



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав Удмуртии)

ПРИКАЗ

15. 11. 2017г.

№ 26

г. Ижевск

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 31 марта 2016 года № 20 «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения Удмуртской Республики по предоставлению государственной услуги «Направление граждан Российской Федерации, проживающих на территории Удмуртской Республики, в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи»

В соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2016 года № 471-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации», Законом Удмуртской Республики от 10 мая 2017 года № 27-РЗ «О признании утратившим силу Закона Удмуртской Республики «Об универсальной электронной карте»

приказываю:

Внести в Административный регламент Министерства здравоохранения Удмуртской Республики по предоставлению государственной услуги «Направление граждан Российской Федерации, проживающих на территории Удмуртской Республики, в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи», утверждённый приказом Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 31 марта 2016 года № 20, следующие изменения:

1. В пунктах 30, 31, 45 слово «заявителя» заменить словом «пациента»;
2. Пункт 73 изложить в следующей редакции:

«73. При предоставлении государственной услуги в электронной форме через федеральную государственную информационную систему «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», государственную информационную систему Удмуртской Республики «Портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (в том числе с использованием инфомата) регистрация, идентификация и авторизация заявителя – физического лица на

получение государственной услуги осуществляется с использованием федеральной государственной информационной системы «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме» на основе логина (страхового номера индивидуального лицевого счета) и пароля.»;

3. Пункт 97 после слов «медицинскую организацию» дополнить словами «, в том числе посредством почтовой и (или) электронной связи»;

4. Приложение № 3 к Административному регламенту изложить согласно приложению к настоящему приказу.

Исполняющий обязанности министра

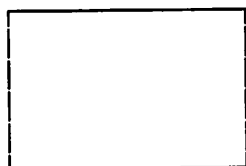


А.В. Воздвиженский

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от «__» _____ 2017 г. №__

Приложение № 3
к Административному регламенту

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 30 января 2015 года № 29н «О
формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания
высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной
информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления»

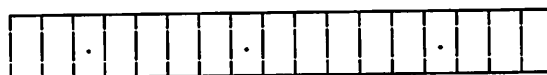


штрих-код

Форма статистического учета
N 025/у-ВМП

Утверждена приказом
Минздрава России
от 30 января 2015 г. N 29н

Талон на оказание
высокотехнологичной
медицинской помощи <*> N



П. Паспортная часть талона (ОУЗ, МО-ОМС) <***>

| | | |
|------|---|----------------------|
| П.1. | Наименование ОУЗ (МО-ОМС) | <input type="text"/> |
| П.2. | ОКПО ОУЗ (МО-ОМС) | <input type="text"/> |
| П.3. | ОКАТО ОУЗ | <input type="text"/> |
| П.4. | Почтовый индекс ОУЗ (МО-ОМС) | <input type="text"/> |
| П.5. | Почтовый адрес ОУЗ (МО-ОМС) | <input type="text"/> |
| П.6. | Адрес электронной почты ОУЗ (МО-ОМС) | <input type="text"/> |

П.7. Дата оформления талона / /

П.8. Обращение пациента за ВМП 1 - первичное, 2 - повторное

П.9. Источник оказания ВМП 1 - включенная в базовую программу ОМС <***>
 2.1. не включенная в базовую программу ОМС, оказываемая в ФГУ <****>
 2.2. не включенная в базовую программу ОМС, оказываемая в МО субъекта Российской Федерации <*****>

П.10. Направление на ВМП 1 - ОУЗ, 2 - МО <*****>

П.11.1. Фамилия П.11.2. Имя

П.11.3. Отчество (при наличии)

П.12. СНИЛС (при наличии) - -

П.13. Наименование страховой медицинской организации (при наличии)

П.13.1. Номер полиса ОМС (при наличии)

П.14. Документ, удостоверяющий личность:

П.14.1. Серия П.14.2. Номер

П.14.3. Кем и когда выдан документ, удостоверяющий личность

П.15. Адрес места жительства (пребывания) пациента:

Субъект Российской Федерации

город

улица

дом корпус квартира

П.16. Контактный телефон

П.17. Согласен(а) на использование персональных данных для организации ВМП (да/нет)

<*> Далее - ВМП.

<***> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

<****> Обязательное медицинское страхование.

<*****> Федеральное государственное учреждение, включенное в перечень федеральных государственных учреждений, который утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с частью 6 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927) (далее - Закон).

<*****> Медицинская организация, включенная в перечень, который утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с частью 7 статьи 34 Закона.

<*****> Медицинская организация, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи.

С. Справочные сведения о пациенте (ОУЗ, МО-ОМС)

| | | | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| С.1. Пол | <input type="checkbox"/> | 1 - муж., 2 - жен. | С.2. Дата рождения | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| С.3. Местность | <input type="checkbox"/> | 1 - городская, 2 - сельская | С.4. Код категории льготы | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| С.5. Занятость | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

Талон на оказание ВМП N

1 ЭТАП (ОУЗ, МО-ОМС)

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|
| 1.1. Код принятого решения (ОУЗ) | <input type="checkbox"/> | 1 - наличие медицинских показаний для оказания ВМП 2 - отсутствие медицинских показаний для оказания ВМП 3 - необходимость проведения дополнительного обследования |
| 1.2. Дата принятия решения (ОУЗ) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1.3. Код диагноза по МКБ-10 (ОУЗ) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1.4. Наименование вида ВМП (ОУЗ) | <input type="text"/> | |
| 1.5. Наименование МО-ВМП <*****> | <input type="text"/> | |

| | | |
|--------------|---|----------------------|
| 1.6.1. | Дата направления документов в ФГУ или МО субъекта Российской Федерации (ОУЗ) | <input type="text"/> |
| 1.6.2. | Дата получения документов (МО-ОМС) | <input type="text"/> |
| 1.7. | ФИО должностного лица (ОУЗ, МО-ОМС) | <input type="text"/> |
| 1.8. | Наименование должности (ОУЗ, МО-ОМС) | <input type="text"/> |
| 1.9. | Номер служебного телефона должностного лица и адрес электронной почты (ОУЗ, МО-ОМС) | <input type="text"/> |
| 1.10. | Подпись должностного лица (ОУЗ, МО-ОМС) | <input type="text"/> |
| | | М.П. |
| Комментарии: | | |

<*****> ФГУ, МО субъекта Российской Федерации, МО-ОМС.

