



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

26.11.2020 № 168-Р

г. Красногорск

Об утверждении порядка учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи в Московской области

В соответствии со статьей 36 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 № 345н/№ 372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья», Законом Московской области № 132/2013-ОЗ «О здравоохранении в Московской области», постановлением Правительства Московской области от 11.12.2019 № 952/40 «Об утверждении порядка взаимодействия медицинских организаций Московской области и организаций социального обслуживания Московской области при оказании паллиативной медицинской помощи»:

1. Утвердить прилагаемые к настоящему распоряжению:

- 1) порядок учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи в Московской области (далее – порядок учета пациентов);
- 2) форму учета пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи;
- 3) форму обращения о предоставлении социального обслуживания пациенту.

2. Главным врачам медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, оказывающим паллиативную медицинскую помощь взрослому / детскому населению (далее – медицинские организации):

008442

1) руководствоваться порядком учета пациентов, указанным в подпункте 1 пункта 1 настоящего распоряжения;

2) обеспечить внесение достоверных, актуальных сведений (данных) о пациентах, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи;

3) обеспечить информирование пациентов и /или их законных представителей, и /или лиц, осуществляющих уход за пациентами, нуждающимися в оказании паллиативной медицинской помощи, о перечне социальных услуг, предоставляемых в Московской области, порядке и условиях их предоставления;

4) направлять в территориальное структурное подразделение Министерства социального развития Московской области по месту жительства пациента обращения о предоставлении социального обслуживания пациента по форме, указанной в подпункте 3 пункта 1 настоящего распоряжения;

5) организовать заполнение формы, предусмотренной подпунктом 2 пункта 1 настоящего приказа в соответствии с порядком учета пациентов.

3. Главному внештатному специалисту по паллиативной медицинской помощи Министерства здравоохранения Московской области Ишутину А.А. обеспечить:

1) проведение ежеквартального (не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетными кварталом) анализа информации о пациентах, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи и внесение в Министерство здравоохранения Московской области предложений по вопросам организации паллиативной медицинской помощи;

2) оказание организационно-методической помощи медицинским организациям государственной системы здравоохранения Московской области.

4. Начальнику управления проектной деятельности Министерства здравоохранения Московской области Киселеву В.А., директору государственного бюджетного учреждения Московской области «Московский областной медицинский информационно-аналитический центр» проработать вопрос о возможности автоматизации и цифровизации данных в соответствии с порядком учета пациентов. В срок до 15.01.2021 представить соответствующие предложения в адрес управления специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Московской области.

5. Управлению организационной и документационной работы Министерства здравоохранения Московской области обеспечить:

1) официальное опубликование настоящего распоряжения в газете «Ежедневные новости. Подмосковье» и размещение (опубликование) на сайте Правительства Московской области в Интернет-портале Правительства Московской области;

2) размещение настоящего распоряжения на официальном сайте Министерства здравоохранения Московской области в информационно-телекоммуникационной

сети «Интернет»;

3) направление копии настоящего распоряжения в Прокуратуру Московской области в течение 5 рабочих дней со дня его регистрации;

4) направление копии настоящего распоряжения вместе со сведениями об источниках его официального опубликования в Управление Министерства юстиции Российской Федерации по Московской области в 7-дневный срок после дня первого его официального опубликования для включения в федеральный регистр нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Московской области Масякина А.В.

Министр здравоохранения
Московской области



С.А. Стригункова

УТВЕРЖДЕН

распоряжением Министерства
здравоохранения Московской
области

от 26.11.2020 № 168-Р

ПОРЯДОК

учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи
в Московской области

1. Общие положения

Настоящий порядок разработан на основании пункта 4 Порядка взаимодействия медицинских организаций Московской области и организаций социального обслуживания Московской области при оказании паллиативной медицинской помощи, утвержденного постановлением Правительства Московской области от 11.12.2019 № 952/40, законодательных и иных нормативных правовых актов Российской Федерации и Московской области, содержащих требования по порядку учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, и предназначен для медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, оказывающих паллиативную медицинскую помощь взрослому / детскому населению (далее – медицинская (-ие) организация (-и)).

2. Учет пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи

2.1. Учет пациентов с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, а также заболеваниями или состояниями в стадии, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, при наличии медицинских показаний, осуществляется медицинской организацией на основании решения врачебной комиссии медицинской организации о признании пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи.

2.2. Учет пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи ведется по форме учета пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, утверждаемой Министерством здравоохранения Московской области (далее – форма учета).

2.3. Учет пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, осуществляется на постоянной основе.

2.4. Локальным правовым актом по медицинской организации назначаются лица, ответственные за ведение учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи.

2.5. Контроль за учетом и достоверностью данных отчетности по пациентам, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, в медицинской

организации возлагается на руководителя медицинской организации.

2.6. Учет пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, должен обеспечивать:

- а) своевременность и точность сведений о пациентах;
- б) достоверность данных, вносимых в формы учета;
- в) контроль за данными, вносимыми в формы учета.

2.7. Сведения (данные) о пациентах, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, вносятся в течение 5 рабочих дней с даты принятия решения врачебной комиссией медицинской организации (с даты составления протокола заседания врачебной комиссии).

