Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

Зарегистрировано в Минюсте России 27 октября 2005 г. N 7115

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 5 октября 2005 г. N 617

О ПОРЯДКЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАН

ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К МЕСТУ

ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава России от 27.08.2015 N 598н) |

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2004 года N 864 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, N 1 (часть II), ст. 109, N 13, ст. 1178, N 27, ст. 2765, N 32, ст. 3318) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый [Порядок](#P38) направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний.

2. Рекомендовать:

2.1. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения создать Комиссию по отбору и направлению граждан к месту лечения, включив в ее состав главных специалистов-экспертов соответствующего профиля и представителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, и утвердить Положение о ней.

2.2. Руководителям медицинских организаций и иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, создать Комиссию по отбору больных на обследование и лечение, включив в ее состав ведущих специалистов указанных организаций соответствующего профиля, и утвердить Положение о ней.

(в ред. Приказа Минздрава России от 27.08.2015 N 598н)

Министр

М.Ю.ЗУРАБОВ

Утвержден

Приказом

Министерства здравоохранения

и социального развития

Российской Федерации

от 5 октября 2005 г. N 617

ПОРЯДОК

НАПРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАН ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ

СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К МЕСТУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава России от 27.08.2015 N 598н) |

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с направлением органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг (далее - граждан), для получения ими лечения в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных федеральным органам исполнительной власти (далее - медицинские учреждения) при наличии медицинских показаний.

(в ред. Приказа Минздрава России от 27.08.2015 N 598н)

2. При наличии у гражданина медицинских показаний в соответствии с заключением врачебной комиссии медицинской организации в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения направляется выписка из истории болезни, содержащая данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований, для решения вопроса о выдаче ему направления на лечение.

(в ред. Приказа Минздрава России от 27.08.2015 N 598н)

3. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения при подтверждении наличия у гражданина медицинских показаний к госпитализации направляет в адрес руководителя медицинского учреждения выписку из истории болезни гражданина, содержащую данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований, соответствующих профилю заболевания, не более чем месячной давности, а также заключение с обоснованием необходимости его лечения в указанном учреждении и заполняет необходимые документы в соответствии с образцом [(приложение N 1).](#P82)

4. Медицинское учреждение в течение 14 дней со дня поступления выписки из истории болезни гражданина, а при очной консультации - в день получения заключения о результатах проведенного обследования гражданина, рассматривает эти документы, выносит решение о необходимости госпитализации и заполняет графы указанного ранее образца. О принятом решении медицинское учреждение информирует соответствующий орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения с указанием даты госпитализации гражданина.

Выписка из истории болезни и заключение о результатах проведенных обследований гражданина возвращаются в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

5. Органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения оформляется и выдается гражданину направление на лечение в медицинское учреждение в соответствии с образцом [(приложение N 1)](#P82) и заполняется [Талон N 2](#P190) указанного образца.

[Талон N 2](#P190) представляется гражданином в исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации для обеспечения их специальными талонами или именными направлениями на право бесплатного получения проездных документов к месту лечения и обратно.

6. По окончании оказания гражданину медицинской помощи медицинское учреждение выдает ему выписку из истории болезни, содержащую подробные данные о проведенном лечении и рекомендации по дальнейшему ведению и лечению гражданина в медицинской организации по месту жительства, а также завершает заполнение необходимого документа в соответствии с образцом [(приложение N 2)](#P253) и заполняет [Талон N 1](#P131) в соответствии с образцом (приложение N 1), который направляет в соответствующий орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

(в ред. Приказа Минздрава России от 27.08.2015 N 598н)

Приложение N 1

к Порядку

направления граждан органами

исполнительной власти субъектов

Российской Федерации в сфере

здравоохранения к месту лечения

при наличии медицинских показаний,

утвержденному Приказом

Министерства здравоохранения

и социального развития

Российской Федерации

от 5 октября 2005 г. N 617

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава России от 27.08.2015 N 598н) |

ОБРАЗЕЦ

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

Наименование органа исполнительной власти субъекта

Российской Федерации в сфере здравоохранения

 НАПРАВЛЕНИЕ N \_\_\_\_

 к месту лечения для получения медицинской помощи

 (заполняется органом исполнительной власти субъекта

 Российской Федерации в сфере здравоохранения)