2 ЭТАП (МО-ВМП)

Талон на оказание ВМП N

| | | |
|------|-----------------------------------|---|
| 2.1. | Дата получения документов | <input type="text"/> |
| 2.2. | Дата оформления документов МО-ВМП | <input type="text"/> |
| 2.3. | Код принятого решения | <input type="checkbox"/> 1 - наличие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП <input type="checkbox"/> 2 - отсутствие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП <input type="checkbox"/> 3 - необходимость проведения дополнительного обследования <input type="checkbox"/> 4 - наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи <input type="checkbox"/> 5 - наличие медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь |
| 2.4. | Дата принятия решения | <input type="text"/> |
| 2.5. | Наименование вида ВМП | <input type="text"/> |

| | | |
|--------------|---|--|
| 2.6. | Дата планируемой госпитализации | <input type="text"/> |
| 2.7. | Дата уведомления пациента и (или) ОУЗ о дате госпитализации в МО-ВМП | <input type="text"/> |
| 2.8. | Способ уведомления | <input type="checkbox"/> 1 - почтой, 2 - телефонограммой, 3 - по электронной почте |
| 2.9. | ФИО должностного лица | <input type="text"/> |
| 2.10. | Наименование должности | <input type="text"/> |
| 2.11. | Номер служебного телефона должностного лица и адрес электронной почты | <input type="text"/> |
| 2.12. | Подпись должностного лица | <input type="text"/> М.П. |
| Комментарии: | | |

Талон на оказание ВМП N

3 ЭТАП (ОУЗ)

| | | |
|--------------|---|--|
| 3.1. | Талоны на проезд предоставляются | <input type="checkbox"/> 1 - да, 2 - нет |
| 3.2. | Дата выдачи талонов на проезд для отдельных категорий граждан | <input type="text"/> |
| 3.3. | Нуждается в сопровождении | <input type="checkbox"/> 1 - да, 2 - нет |
| 3.4. | ФИО сопровождающего лица | <input type="text"/> |
| 3.5. | Дата планируемой госпитализации | <input type="text"/> |
| 3.6. | ФИО должностного лица | <input type="text"/> |
| 3.7. | Наименование должности | <input type="text"/> |
| 3.8. | Подпись должностного лица | <input type="text"/> М.П. |
| Комментарии: | | |

Талон на оказание ВМП N

4 ЭТАП (МО-ВМП)

| | | |
|--------------|----------------------------------|--|
| 4.1. | Дата обращения пациента в МО-ВМП | <input type="text"/> |
| 4.2. | Код принятого решения | <input type="checkbox"/> 1 - госпитализировать, 2 - изменить дату госпитализации, причину указать в комментариях 3 - отказать в госпитализации, причины указать в комментариях |
| 4.3. | ФИО должностного лица | <input type="text"/> |
| 4.4. | Наименование должности | <input type="text"/> |
| 4.5. | Подпись должностного лица | <input type="text"/> М.П. |
| Комментарии: | | |

Талон на оказание ВМП N

5 ЭТАП (МО-ВМП)

| | | |
|------|--|--|
| 5.1. | Дата выписки пациента из МО-ВМП | <input type="text"/> |
| 5.2. | Результат направления на ВМП | <input type="checkbox"/> 1. ВМП оказана: ВМП не оказана по причине: 2 - отказ пациента от ВМП 3 - летальный исход до оказания ВМП |
| 5.3. | Код диагноза при выписке (по МКБ-10) | <input type="text"/> (основной) |
| 5.4. | Наименование вида оказанной ВМП | <input type="text"/> |
| 5.5. | Дата проведения оперативного вмешательства | <input type="text"/> |
| 5.6. | Результат оказания ВМП | <input type="checkbox"/> 1 - выздоровление, 2 - улучшение, 3 - без перемен, 4 - ухудшение, 5 - летальный исход |
| 5.7. | Рекомендовано | <input type="checkbox"/> 1 - медицинская реабилитация, 2 - повторная госпитализация для оказания ВМП |

| | | |
|--------------|---------------------------|---|
| 5.8. | ФИО должностного лица | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 5.9. | Наименование должности | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 5.10. | Подпись должностного лица | <input style="width: 80%;" type="text"/> М.П. |
| Комментарии: | | |

Талон на оказание на ВМП N

6 ЭТАП - ЗАКЛЮЧЕНИЕ

| | |
|---|--|
| <p>6.1. Результат оказания ВМП <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - выздоровление, 2 - улучшение, 3 - без перемен, 4 - ухудшение 5 - летальный исход | <p>6.2. Отказано <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - отсутствие медицинских показаний для оказания ВМП в ФГУ, МО субъекта Российской Федерации 2 - отсутствие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП 3 - наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи 4 - отказ пациента от ВМП 5 - летальный исход до оказания ВМП |
|---|--|

Талон на оказание на ВМП N

Д. Документы (ОУЗ, МО-ОМС)

| | | |
|----|--|--|
| 1. | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/> |
| 2. | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/> |