



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

11.01.2022 № 1

г. Тюмень

О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения Тюменской области от 10.04.2020 № 230 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Тюменской области»

С целью реализации в соответствии частью 1 статьи 20 Федерального закона от 13.07.2020 № 189-ФЗ «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере», приказа Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 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», Постановления Правительства Тюменской области №616-п от 01.10.2021 г. «О государственном социальном заказе на оказание государственных услуг в социальной сфере, отнесенных к полномочиям исполнительных органов государственной власти Тюменской области»

п р и к а з ы в а ю:

в приказ Департамента здравоохранения Тюменской области от 10.04.2020 № 230 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Тюменской области» (далее — Приказ) внести следующие изменения:

1. пункт 1 Приказа дополнить подпунктом 1.3 следующего содержания:
«1.3 Алгоритм предоставления государственных услуг в социальной сфере по направлению «Оказание паллиативной медицинской помощи» с

использованием социального сертификата взрослому населению Тюменской области согласно приложению 7 к настоящему приказу;»;

2. подпункт 3.1 Приказа изложить в следующей редакции:

«3.1. организовать оказание ПМП в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерством труда РФ от 31 мая 2019 г. № 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» (далее, - Приказ №345н/372н) и совместным приказом Департамента здравоохранения Тюменской области и Департаментом информатизации Тюменской области от 10 марта 2020 г. № 67ос-1/039/1-од «О запуске в промышленную эксплуатацию автоматизированного процесса «Ведение регистра паллиативных пациентов» и утвержденным Алгоритм организации ПМП взрослому населению Тюменской области;»;

3. подпункт 3.4 приказа изложить в следующей редакции:

«3.4. осуществлять учет пациентов, нуждающихся в оказании ПМП, с применением информационной системы управления ресурсами медицинских организаций Тюменской области (далее — ИС УРМО ТО) путем внесения сведений в Регистр паллиативных пациентов согласно приложению 5 к настоящему приказу;»;

4. подпункт 3.5 Приказа признать утратившим силу с изменением нумерации последующих подпунктов;

5. после пункта 7 дополнить пунктом 8 с изменением нумерации последующих пунктов:

«8. Рекомендовать руководителям медицинских организаций иных форм собственности обеспечить выполнение настоящего приказа.»;

6. в приложении 1 к Приказу:

6.1. в разделе II:

6.1.1 подпункт 2.3 изложить в следующей редакции:

«Решение о наличии или отсутствии показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи и условиях ее оказания принимается врачебной комиссией медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и лечение пациента, путем обязательного оформления протокола врачебной комиссии в ИС УРМО ТО.»;

6.1.2 после подпункта 2.3 дополнить подпунктом 2.4 следующего содержания с изменением нумерации последующих подпунктов:

«2.4. При решении врачебной комиссии медицинской организации о необходимости в оказании паллиативной помощи, равно с целью признания пациента паллиативным, выполняется процедура подписания протокола врачебной комиссии электронной подписью, с последующим внесением данных пациента в регистр паллиативных пациентов в ИС УРМО ТО.»;

6.1.3 в абзац 3 подпункта 2.5 изложить в следующей редакции:

«- внести информацию о пациенте в Регистр паллиативных. пациентов, в течение одного рабочего дня с момента принятия решения о наличии у пациента показаний к ПМП, с применением ИС УРМО ТО;»;

6.2 в разделе III подпункт 3.4 дополнить словами: «в ИС УРМО ТО»;

6.3 в разделе VII подпункт 7.9 изложить в следующей редакции:

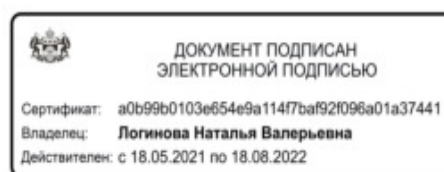
«7.9. В случае выписки пациентов с компенсированным хроническим болевым синдромом, но нуждающимся в продолжении обезболивающей терапии, из медицинской организации, оказывающей ПМП в стационарных условиях, необходимо в отдельных случаях, в соответствии с Приказом Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов», по решению руководителя медицинской организации при выписки из медицинской организации пациента, имеющего соответствующие медицинские показания и направляемого для продолжения лечения в амбулаторных условиях, выдать одновременно с выпиской из истории болезни наркотические и психотропные лекарственные препараты списков II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, на срок приема пациентом до 5 дней.»

7. в приложении 5 к приказу заголовков изложить в следующей редакции:

«Форма учета пациентов, нуждающихся в предоставлении паллиативной медицинской помощи, осуществляемого с применением системы управления ресурсами медицинских организаций Тюменской области (ИС УРМО ТО) за период _____»

8. дополнить Приказ приложением 7 в соответствии с приложением к настоящему приказу.

