



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

«___» _____ 2019 г.

№ _____

г. Симферополь

*О комиссии по оказанию
медицинской помощи
взрослому населению Республики Крым
с воспалительными заболеваниями
кишечника*

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 года № 906н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02 апреля 2010 года № 206н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года №149 (с изменениями), с учетом рекомендаций Комитета Совета Федерации по социальной политике от 16 апреля 2018 года, с целью повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Создать комиссию Министерства здравоохранения Республики Крым «По оказанию медицинской помощи взрослым больным с воспалительными заболеваниями кишечника: язвенный колит и болезнь Крона».

2. Утвердить:

2.1. Состав комиссии по оказанию медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями кишечника: язвенный колит и болезнь Крона» – (приложение 1).

2.2. Положение о комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым «По оказанию медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями кишечника: язвенный колит и болезнь Крона» (приложение 2).

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Министерства здравоохранения Республики Крым Дьякова А.С.

Министр

А.И. Голенко

Подготовил:

Начальник управления организации
медицинской помощи
« ____ » _____ 2019 г.

А. Лясковский

Согласовано:

Заместитель министра
« ____ » _____ 2019 г.

А. Дьяков

Начальник управления правового
обеспечения и лицензирования
« ____ » _____ 2019 г.

В. Мамонова

Лист рассылки:

1-й экз.
копия

Министерство здравоохранения РК
Управление организации медицинской помощи

СОСТАВ

Комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по оказанию медицинской помощи взрослому населению Республики Крым с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК)

Члены комиссии:

- Левченко М.В. - главный внештатный гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Республики Крым, к.м.н., заведующий отделением гастроэнтерологии ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», Председатель комиссии;
- Коняева Е.И. - главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Крым по клинической фармакологии, к.м.н., доцент кафедры внутренней медицины №1 с курсом клинической фармакологии Медицинской академии им.С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»;
- Астафьев Д.С. - главный внештатный специалист-колопроктолог Министерства здравоохранения Республики Крым, заведующий отделением проктологии ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
- Пуздря Е.Г. - врач гастроэнтеролог ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
- Репинский А.В. - главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Крым по эндоскопии, заведующий отделением эндоскопии ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
- Измайлова Э.Д. - врач гастроэнтеролог ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», Секретарь комиссии.

ПОЛОЖЕНИЕ

о комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по оказанию медицинской помощи взрослому населению Республики Крым с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК): язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК)

1. Общие положения.

1.1. Комиссия Министерства здравоохранения Республики Крым по оказанию медицинской помощи взрослому населению Республики Крым с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК): язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) (далее комиссия ВЗК) создается с целью совершенствования организации, качества, доступности и безопасности оказания медицинской помощи взрослому населению Республики Крым.

1.2. В случае необходимости к работе комиссии ВЗК привлекаются другие специалисты, в зависимости от решения поставленных организационных и клинических задач.

1.3. В своей деятельности комиссия ВЗК руководствуется: Конституцией Российской Федерации, ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ФЗ № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №906н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология», приказом от 13.10.2015 № 1660 «Об оказании медицинской помощи взрослому населению Республики Крым по профилю «гастроэнтерология» (с изменениями), стандартами, клиническими рекомендациями по оказанию медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология» и другими нормативными документами, определяющими порядок организации и оказания медицинской помощи населению, в том числе воспалительными заболеваниями кишечника.

2. Функции комиссии ВЗК.

2.1. Оказывает консультативную медицинскую помощь гражданам Республики Крым, ближнего и дальнего зарубежья по направлению врачей, оказывающих первичную специализированную помощь, врачей-гастроэнтерологов всех уровней оказания медицинской помощи, а также врачей смежных специальностей (хирургов, инфекционистов, колопроктологов, онкологов, эндоскопистов и т.д.);

2.2. Назначает необходимое обследование, лечение;

2.3. Проводит коррекцию ранее назначенной терапии;

2.4. Проводит отбор пациентов на госпитализацию в соответствии с уровнями оказания медицинской помощи;

- 2.5. Решает вопрос о направлении больных на ВМП;
- 2.6. Ведет регистрацию пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК);
- 2.7. Назначает лечение с применением глюкокортикостероидных, цитостатических препаратов и биологической терапии пациентам с ВЗК;
- 2.8. Рассматривает в установленном порядке обращения граждан в части оказания медицинской помощи больным воспалительными заболеваниями кишечника.

3. Организация работы комиссии ВЗК.

3.1. Комиссия ВЗК состоит из председателя, членов комиссии и секретаря (в соответствии с приложением 1 к приказу);

3.2. Консультативные приемы комиссии ВЗК проводятся на базе гастроэнтерологического отделения ГБУЗ РК «РКБ Н.А.Семашко», в третий вторник каждого месяца (10.00-12.00) по направлению (форма 057/у). В случае производственной необходимости дата заседания комиссии может быть изменена.

3.3. Заседание комиссии считается состоявшимся, если присутствует половина состава комиссии. Решение комиссии принимается путем голосования простым большинством голосов. При одинаковом количества голосов «за» и «против», голос председателя комиссии считается решающим.

