

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

18 декабря 2025

№1275-осн

Об утверждении Порядка предоставления жителям Тульской области дополнительного сервиса по приему комплекта документов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, на портале государственных и муниципальных услуг (функций) Тульской области

С целью оптимизации процесса организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, жителям Тульской области, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 186н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», приказом министерства здравоохранения Тульской области от 28.08.2025 № 889-осн «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги «Прием заявлений и предоставлении информации об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи», на основании Положения о министерстве здравоохранения Тульской области, утвержденного постановлением правительства Тульской области от 11.12.2012 № 698, п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить Порядок предоставления жителям Тульской области дополнительного сервиса по приему комплекта документов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, на портале государственных и муниципальных услуг (функций) Тульской области.

2. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Тульской области Захарова А.В.

3. Приказ вступает в силу с момента официального опубликования.

**Министр здравоохранения
Тульской области**



С.И. Мухин

Приложение к приказу
министерства здравоохранения
Тульской области
от 18.12.2025 №1275-осн

Порядок предоставления жителям Тульской области дополнительного сервиса по приему комплекта документов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, на портале государственных и муниципальных услуг (функций) Тульской области.

1. Настоящий Порядок устанавливает условия предоставления дополнительного сервиса по приему комплекта документов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, на портале государственных и муниципальных услуг (функций) Тульской области (далее - Дополнительный сервис, портал Госуслуги71).

2. Информационной системой, используемой для предоставления жителям Тульской области Дополнительного сервиса, является Региональная система электронного Правительства Тульской области.

3. Прием комплекта документов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - комплект документов на оказание ВМП), осуществляется в электронной форме на портале Госуслуги 71.

4. Право на получение Дополнительного сервиса предоставляется гражданам Российской Федерации, имеющим регистрацию на территории Тульской области, при наличии медицинских показаний.

5. Медицинскими показаниями для направления пациента на оказание ВМП является наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующих применения высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи.

6. От имени заявителя может выступать его законный представитель либо лицо, действующее на основании документа, подтверждающего право представителя действовать от имени заявителя.

7. Перечень документов, необходимых для предоставления Дополнительного сервиса:

7.1. Направление на госпитализацию для оказания ВМП и/или протокол заседания врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания ВМП.

7.2. Выписка из медицинской документации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по международной классификации болезней, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных,

инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания ВМП (при наличии).

7.3. Рекомендованная форма заявления пациента о согласии на обработку персональных данных для взрослых (приложение №1).

7.4. Рекомендованная форма заявления о согласии на обработку персональных данных для ребенка/его законного представителя, доверенного лица (приложение №2).

7.5. Заявление пациента/его законного представителя, доверенного лица о выборе медицинской организации для оказания ВМП (приложение № 3).

7.6. Копии следующих документов пациента:

а) документ, удостоверяющий личность пациента;
б) свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);
в) справка о регистрации пациента по месту жительства (для детей в возрасте до 14 лет);

г) полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);

д) страхового номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

8. Результатом оказания Дополнительного сервиса является ответ заявителю, содержащий номер оформленного электронного Талона на оказание ВМП в ЕГИСЗ «Система мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи» или мотивированный отказ в оформлении электронного Талона на оказание ВМП в ЕГИСЗ «Система мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи».

9. Результат оказания услуги направляется заявителю в Личный кабинет на портале Госуслуги 71 не позднее 10 (десяти) рабочих дней со дня подачи комплекта документов на оказание ВМП.

10. Основанием для отказа в предоставлении Дополнительного сервиса является установление факта предоставления заявителем (его законным представителем) недостоверных данных, а также отсутствие:

- гражданства Российской Федерации,
- регистрации по месту жительства на территории Тульской области;
- полного комплекта документов на оказание ВМП.

11. В случае отказа в предоставлении Дополнительного сервиса заявитель имеет право на повторную подачу Комплекта документов.

12. Споры по вопросам предоставления дополнительного сервиса разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Приложение № 1
к Порядку предоставления жителям
Тульской области дополнительного сервиса
по приему комплекта документов на
оказание высокотехнологичной
медицинской помощи, не включенной в
базовую программу ОМС, на портале
государственных и муниципальных
услуг(функций) Тульской области

Заявление о согласии на обработку персональных данных для взрослых

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

Даю министерству здравоохранения Тульской области согласие на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи

Дата
рождения: _____
(число, месяц, год рождения)

1. Пол: _____ соц. статус _____
(студент, работающий, неработающий, пенсионер, военнослужащий)

категория льготы: 1 - инвалиды войны; 2 - участники Великой Отечественной войны; _____
(нужное выделить обязательно)

3 - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1-4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона О ветеранах (в редакции Федерального закона от 2 января 2000 года №40-ФЗ);
4 - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период; 5 - лица, награжденные знаком Жителю блокадного Ленинграда; 6 - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств; 7 - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда; 8 — инвалиды; 9 — дети-инвалиды; 10 - граждане РФ, пострадавшие от радиации.

2. Документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

3. Адрес по месту регистрации: _____
(почтовый адрес по месту регистрации)

4. Адрес фактического проживания: _____
(почтовый адрес фактического проживания)

5. Контактный телефон и адрес электронной почты _____

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)

9. Адрес по месту жительства _____
(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

10. Дата рождения законного представителя: _____
(число, месяц, год)

11. Документ, удостоверяющий личность законного представителя: _____

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

12. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: _____

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

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том 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, **согласна(согласен)**.

(нужное подчеркнуть)

Об ответственности за достоверность представленных сведений **предупрежден (предупреждена)**
(нужное подчеркнуть)

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

Подпись пациента _____ / _____ /

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял _____

(дата приема заявления) (подпись специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял _____

Контактные телефоны отдела стационарной, специализированной и высокотехнологичной помощи департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области: (4872) 24-51-45; 37-38-76. Адрес: г. Тула, ул. Оборонная, д. 114Г. Часы работы: понедельник, вторник, среда, четверг с 9:00 до 18:00, пятница: с 9:00 до 17:00. обед: с 13:00 до 14:00.

Информацию о Вашем талоне на оказание ВМП Вы можете посмотреть на сайте открытого портала по адресу: <http://talon.rosminzdrav.ru>

Приложение № 2
к Порядку предоставления жителям
Тульской области дополнительного сервиса
по приему комплекта документов на
оказание высокотехнологичной
медицинской помощи, не включенной в
базовую программу ОМС, на портале
государственных и муниципальных
услуг(функций) Тульской области

Заявление о согласии на обработку персональных данных для детей

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие министерству здравоохранения Тульской области на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи) моему ребенку (ФИО ребёнка): _____

1. Дата рождения (ребенка) _____

2. Пол (ребенка) женский, мужской инвалидность (ребенка) есть, нет
(подчеркнуть нужное) (подчеркнуть нужное)

3. Социальный статус (ребенка): 1.дошкольник - (1.1-ребенок-сирота,1.2-ребенок, оставшийся без попечения родителей), 2. школьник - (2.1-ребенок-сирота,2.2-ребенок, оставшийся без попечения родителей), 3. студент (аспирант) - (3.1ребенок-сирота,3.2-ребенок, оставшийся без попечения родителей)

(подчеркнуть нужное)

4. Документ, удостоверяющий личность (ребенка) _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

5. Адрес регистрации по месту жительства (ребенка) _____

6. Адрес фактического проживания(ребенка) _____

(почтовый адрес фактического проживания)

7. Контактный телефон _____

8. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента (при наличии)(ребенка) _____

9. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) ребенка (при наличие) _____

10. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

11. Дата рождения законного представителя _____
(число, месяц, год)

12. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____

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

13. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

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

Об ответственности за достоверность представленных сведений **предупрежден**
(предупреждена)
(нужное подчеркнуть)

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

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

Подпись пациента _____ / _____
(расшифровка подписи)

Заявление и документы гражданина _____

Принял _____
(Ф.И.О. специалиста) (дата приема заявления) (подпись специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина _____

Принял _____
(Ф.И.О. специалиста) (дата приема заявления) (подпись специалиста)

Контактные телефоны отдела стационарной, специализированной и высокотехнологичной помощи департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области: (4872) 24-51-45; 37-38-76. Адрес: г. Тула, ул. Оборонная, д. 114Г. Часы работы: понедельник, вторник, среда, четверг с 9:00 до 18:00, пятница: с 9:00 до 17:00. обед: с 13:00 до 14:00.
Информацию о Вашем талоне на оказание ВМП Вы можете посмотреть на сайте открытого портала по адресу: <http://talon.rosminzdrav.ru>

Приложение № 3
к Порядку предоставления жителям
Тульской области дополнительного сервиса
по приему комплекта документов на
оказание высокотехнологичной
медицинской помощи, не включенной в
базовую программу ОМС, на портале
государственных и муниципальных
услуг(функций) Тульской области

В департамент здравоохранения
министерства здравоохранения
Тульской области

от _____,
проживающей (его) по адресу: _____

контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас направить меня (моего ребенка _____
_____) на оказание высокотехнологичной медицинской
помощи в _____

(название медицинской организации)

Подпись _____

Дата _____