2.8. На каждого пациента оформляется отдельная форма учета, которая содержит сведения о пациенте, данные, характеризующие условия оказания паллиативной медицинской помощи, основания прекращения оказания паллиативной медицинской помощи в медицинской организации, а именно:

1) сведения о пациенте:

фамилия, имя и отчество (при наличии);

дата рождения;

адрес регистрации;

адрес фактического проживания;

наименование, адрес и телефон медицинской организации, в которой пациент признан нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи;

наименование, адрес и телефон медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к которой прикреплен пациент;

контактный телефон пациента, законных представителей пациента, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом;

основной диагноз по МКБ-10;

дата постановки основного диагноза;

информация о назначении наркотических средств и психотропных веществ (дата назначения, наименование наркотических средств и психотропных веществ (далее – лекарственный (-ые) препарат (-ы)), дозировка, ФИО, должность, специальность и место работы врача, назначившего лекарственные препараты);

дата признания пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи (в том числе протокол проведения врачебной комиссии);

отказ пациента от оказания паллиативной медицинской помощи (дата оформления отказа, наименование медицинской организации);

оборудование и расходные материалы, необходимые для использования на дому;

необходимое лечебное питание;

2) условия оказания паллиативной медицинской помощи:

в стационарных условиях (отделение паллиативной медицинской помощи; отделение сестринского ухода);

в амбулаторных условиях (кабинет паллиативной медицинской помощи; патронажная служба);

показания к получению специализированной, в том числе

высокотехнологичной медицинской помощи;

объем и виды рекомендуемой специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;

информирование пациента, законных представителей пациента, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, о перечне социальных услуг, предоставляемых в Московской области, порядке и условиях их предоставления, адресах и контактных телефонах уполномоченного органа;

3) основания прекращения оказания паллиативной медицинской помощи в медицинской организации:

дата выписки / дата смерти пациента.

2.9. Учет пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, ведется на основании:

паспортных данных (свидетельства о рождении) пациента;

опроса пациента и/или его законного представителя (-ей), лиц (-а), осуществляющих (-его) уход за пациентом;

данных медицинской карты стационарного / амбулаторного больного и других медицинских документов.

3. Ответственность

3.1. Лица, ответственные за ведение учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, несут персональную ответственность за:

3.1.1. ненадлежащее выполнения своих должностных обязанностей;

3.1.2. несвоевременное и/или некачественное заполнение форм (-ы) учета по пациентам (-у).

3.2. Ответственность за ненадлежащее и несвоевременное выполнение настоящего порядка лицом, ответственным за ведение учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, несет руководитель медицинской организации.

3.3. Лица, нарушающие или не исполняющие требования настоящего порядка, могут привлекаться к дисциплинарной ответственности.

3.4. За разглашение информации, доступ к которой ограничен федеральным законом (за исключением случаев, если разглашение такой информации влечет уголовную ответственность), лицом, получившим доступ к такой информации в связи с исполнением служебных или профессиональных обязанностей (врачебная тайна) предусмотрена административная ответственность.

4. Контроль за исполнением порядка

Контроль за исполнением настоящего порядка возлагается на управление специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Московской области.

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением Министерства
здравоохранения Московской
области

от 26.11.2020 № 168-р

ФОРМА УЧЕТА
пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи

№ п/п		
Сведения (данные) о пациенте		
1	Фамилия, имя, отчество пациента	
2	Дата рождения	
3	Адрес регистрации	
4	Адрес фактического проживания	
5	Наименование, адрес и телефон медицинской организации, в которой пациент признан к оказанию паллиативной медицинской помощи	
6	Наименование, адрес и телефон медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к которой прикреплен пациент	
7	Телефон пациента, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом	
8	Основной диагноз по МКБ-10	

9	Дата постановки основного диагноза	
10	Информация о назначении наркотических средств и психотропных веществ (дата назначения, наименование наркотических средств и психотропных веществ (далее – лекарственные препараты) дозировка, ФИО, должность, специальность и место работы врача, назначившего лекарственный (-ые) препарат (-ы))	
11	Дата признания пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи (в том числе протокол проведения врачебной комиссии)	
12	Отказ пациента от оказания паллиативной медицинской помощи (дата оформления отказа, наименование медицинской организации)	
13	Оборудование и расходные материалы, необходимые для использования на дому	
14	Необходимое лечебное питание	
Условия оказания паллиативной медицинской помощи		
15	в стационарных условиях	отделение паллиативной медицинской помощи отделение сестринского ухода
16	в амбулаторных условиях	кабинет паллиативной медицинской помощи патронажная служба

17	Показания к получению специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи	
18	Объем и виды рекомендуемой специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи	
19	Информирование пациентов, их законных представителей, родственников, лиц, осуществляющих уход за пациентом, о перечне социальных услуг, предоставляемых Московской области, порядке и условиях их предоставления, адресах и контактных телефонах уполномоченного органа	
Основания прекращения оказания паллиативной помощи в медицинской организации		
20	Дата выписки	
21	Дата смерти	

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением Министерства
здравоохранения Московской
области

от 26.11.2020 № 168-Р

Форма

(указать наименование территориального
структурного подразделения Министерства
социального развития Московской области)

ОБРАЩЕНИЕ
о необходимости предоставления
социального обслуживания пациенту

(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Московской области,
оказывающей паллиативную медицинскую помощь взрослому / детскому населению)

1. ФИО пациента _____
2. Дата рождения _____
3. Адрес регистрации _____
4. Фактическое место жительства _____
5. ФИО законного представителя (при наличии) _____
6. Контактный номер представителя (при наличии) _____
7. Контактный номер пациента _____
8. Необходимые социальные услуги и форма их оказания _____

9. Срок, в который необходимо обеспечить социальное обслуживание пациента, в том числе необходимость оказания пациенту срочных социальных услуг

10. Причина и степень утраты способности пациента к самообслуживанию _____

11. Другое _____

Главный врач

М.П.

(подпись)

(Инициалы, Фамилия)