пациента: \_\_\_\_\_
2. Дата рождения: \_\_\_\_\_
3. Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Номер полиса ОМС и название СМО: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. СНИЛС: \_\_\_\_\_
6. Код основного заболевания по МКБ: \_\_\_\_\_
7. Профиль, наименования вида ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП, показанного пациенту: \_\_\_\_\_
8. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ВМП: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

Подпись руководителя медицинской организации \_\_\_\_\_

\* Оформляется на бланке медицинской организации и заверяется печатью медицинской организации

Приложение 4  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом департамента  
здравоохранения Брянской области  
от 27.02.2023г. № 225

В департамент здравоохранения  
Брянской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о согласии на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

даю согласие органу исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения Брянской области на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологической помощи.

1. Дата рождения ребёнка \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2. ФИО ребёнка, пол \_\_\_\_\_  
(женский, мужской - указать нужное)

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

4. Адрес по месту регистрации \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Наименование страховой компании, серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_

7. Страховой, номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

8. Сведения о законном представителе \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
\_\_\_\_\_  
(почтовый адрес места жительства пребывания, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

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

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам. \_\_\_\_\_  
(подпись представителя)

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

Принял \_\_\_\_\_  
(дата приема заявки) \_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

УТВЕРЖДЕНО  
приказом департамента  
здравоохранения Брянской области  
от 27.02.2023г. № 225

**Порядок направления несовершеннолетних пациентов Брянской области для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения**

**1. Направляющая медицинская организация:**

**1.1. Формирует комплект документов:**

– направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, на бланке медицинской организации (приложение 3), которое должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами;

– выписка из медицинской документации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 6);

– копия выписки из протокола (эпикриза, направления) принимающей медицинской организации, оказывающей ВМП;

– копии следующих документов несовершеннолетнего пациента: документ, удостоверяющий личность пациента: свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет), или паспорт гражданина Российской Федерации; полис обязательного медицинского страхования пациента; страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС); справка об инвалидности (при наличии); копия паспорта законного представителя от чего имени оформляется согласие на обработку персональных данных;

– заявление о согласии на обработку персональных данных (приложение 4).

1.2. Направляет комплект документов, необходимых для принятия решения Комиссией; в департамент здравоохранения Брянской области посредством специализированной информационной системы на VipNet: АП Департамент здравоохранения Чистякова В.А., почтовой связи или лично законным представителем пациента в департамент (приёмные дни: вторник, четверг с 10.00-13.00 и с 14.00-16.00, каб. 305).

1.3. В случае возврата комплекта документов в связи с необходимостью дополнительного обследования несовершеннолетнего пациента или дефектами оформления комплекта документов согласно Выписке из протокола решения Комиссии, полученной от департамента здравоохранения Брянской области путем электронного взаимодействия, медицинская организация, повторно направляет комплект документов с результатами дополнительного обследования пациента или устраненными дефектами оформления комплекта документов в полном объеме.

2. Департамент здравоохранения Брянской области:

2.1. Обеспечивает прием комплекта документов, направленных в Комиссию от медицинских организаций посредством специализированной информационной системы на VipNet: АП Департамент здравоохранения Чистякова В.А или лично законным представителем несовершеннолетнего пациента.

2.2. Осуществляет проверку комплектности и регистрацию комплекта документов, направленных на рассмотрение. Оформляет Протокол решения Комиссии по отбору несовершеннолетних пациентов для оказания ВМП.

2.3. С применением специализированной информационной системы оформляет на несовершеннолетнего пациента учетную форму N 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП» (далее - Талон на ВМП) с прикреплением комплекта документов в течение 10 рабочих дней со дня получения пакета документов несовершеннолетнего пациента на оказание ВМП.

2.4. Обеспечивает мониторинг документов, размещенных в специализированной информационной системе, переоформляет по рекомендации медицинской организации, оказывающей ВМП, или оформляет на основании Протокола решения Комиссии документы на оказание специализированной медицинской помощи.

2.5. Представляет в медицинские организации, подведомственные департаменту здравоохранения Брянской области, направившие комплект

документов на Комиссию, Выписку из протокола решения Комиссии и рекомендации по дополнительному обследованию (при необходимости), полученные через специализированную информационную систему Министерства здравоохранения Российской Федерации, для дальнейшего информирования пациента.

2.6. Направление, Талон №2, (на проезд для льготных категорий пациентов) и Талон ВМП выдаётся лично законному представителю в департаменте здравоохранения в приёмные дни при предоставлении оригинала и копии справки из ПФР Брянской области о праве на бесплатный проезд.

Приложение 6  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом департамента  
здравоохранения Брянской области  
от 27.02.2023г. № 225

Форма  
выписки из медицинской документации  
несовершеннолетнего пациента

1. Выписка из медицинской документации является приложением к направлению пациента на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

2. Выписка из медицинской документации оформляется на бланке медицинской организации лечащим врачом, заверяется его личной подписью, а также личной подписью руководителя (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации.

3. Выписка из медицинской документации содержит следующую информацию:

- фамилию, имя, отчество направляемого пациента, дату рождения, адрес регистрации;
- диагноз имеющегося основного заболевания (состояния), осложнения, сопутствующего заболевания;
- код диагноза по МКБ-10;
- сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента, включая жалобы, анамнез жизни, подробный анамнез заболевания, данные объективного обследования, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- рекомендации по необходимости оказания высокотехнологичной медицинской помощи (с указанием профиля ВМП, кода вида ВМП, наименования медицинской организации, в которую направляется несовершеннолетний пациент для оказания ВМП);
- Ф.И.О. и должность лечащего врача, Ф.И.О. и должность руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, печать медицинской организации;
- дата выдачи выписки.