****

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2015 года №\_\_\_\_\_\_

г. Нальчик

**Об организации оказания**

**высокотехнологичной медицинской помощи**

**жителям Кабардино-Балкарской Республики**

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» и совершенствования порядка направления больных в федеральные и иные медицинские учреждения

**п р и к а з ы в а ю:**

1. Образовать и утвердить составы Комиссий Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (приложение № 1).

2. Утвердить форму протокола решения комиссии Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики по отбору граждан для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, форму выписки из протокола комиссии, а также форму согласия на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя (приложения №2-5).

3. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики обеспечить:

3.1. своевременную подготовку медицинской документации пациентов, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи с указанием проведенных дополнительных методов исследования подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи, с привлечением в случае необходимости главный внештатных специалистов Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики по профилю заболевания пациента;

3.2. направление больных нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в строгом соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы»;

3.3. учет, последующее лечение и диспансерное наблюдение пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь в федеральных или иных специализированных медицинских учреждениях, в соответствии с заключениями и рекомендациями специалистов данных организаций.

5. Признать утратившими силу приказы Министерства здравоохранения и курортов Кабардино-Балкарской Республики от 11 апреля 2013 года № 60-П «О Комиссии по отбору граждан для оказания специализированной, высокотехнологичной и других видов медицинской помощи за пределами республики», от 16 апреля 2014 года № 64-П «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и курортов Кабардино-Балкарской Республики от 11.04.2013 года №60-П».

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики А.О.Асанова.

Начальник отдела организации

Ме Заместитель

Председателя Правительства

Кабардино-Балкарской Республики –

министр здравоохранения

Кабардино-Балкарской Республики И.М.Шетова

ощи взрослому населению И.Мамхегова

Начальник отдела организации

медицинской помощи детскому населению Ю.Шогенова

Начальник отдела правового обеспечения

и судебной защиты Х.Абазов

Заместитель

министра здравоохранения

Кабардино-Балкарской Республики А. Асанов

Начальник отдела

организации медицинской

помощи детскому населению Ю. Шогенова

Начальник отдела

организации медицинской

помощи взрослому населению И.Мамхегова

Начальник отдела

правового обеспечения

и судебной защиты А.Каскулова

Главный специалист-эксперт

отдела организации медицинской

помощи детскому населению Д.Узденова

Приложение №1

Утверждены

приказом Министерства здравоохранения

Кабардино-Балкарской Республики

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2015г. № \_\_\_\_\_\_

**Составы Комиссий Министерства здравоохранения**

**Кабардино-Балкарской Республики по отбору пациентов для оказания**

**высокотехнологичной медицинской помощи**

Члены Комиссии отдела организации медицинской помощи

взрослому населению

|  |  |
| --- | --- |
| Заместитель министра (председатель комиссии) | Асанов Алим Орусбиевич |
| Начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению | Мамхегова Инна Яроджибовна |
| Заместитель начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению | Шогенова Роза Хасановна |
| Главный специалист-эксперт отдела организации медицинской помощи взрослому населению | Бицуева Залина Анатольевна |
| Главный специалист-эксперт отдела организации медицинской помощи взрослому населению | Котиева Залина Ибрагимовна |
| Ведущий специалист-эксперт отдела организации медицинской помощи взрослому населению | Шомахова Зита Сафарбиевна |

Члены Комиссии отдела организации медицинской помощи

детскому населению:

|  |  |
| --- | --- |
| Заместитель министра (председатель комиссии) | Асанов Алим Орусбиевич |
| Начальник отдела организации медицинской помощи детскому населению | Шогенова Юлия Суфияновна |
| Главный специалист-эксперт отдела организации медицинской помощи детскому населению | Хатохова Мадия Османовна |
| Главный специалист-эксперт отдела организации медицинской помощи детскому населению | Узденова Дина Тамашевна |
| Ведущий специалист-эксперт отдела организации медицинской помощи детскому населению | Культербаева Ирина Хачимовна |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | |  |  | | --- | --- | |  | Приложение №2  Утвержден  приказом Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики  от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2015г. № \_\_\_\_\_\_ | | |

Протокол № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Комиссии Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

отдела организации медицинской помощи взрослому населению

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики от «16» января 2015 г. № 05-П Комиссией Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях принято

**Решение**

О направлении (Об отказе в направлении) в счет выделенных объемов ВМП в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

Ф.И.О.(полное) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер) паспорт, свидетельство о рождении и др.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Код по МКБ X: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код вида ВМП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ талона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель направления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель комиссии А.О. Асанов

Члены комиссии:

Начальник отдела организации медицинской

помощи взрослому населению И.Я. Мамхегова

Заместитель начальника отдела

организации медицинской помощи

взрослому населению Р.Х. Шогенова

Главный специалист-эксперт отдела

организации медицинской помощи

взрослому населению З.А.Бицуева

Главный специалист-эксперт отдела

организации медицинской помощи

взрослому населению З.И. Котиева

Ведущий специалист-эксперт отдела

организации медицинской помощи

взрослому населению З.С.Шомахова

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Приложение №4  Утвержден  приказом Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики  от «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_ 2015г. № \_\_\_\_ | Приложение №4  к приказу Министерства  ублики | | |

Протокол № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Комиссии Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

отдела организации медицинской помощи детскому населению

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики от «16» января 2015 г. № 05-П Комиссией Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях принято

**Решение**

О направлении (Об отказе в направлении) в счет выделенных объемов ВМП в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

Ф.И.О.(полное) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер) паспорт, свидетельство о рождении и др.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Код по МКБ X: \_\_\_\_\_\_\_\_

Код вида ВМП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ талона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель направления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель комиссии А.О.Асанов

Члены комиссии:

Начальник отдела организации медицинской

помощи детскому населению Ю.С.Шогенова

Главный специалист-эксперт

отдела организации медицинской

помощи детскому населению М.О.Хатохова

Главный специалист-эксперт

отдела организации медицинской

помощи детскому населению Д.Т.Узденова

Ведущий специалист-эксперт отдела

организации медицинской помощи

детскому населению И.Х.Культербаева

Приложение №4

Утверждена

приказом Министерства здравоохранения

Кабардино-Балкарской Республики

от «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_ 2015г. № \_\_\_\_

Выписка из протокола № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Комиссии Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

**1экз**:

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации направившей пациента

в Минздрав КБР)

Адрес МО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2экз:**

ФИО заявителя:\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Комиссией Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи принято решение направить медицинскую документацию пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(название медицинской организации)

При получении ответа Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_клиники (центра) информация о принятом решении Вам будет сообщена дополнительно.

Заместитель министра А.О.Асанов

Исп: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №6

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Кабардино-Балкарской Республики

от «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_ 2015г. № \_\_\_\_

В

(наименование органа исполнительной власти

субъекта Российской Федерации

в сфере здравоохранения)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о согласии на обработку персональных данных

Я, ,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие

(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения

(число, месяц, год)

2. Пол

(женский, мужской – указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность

(наименование, номер и серия,

кем и когда выдан)

4. Адрес по месту жительства

(почтовый адрес по месту жительства)

5. Адрес фактического проживания

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

8. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя

(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

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

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

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

Примечание. Пункты с 8 по 11 настоящего заявления 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, согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки)

зарегистрированы

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Ф.И.О. специалиста) |  | (дата приема заявления) |  | (подпись специалиста) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | (линия отреза) |  |
|  |  |

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки)

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Ф.И.О. специалиста) |  | (дата приема заявления) |  | (подпись специалиста) |