3.4. Перечень утверждаемых медицинских документов для работы ВЗК:

- протокол заседания комиссии ВЗК (приложение 1);
- заключение комиссии ВЗК (приложение 2);
- информированное согласие пациентов на обработку персональных данных (приложение 3);
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (приложение 4);
- информированное добровольное согласие на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну (приложение 5);

3.5. Заключение комиссии ВЗК оформляется протоколом утвержденной формы. Протокол подписывается председателем, членами комиссии, секретарем. Протоколы заседаний и копии Заключений комиссии ВЗК хранятся в течение 2-х лет с момента заседания комиссии, ответственным за хранение документации назначается секретарь комиссии.

3.6. Запись пациентов на комиссию ВЗК проводится врачом, направляющим пациента, у секретаря по телефону: (0652) 373-423.

3.7. При направлении на комиссию ВЗК пациентов, находящихся на стационарном лечении, лечащий врач обязан выдать промежуточный выписной эпикриз с результатами проведенного обследования и лечения, указать цель направления и провести запись больного у секретаря.

3.8. Для направления пациента на комиссию ВЗК врач обязан:

- провести предварительное обследование, согласно стандартам оказания медицинской помощи по данному заболеванию;
- оформить направление, установленной формы с указанием цели направления на комиссию;
- провести запись больного;

3.9. После комиссионного осмотра пациенту выдается на руки заключение установленной формы.

4. Показания для направления на комиссию ВЗК.

4.1. Диагностические сложные случаи, в том числе атипичность течения, коморбидность патологии;

4.2. Тяжелое течение основной гастроэнтерологической патологии, требующее дополнительной коррекции;

4.3. Отсутствие ожидаемого эффекта от проводимой базисной терапии;

4.4. Рассмотрение жалоб и обращений граждан по вопросам качества оказания гастроэнтерологической помощи (в случае производственной необходимости в установленном порядке).

5. Комиссия ВЗК имеет право.

5.1. Получать своевременную достоверную полную информацию о состоянии здоровья пациентов, результатах обследования и лечения;

5.2. Выдавать заключение установленной формы;

5.3. Привлекать к работе комиссии смежных специалистов;

5.4. Принимать решения о направлении пациентов в другие медицинские организации (в том числе для оказания ВМП);

5.5. Обращаться в МЗ РК, ТФОМС, руководителям медицинских организаций Крыма с предложениями по улучшению организации специализированной медицинской помощи населению РК.

6. Комиссия ВЗК несет ответственность за:

6.1. Достоверность, обоснованность и объективность выданных заключений в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

6.2. Соблюдение права пациента, врачебной тайны и требований по обработке персональных данных.

Приложение 1 к Положению о
комиссии Министерства
здравоохранения Республики Крым
утвержденное приказом
Министерства здравоохранения
Республики Крым
от _____ № _____

ПРОТОКОЛ № _____

заседания комиссии ВЗК МЗ РК по оказанию медицинской помощи
взрослому населению Республики Крым

от _____ 20__ г.

Комиссия в составе:

Председателя комиссии Левченко М.В.

Членов комиссии: Коняевой Е.И., Астафьева Д.С., Пуздря Е.Г.,
Репинского А.В., Измайловой Э.Д.

Повестка дня:

1. _____

Решение комиссии:

Утвердить перечень лечебно-диагностических, профилактических и
реабилитационных мероприятий, согласно индивидуальным рекомендациям
для каждого пациента - заключение прилагается

Голосовали: «за» _____ чел.; «против» _____ чел.

Председатель комиссии

Левченко М.В.

Члены комиссии:

Коняева Е.И.

Астафьев Д.С.

Пуздря Е.Г.

Репинский А.В.

Измайлова Э.Д.

Приложение 2 к Положению о
комиссии Министерства
здравоохранения Республики Крым
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Республики Крым
от _____ № _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ № _____

Комиссии ВЗК МЗ РК по оказанию медицинской помощи
взрослому населению Республики Крым

от _____ 20__ г.

Ф.И.О.

пациента:

Возраст:

Место жительства:

Медицинская организация, направляющая пациента на комиссию:

Диагноз:

Решение комиссии:

Председатель комиссии

Левченко М.В.

Члены комиссии:

Коняева Е.И.

Пуздря Е.Г.

Астафьев Д.С.

Репинский А.В.

Измайлова Э.Д.

Приложение 3 к Положению о
комиссии Министерства
здравоохранения Республики Крым
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Республики Крым
от _____ № _____

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____, _____ (года рождения)
(дата и название выдавшего органа)

Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних, либо нетрудоспособных лиц

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____,
(дата и название выдавшего органа)
_____ года рождения, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель,
опекун, попечитель и т.д.) ребенка или лица, признанного недееспособным
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного лица полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку **комиссией по оказанию медицинской помощи больным с вирусными заболеваниями кишечника** (далее – комиссия ВЗК) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ООМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Предоставляю комиссии ВЗК право осуществлять все действия с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим согласие о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в информационные системы Министерства здравоохранения Республики Крым, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС.

