



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

**П Р И К А З**

30 июля 2019

№ 199

г. Барнаул

О Комиссии Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

В целях повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи пациентам Алтайского края, во исполнение Программы государственных гарантий бесплатного оказания пациентам медицинской помощи на текущий год, приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» приказываю:

1. Создать Комиссию Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

2. Утвердить положение о Комиссии Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (приложение).

3. Признать утратившими силу следующие приказы Министерства здравоохранения Алтайского края:

от 10.01.2017 № 5 «О порядке направления пациентов Алтайского края на оказание высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы»;

от 21.03.2019 № 71 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Алтайского края от 10.01.2017 №5».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Алтайского края Насонова С.В.

Министр

Д.В. Попов

## ПРИЛОЖЕНИЕ

УТВЕРЖДЕНО  
приказом Министерства  
здравоохранения Алтайского края  
от 30.07 2019 № 199

## ПОЛОЖЕНИЕ

о Комиссии Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

## 1. Общие положения

1.1. Настоящее положение определяет полномочия и порядок работы Комиссии Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – «Комиссия»).

1.2. Комиссия является коллегиальным органом, созданным с целью отбора граждан, проживающих на территории Алтайского края (далее – «пациенты»), для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее – ВМП).

## 2. Полномочия Комиссии:

2.1. отбор пациентов, нуждающихся в оказании ВМП;

2.2. координация деятельности руководителей краевых медицинских организаций, главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Алтайского края по вопросам организации отбора пациентов на оказание ВМП;

2.3. взаимодействие с медицинскими организациями, участвующими в оказании ВМП, по вопросам организации оказания пациентам ВМП;

2.4. ведение мониторинга оказания ВМП пациентам в медицинских организациях, участвующих в оказании ВМП.

## 3. Организация работы Комиссии

3.1. Состав Комиссии утверждается приказом Министерства здравоохранения Алтайского края. Комиссию возглавляет председатель, в его отсутствие – заместитель председателя.

Председатель Комиссии осуществляет общее руководство деятельностью Комиссии, назначает даты заседания и проводит заседания Комиссии, распределяет обязанности между членами Комиссии.

Секретарь Комиссии осуществляет подготовку и организацию заседаний Комиссии.

3.2. Заседания Комиссии проводятся не реже одного раза в неделю. Заседание Комиссии правомочно, если на нем присутствует более половины от общего числа членов Комиссии.

3.3. Решение Комиссии является правомочным, если за него проголосовало не менее двух третей членов Комиссии, присутствующих на

заседании. В случае равенства количества голосов по обсуждаемому вопросу голос председательствующего на заседании Комиссии имеет решающее значение.

3.4. Основанием для рассмотрения Комиссией вопроса по отбору пациентов в медицинские организации, оказывающие ВМП, является поступление комплекта документов:

направления на госпитализацию для оказания ВМП, оформленного лечащим врачом на бланке направляющей медицинской организации (разборчиво от руки или в печатном виде), заверенного личной подписью лечащего врача и личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, и с согласия пациента или его законного представителя сформированного в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи лечащего врача (приложение);

выписки из медицинской документации пациента, заверенной личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащей 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;

согласия на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.01.2015 № 29н «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, порядках их заполнения и сроках представления»;

копий следующих документов пациента:

документа, удостоверяющего личность пациента;

свидетельства о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);

полиса обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);

страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (при наличии).

3.5. Решение Комиссии оформляется в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня поступления в Министерство здравоохранения Алтайского края комплекта документов, предусмотренных пунктом 3.4 настоящего положения.

3.6. Решение Комиссии оформляется протоколом. Протокол составляется в двух экземплярах, которые подписываются председателем и членами Комиссии.

Сведения, подлежащие включению в протокол:

основание создания Комиссии (реквизиты приказа Министерства здравоохранения Алтайского края);

состав Комиссии;

данные пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, данные о месте жительства (пребывания));

диагноз заболевания (состояния);

заключение Комиссии, содержащее следующую информацию:

а) о подтверждении наличия медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП, диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, код вида ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП, наименование медицинской организации, в которую пациент направляется для оказания ВМП;

б) об отсутствии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП и рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

в) о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования), диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, наименование медицинской организации, в которую рекомендуется направить пациента для дополнительного обследования.

Один экземпляр протокола хранится в Министерстве здравоохранения Алтайского края в течение 10 лет.

Выписка из протокола решения Комиссии в течении 3 рабочих дней с момента его подписания направляется в направляющую медицинскую организацию, в том числе посредством почтовой и (или) электронной связи, а также выдается на руки пациенту (его законному представителю) по письменному заявлению или направляется посредством почтовой и (или) электронной связи.

3.7. Направление пациентов, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, для оказания ВМП в федеральные медицинские организации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.10.2005 № 617 «О Порядке направления гражданами органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний».

ПРИЛОЖЕНИЕ  
к положению о Комиссии  
Министерства здравоохранения  
Алтайского края по отбору пациентов  
для оказания высокотехнологичной  
медицинской помощи

НАПРАВЛЕНИЕ  
на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской  
помощи

1. Ф.И.О. (при наличии) \_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_
3. Адрес регистрации по месту жительства  
(пребывания) \_\_\_\_\_
4. Номер полиса обязательного медицинского страхования и название  
страховой медицинской организации (при наличии) \_\_\_\_\_
5. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при  
наличии) \_\_\_\_\_
6. Код диагноза основного заболевания по МКБ-10 \_\_\_\_\_
7. № группы высокотехнологичной медицинской помощи \_\_\_\_\_
8. Наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи  
(постановление Правительства РФ на текущий год) \_\_\_\_\_
9. Наименование медицинской организации, в которую пациент  
направляется для оказания высокотехнологичной медицинской помощи  
(постановление Правительства РФ на текущий год) \_\_\_\_\_
10. Ф.И.О. (при наличии), должность лечащего врача \_\_\_\_\_
11. Контактный телефон (при наличии) \_\_\_\_\_  
(подпись, печать)
12. Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_
13. Ф.И.О. (при наличии) руководителя медицинской организации  
(уполномоченного лица) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ (подпись)
14. Печать