



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАМЧАТСКОГО КРАЯ

ПРИКАЗ

07.07.2023 № 15-Н

г. Петропавловск-Камчатский

«О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения Камчатского края от 17.01.2022 № 21-22 «Об утверждении административного регламента предоставления Министерством здравоохранения Камчатского края государственной услуги по направлению граждан на оказание специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приложение к приказу Министерства здравоохранения Камчатского края 17.01.2022 № 21-22 «Об утверждении административного регламента предоставления Министерством здравоохранения Камчатского края государственной услуги по направлению граждан на оказание специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи» следующие изменения:

1) пункт 2.2. изложить в следующей редакции:

«2.2. Наименование органа предоставляющего государственную услугу.

2.2.1. Государственная услуга предоставляется Министерством, ГКУ КК ФАЦ и подведомственными учреждениями Министерства.

2.2.2. Оказание государственной услуги не предоставляется возможным многофункциональным центром.»;

2) подпункт 2.5.1. пункта 2.5. изложить в следующей редакции:

«2.5.1. Максимальный срок предоставления государственной услуги с момента регистрации документов специалистом Министерства составляет от 1 до 24 месяцев, в зависимости от сроков получения протокола медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, с указанием даты госпитализации.»;

3) подподпункт 3.2.2.4. подпункта 3.2.2. пункта 3.2. изложить в следующей редакции:

«3.2.2.4. Специалист при поступлении по почте либо иным способом заявления гражданина с приложением указанных в пунктах 2.6.1., 2.6.2. документов настоящего Административного регламента регистрирует его в день поступления и вносит в специальную систему (электронный журнал регистрации пациентов (далее – электронный журнал).

Информация содержащаяся в электронном журнале:

- а) порядковый номер поданного заявления;
- б) фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя;
- в) адрес регистрации и телефон заявителя;
- г) дату приема заявления.»;

4) подпункт 3.2.6. пункта 3.2. изложить в следующей редакции:

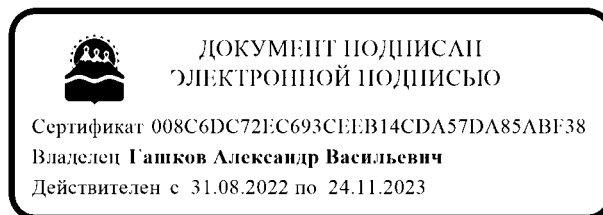
«3.2.6. Доведение информации о госпитализации, консультации, обследовании или отказ медицинскому учреждению осуществляется через подведомственные учреждения Министерства.

Максимальный срок подготовки 7 дней с момента получения вызова (приглашения) от принимающей стороны.»;

5) Внести в приложения 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 к Административному регламенту предоставления Министерством здравоохранения Камчатского края государственной услуги по направлению граждан на оказание специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи изменения, изложив их в редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 к настоящему приказу.

2. Настоящий Приказ вступает в силу через 10 дней после дня его официального опубликования.

Министр здравоохранения
Камчатского края



А.В. Гашков

Приложение 1 к приказу Министерства
здравоохранения Камчатского края
от 07.07.2023 № 15-Н

Приложение № 1
к Административному регламенту
предоставления Министерством здравоохранения
Камчатского края государственной услуги
по направлению граждан на оказание
специализированной, в том числе,
высокотехнологичной медицинской помощи

Министру здравоохранения Камчатского края

от _____

Ф.И.О (последнее – при наличии)

адрес: _____

контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас направить на лечение для оказания ВМП/ СМП в _____

(наименование учреждения, город)

(дата)

(подпись)

Приложение 2 к приказу Министерства
здравоохранения Камчатского края
от 07.07.2023 № 15-Н

Приложение № 2
к Административному регламенту
предоставления Министерством здравоохранения
Камчатского края государственной услуги
по направлению граждан на оказание
специализированной, в том числе,
высокотехнологичной медицинской помощи

