

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 числе высокотехнологичной, медицинской помощи за пределами Республики Коми 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 (далее – направляющая медицинская организация).

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

2. В сложных клинических случаях для определения нуждаемости направления пациента за пределы Республики Коми, вида требуемой медицинской помощи направляющая медицинская организация вправе направить медицинские документы пациента главному внештатному специалисту Министерства здравоохранения Республики Коми по профилю заболевания пациента на рассмотрение в очной или дистанционной форме.

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

3. При выдаче направления на госпитализацию (обследование) лечащий врач обязан проинформировать пациента о медицинских организациях, участвующих в реализации базовой программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – базовая программа) и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Коми (далее – территориальная 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 подтверждается заполнением формы уведомления, согласно Приложению к настоящему Порядку.

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

Решение о направлении пациентов за пределы Республики Коми в федеральные медицинские организации принимается в случае отсутствия возможности получения необходимой медицинской помощи в медицинских организациях Республики Коми или, когда сроки ожидания плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи превышают сроки, определенные территориальной программой государственных гарантий оказания медицинской помощи.

В случае если медицинская помощь пациенту не может быть оказана бесплатно 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 состояния здоровья пациента, врачебная комиссия медицинской организации вправе принять решение о направлении пациента для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинские организации, подведомственные органам исполнительной власти других субъектов Российской Федерации.

Информация о принятом решении врачебной комиссии вносится в медицинскую документацию пациента.

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

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

Приложение
к Порядку направления жителей
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 оказания 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

и/или

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)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ »

(дата оформления)

г.