Комиссия ВЗК имеет право по исполнению своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных.

Срок хранения моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам или их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим соглашением, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

Настоящее соглашение дано мной «_____» _____ г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отказе настоящего соглашения на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Субъект персональных данных
(законный представитель)**

Секретарь комиссии ВЗК _____

(должность, ФИО)

Приложение 4 к Положению о
комиссии Министерства
здравоохранения Республики Крым
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Республики Крым
от _____ № _____

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство комиссии по оказанию медицинской
помощи взрослому населению с воспалительными заболеваниями
кишечника:**

Я,
(фамилия, имя, отчество - полностью)
проживающая по адресу:
(день, месяц, год рождения)

- Мне согласно моей воле, а так же во исполнении требований ст. 20 Федерального закона " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации "от 21.11.2011 № 323-ФЗ даны полные и всесторонние разъяснения о моих правах при обращении за медицинской помощью;

- Я информирован (а), что при обращении за медицинской помощью в комиссию по оказанию медицинской помощи взрослому населению с воспалительными заболеваниями кишечника:

- Я поставил (а) в известность членов комиссии обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (моего представляемого), в том числе об всех заболеваниях (вт.ч. инфекционных - ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем и т.д.). Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств., аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (моим представляемым) и известных мне травмах, операциях, о проведенных ранее переливаниях крови и ее компонентов и осложнениях, о принимаемых лекарственных средствах.

- Мне даны разъяснения о предварительном (предполагаемом) диагнозе, характере, степени тяжести и возможных вариантах течения моего заболевания (моего представляемого), в т.ч. осложнениях;

- Я ознакомлен (а) с планом обследования, лечения, реабилитации а так же о возможной их корректировке в соответствии с течением заболевания и моим состоянием;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями комиссии ВЗК, физикального обследования. Проведение консультаций врачами специалистами.

- Я извещен(а) о том, что мне (моему представляемому) необходимо представить лечащему врачу Заключение комиссии ВЗК.

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от диагностических мероприятий, лечения, несоблюдение рекомендаций медицинских работников, режима питания, самовольное использование медицинских препаратов, медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на его результате и состоянии моего (моего представляемого) здоровья;

- Я согласен(а) на участие в оказании медицинской помощи обучающихся в образовательной или научной организации (студентов медицинских вузов, колледжей, лиц проходящих послевузовское обучение, лиц к ним приравненных) исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения ими врачебной тайны;

В случае возражения по разделу в графе, данного раздела подпись, поставить - НЕТ)

(подпись)

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы членам комиссии ВЗК о степени риска и пользе медицинского вмешательства и члены комиссии дали понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены секретарем комиссии ВЗК _____, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

(фамилия, имя, отчество - полностью)

Приложение 5 к Положению о комиссии
Министерства здравоохранения Республики
Крым
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Республики Крым
от

№ _____

**Информированное добровольное согласие на предоставление сведений,
составляющих врачебную тайну, при обращении пациента за медицинской
помощью в комиссию МЗ РК по оказанию медицинской помощи взрослому
населению с воспалительными заболеваниями кишечника:**

1. Поставлен(а) в известность, что в связи с обращением за медицинской помощью взрослому населению с воспалительными заболеваниями кишечника:

Согласно ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 - ФЗ от 21.11. 2011г. любая информация о факте моего обращения и (или) моего представляемого за медицинской помощью, состоянии здоровья моего и (или) моего представляемого, диагнозе, заболевании и иные сведения, полученные при обследовании и (или) лечении, составляют врачебную тайну. Ее разглашение возможно только в предусмотренных законом случаях.

(подпись)

1. - Мне, так же было разъяснено, что получение согласия гражданина или его законного представителя на передачу сведений, составляющих врачебную тайну и другим лицам (в том числе должностным лицам) необходимо в интересах профилактических мероприятий, обследования, лечения, реабилитации пациента; для проведения научных исследований; публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и/или в других случаях, предусмотренных законодательством.

- Данная информация доведена мне в доступной форме, положения законодательства о врачебной тайне мне разъяснены, понятны.

(подпись)

-Разрешаю, в случае	
(указать причины, указанные в п.2)	
предоставлять информацию, составляющую в отношении меня врачебную тайну указанным лицам (родственникам, законным представителям, гражданам действующих в отношении меня и (или) моего представляемого, студентам, преподавателям кафедр и т.д. В случае отсутствия таковых, либо возражения в предоставлении сведений - поставить НЕТ:	
(Ф.И.О.)	(контактный телефон)
(Ф.И.О.)	(контактный телефон)
" " 20 года. Подпись гражданина	
	(подпись)

« » 20 года. (подпись)

Мною, секретарем комиссии ВЗК _____ разъяснены все положения настоящего документа Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

--

(Должность)

(Ф.И.О., подпись)

« » 20 г.

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа.
Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Секретарь комиссии ВЗК _____ —
(Должность, ФИО)

(подпись)