Министру здравоохранения Камчатского края
от гр. _____

Ф.И.О (последнее – при наличии)

адрес: _____

тел: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. Прошу оплатить проезд в связи с направлением на лечение в

_____ (наименование медицинского учреждения)

мне, _____ (или как сопровождающему лицу и несовершеннолетнему ребенку)

_____ (Ф.И.О. (последнее – при наличии) несовершеннолетнего лица)

_____ (Ф.И.О. (последнее – при наличии) несовершеннолетнего лица)

по маршруту: _____

согласно представленным документам,

2. Обязуюсь:

1) выехать к месту лечения не ранее чем за 7 календарных дней до даты лечения, консультации, обследования (далее - лечение), указанной в вызове-приглашении или ином документе, при отсутствии вызова-приглашения;

2) возвратиться на территорию Камчатского края из медицинской организации не позднее 14 календарных дней со дня, следующего за днем окончания лечения;

3. Порядок оплаты расходов, связанных с направлением граждан в медицинские организации, расположенные за пределами Камчатского края, мне разъяснен и понятен.

4. Памятка об оплате расходов, связанных с направлением граждан в медицинские организации, расположенные за пределами Камчатского края, мною получена.

« ___ » _____ 20___ г.

(подпись)

Ф.И.О (последнее – при наличии)

Приложение 3 к приказу Министерства
здравоохранения Камчатского края
от 07.07.2023 № 15-Н

Приложение № 3
к Административному регламенту
предоставления Министерством здравоохранения
Камчатского края государственной услуги
по направлению граждан на оказание
специализированной, в том числе,
высокотехнологичной медицинской помощи

(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

НАПРАВЛЕНИЕ
НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(наименование учреждения здравоохранения,
в которое направляется пациент)

1. Фамилия, имя, отчество Ф.И.О (последнее – при наличии) _____
2. Дата рождения _____
3. Адрес постоянного места жительства (регистрация): _____

Край _____

Город _____

Район _____

Улица _____ дом _____ кор. _____ кв. _____

Телефон _____

4. СНИЛС _____

5. Инвалидность _____

6. Социальная категория _____
(КМНС, дети сироты, участники ВОВ)

7. Номер страхового полиса ОМС _____

8. Основной диагноз _____

9. Код диагноза по МКБ _____

10. Профиль ВМП, номер группы _____

11. Наименование вида ВМП _____

(в соответствии с перечнем видов ВМП)

Ф.И.О. медицинского работника, направившего больного _____

должность _____

контактный телефон _____

электронный адрес (при наличии) _____

подпись _____

«__» _____ 20__ г.

Ф.И.О. (последнее – при наличии) руководителя

подпись

Приложение 4 к приказу Министерства
здравоохранения Камчатского края
от 07.07.2023 № 15-Н

Приложение № 4
к Административному регламенту
предоставления Министерством здравоохранения
Камчатского края государственной услуги
по направлению граждан на оказание
специализированной, в том числе,
высокотехнологичной медицинской помощи

Штамп МУ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

« ___ » _____ 20___ г.

г. Петропавловск-Камчатский

1. Ф.И.О. пациента: _____
2. Дата рождения: _____
3. Основной диагноз: _____
4. Код диагноза по МКБ: _____
5. Планируемый метод лечения: _____

Заключение (нужное подчеркнуть):

- имеются показания для лечения за пределами Камчатского края: да/ нет;
- данный вид медицинской помощи не осуществляется на территории Камчатского края:
да/ нет.