 в медицинское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

1. Код ┌─┬─┬─┐ 2. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 категории │ │ │ │ страхового │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 льготы └─┴─┴─┘ полиса ОМС └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

─────────────────┬──────────────────────────────────────────────────────────────────

3. Ф.И.О. │

─────────────────┴───────────┬──────────────────┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬───────────────────

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 N Дата

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

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

 ТАЛОН N 1

 к Направлению к месту лечения для

 получения медицинской помощи

 (заполняется медицинским учреждением (МУ),

 оказавшим медицинскую помощь)

Направление N \_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

1. Код ┌─┬─┬─┐ 2. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 категории │ │ │ │ страхового │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 льготы └─┴─┴─┘ полиса ОМС └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

─────────────────┬──────────────────────────────────────────────────────────────────

3. Ф.И.О. │

─────────────────┴───────────┬──────────────────┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬───────────────────

4. Пол: 1 - муж.; 2 - жен. │5. Дата рождения │ │ │ │ │ │ │ │ │

─────────────────────────────┴──────────────────┴─┼─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴───────────────────

6. Документ, удостоверяющий личность │

(название, серия и номер): │

──────────────────────────────────────────┬───────┴─────────────────────────────────

7. Адрес регистрации по месту жительства: │

──────────────────────────────────────────┴───┬─────────────────────────────────────

 │8. Житель: 1 - город; 2 - село

──────────────────────────────────────────────┴─────────────────────────────────────

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

───────────────────────────────────────┴───┴────────────────────────────────────────

10. Инвалидность: 1 - I гр., 2 - II гр., 3 - III гр., 4 - установлена впервые

в жизни, 5 - ребенок-инвалид, 6 - инвалид с детства, 7 - снята

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

11. Наименование направившей организации

──────────────────────────────────────────────┬─────────────────────────────────────

12. Диагноз направившего учреждения │Код по МКБ-10

──────────────────────────────────────────────┴─────────────────────────────────────

13. Заключение МУ: 1 - диагноз код по МКБ-10; 2 - нуждается; 3 - код вида ВТМП

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

14. Дата госпитализации

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

13. Номер и дата ответа МУ N Дата

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

14. Дата госпитализации в МУ

─────────────────────────────────────┬──────────────────────────────────────────────

20. Срок повторного лечения │21. Стоимость лечения по всем статьям

 │\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │в том числе по статьям финансирования

 │медицинской

─────────────────────────────────────┴──────────────────────────────────────────────

Подпись руководителя МУ Печать

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

 Линия отреза

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Наименование органа исполнительной власти субъекта

Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего Направление

 ТАЛОН N 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 ┌─┬─┬─┐ 2. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 категории │ │ │ │ страхового │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 льготы └─┴─┴─┘ полиса ОМС └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

─────────────────┬──────────────────────────────────────────────────────────────────

3. Ф.И.О. │

─────────────────┴───────────┬──────────────────┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬───────────────────

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. Документ, удостоверяющий личность │

(название, серия и номер): │

──────────────────────────────────────────────────┴─────────────────────────────────

13. Адрес регистрации по месту жительства:

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

14. Маршрут следования:

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись Председателя Комиссии органа исполнительной власти

субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения Печать

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Приложение N 2

к Порядку

направления граждан органами

исполнительной власти субъектов

Российской Федерации в сфере

здравоохранения к месту лечения

при наличии медицинских показаний,

утвержденному Приказом

Министерства здравоохранения

и социального развития

Российской Федерации

от 5 октября 2005 г. N 617

ОБРАЗЕЦ

 Лист ожидания на оказание медицинской помощи

 в медицинском учреждении

Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере

здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Название, код субъекта Российской Федерации | Ф.И.О. (кодификация) | СНИЛС | Адрес регистрации по месту жительства | Дата рождения | Диагноз при направлении (МКБ-10) | Дата направления | Наименование медицинского учреждения | Дата консультации | Результат консультации | Нуждаемость в госпитализации | Срок ожидания | Дата госпитализации | Дата выписки | Диагноз при выписке (МКБ-10) | Код оказанной медицинской помощи | Причина несостоявшейся госпитализации |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ПОДПИСЬ