Члены врачебной комиссии:

печать учреждения

Приложение 5 к приказу Министерства
здравоохранения Камчатского края
от 07.07.2023 № 15-Н

Приложение № 5
к Административному регламенту
предоставления Министерством здравоохранения
Камчатского края государственной услуги
по направлению граждан на оказание
специализированной, в том числе,
высокотехнологичной медицинской помощи

НАПРАВЛЕНИЕ № _____
К МЕСТУ ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(ЗАПОЛНЯЕТСЯ ОРГАНОМ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ)

в медицинское учреждение _____
СНИЛС _____ дата _____

1. Код категории льгот _____
2. Номер страхового полиса ОМС _____
3. Ф.И.О. (последнее – при наличии) _____
4. Пол: 1 - муж., 2 - жен.
5. Дата рождения _____
6. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер): _____

7. Адрес регистрации по месту жительства: _____

8. Социальный статус, в т.ч. занятость:

- 1 - дошкольник; 1.1 - организован; 1.2 - неорганизован;
- 2 - учащийся;
- 3 - работающий;
- 4 - неработающий;
- 5 - пенсионер;
- 6 - военнослужащий, код _____;
- 7 - член семьи военнослужащего;
- 8 - БОМЖ

9. Инвалидность: 1 - I гр., 2 - II гр., 3 - III гр., 4 - установлена
впервые в жизни, 5 - ребенок-инвалид, 6 - инвалид с детства, 7 - снята.

10. Заключение Комиссии субъекта РФ (диагноз) _____

Код по МКБ-10 _____

11. 1 - нуждается в медицинской помощи;
- 2 - в т.ч. повторно по рекомендации МУ.

12. Характер заболевания:

- 1 - острое _____
- 2 - хроническое _____

13. Номер и дата ответа МУ _____

14. Дата госпитализации в МУ _____

Подпись Председателя Комиссии
органа исполнительной власти
субъекта Российской Федерации

в сфере здравоохранения _____

Печать

линия отреза

Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего направление _____

Приложение 6 к приказу Министерства
здравоохранения Камчатского края
от 07.07.2023 № 15-Н

Приложение № 6
к Административному регламенту
предоставления Министерством здравоохранения
Камчатского края государственной услуги
по направлению граждан на оказание
специализированной, в том числе,
высокотехнологичной медицинской помощи

ТАЛОН № 2
НА ПОЛУЧЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ТАЛОНОВ (ИМЕННЫХ
НАПРАВЛЕНИЙ) НА ПРОЕЗД К МЕСТУ ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ОРГАНом ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ
ВЛАСТИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ)

в медицинское учреждение _____
СНИЛС _____ дата _____

1. Код категории льгот _____
2. Номер страхового полиса ОМС _____
3. Ф.И.О. (последнее – при наличии) _____
4. Пол: 1 - муж.; 2 - жен.
5. Дата рождения _____
6. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер): _____

7. Адрес регистрации по месту жительства: _____

8. Код территории _____
9. Ф.И.О. сопровождающего _____
10. Пол: 1 - муж.; 2 - жен.
11. Дата рождения _____
12. Маршрут следования: _____

Подпись Председателя Комиссии
органа исполнительной власти
субъекта Российской Федерации
в сфере здравоохранения _____

Печать

Приложение 7 к приказу Министерства
здравоохранения Камчатского края
от 07.07.2023 № 15-Н

Приложение № 7
к Административному регламенту
предоставления Министерством здравоохранения
Камчатского края государственной услуги
по направлению граждан на оказание
специализированной, в том числе,
высокотехнологичной медицинской помощи

Министерство здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации

Медицинская документация
Форма N 057/у-04 _____

(наименование медицинского учреждения)

утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 N 255

(адрес)

НАПРАВЛЕНИЕ
НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ,
ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ (НУЖНОЕ ПОДЧЕРКНУТЬ)

(НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ,
КУДА НАПРАВЛЕН ПАЦИЕНТ)

1. Номер страхового полиса ОМС _____
2. Код льготы _____
3. Ф.И.О. (последнее – при наличии) _____
4. Дата рождения _____
5. Адрес постоянного места жительства _____
6. Место работы, должность _____
7. Код диагноза по МКБ _____
8. Обоснование направления _____

Должность медицинского работника
направившего больного _____

Ф.И.О. (последнее – при наличии)
Заведующий отделением

подпись

Ф.И.О. (последнее – при наличии)

подпись

« ____ » _____ г.

М.П.