Директор



Н.В. Логина

**Алгоритм
предоставления государственных услуг в социальной сфере по
направлению «Оказание паллиативной медицинской помощи»
с использованием социального сертификата
взрослому населению Тюменской области**

I Общие положения

1. Настоящий Алгоритм предоставления государственной услуги по оказанию паллиативной медицинской помощи с использованием социального сертификата (далее - Алгоритм) разработан в соответствии с Федеральным законом от 13.07.2020 № 189-ФЗ «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере» (далее — Федеральный закон № 189-ФЗ), приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 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» (далее — Приказ №345н/372н), Постановлением Правительства Тюменской области №616-п от 01.10.2021 г. «О государственном социальном заказе на оказание государственных услуг в социальной сфере, отнесенных к полномочиям исполнительных органов государственной власти Тюменской области» и устанавливает перечень потребителей государственной услуги по оказанию паллиативной медицинской помощи (далее – ПМП).

2. ПМП в стационарных условиях с использованием социального сертификата взрослому населению предоставляется в городе Тюмени, Тюменском районе, городе Тобольске, Тобольском районе в стационарных условиях медицинскими организациями, имеющими лицензию на данный вид медицинской деятельности, с учетом права пациента на выбор среди медицинских организаций, определенных по результатам отбора исполнителей услуг, в соответствии со схемой взаимодействия медицинских организаций Тюменской области при оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

3. Оператором реестра исполнителей услуг, реестра получателей социальных услуг Департаментом здравоохранения Тюменской области определен ГАУ ТО «МИАЦ». Полномочия по формированию и учету социальных сертификатов также возлагаются на ГАУ ТО «МИАЦ». В рамках исполнения настоящего положения на учреждение распространяются требования настоящего Порядка и аналогичным образом все требования, предъявляемые законодательством к уполномоченному органу исполнительной власти.

4. Паллиативная медицинская помощь (далее – ПМП) взрослому населению Тюменской области оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, а также с заболеваниями в стадии, когда исчерпаны

другие возможности лечения, с соблюдением принципов доступности, своевременности, обоснованности, полноты, преемственности и непрерывности оказания паллиативной медицинской помощи. Категории пациентов, нуждающихся в предоставлении ПМП определены в соответствии с Приказом №345н/372н.

5. Медицинские организации - исполнители, выгружают из АССОО-2 реестры об оказанной ПМП в соответствии с установленной формой согласно приложению № 2 к настоящему алгоритму ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом и направляют в ГАУ ТО «МИАЦ» посредством защищенной сети передачи данных VipNet по адресу сетевого узла «658 ГАУ ТО «МИАЦ» Отдел актуализации регистров (ВМП)/Галашова Мария Юрьевна.

6. ГАУ ТО «МИАЦ» осуществляет форматно-логический контроль реестров оказанной ПМП в соответствии с регламентом, утверждаемым внутренним приказом, в порядке рабочего взаимодействия осуществляет сверку и согласование сведений. При наличии недостоверных или некорректных сведений ГАУ ТО «МИАЦ» формирует акт медико-экономического контроля согласно приложению 3 к настоящему алгоритму в учете случаев оказания ПМП. Акт направляется по сети VipNet в медицинскую организацию-исполнитель и Департамент здравоохранения Тюменской области.

7. Сведения о принятых реестрах об оказанной ПМП, актах медико-экономического контроля ГАУ ТО «МИАЦ» направляет в Департамент здравоохранения Тюменской области ежемесячно, в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

8. Фактическое значение объема оказания государственной (муниципальной) услуги в Разделах II и III сертификата на получение государственной (муниципальной) услуги «Паллиативная медицинская помощь» в стационарных и амбулаторных условиях заполняется на последнюю отчетную дату действия сертификата.

II Алгоритм предоставления государственных услуг в социальной сфере в стационарных условиях

1. Действие сертификата на предоставление государственных услуг в социальной сфере в стационарных условиях распространяется на 1 случай госпитализации любой длительности.

2. ПМП в стационарных условиях предоставляется при включении пациента в регистр паллиативных пациентов и наличии медицинских показаний для госпитализации.

3. Направление пациентов, нуждающихся в ПМП в медицинские организации, оказывающие ПМП в стационарных условиях, осуществляют врачи по ПМП отделения/кабинета медико-социальной помощи, врачи-специалисты по профилю основного заболевания больного в медицинской организации, выбранной гражданином для получения первичной медико-санитарной помощи или ПМП в амбулаторных условиях с использованием социального сертификата, а так же врачи медицинской организации, оказывающий специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях (при нахождении пациента в стационарной медицинской организации) (далее — направляющая медицинская организация, лечащий врач).

Лечащий врач, при наличии медицинских показаний, организует консультацию врача-специалиста по профилю основного заболевания, в случае необходимости определяет медицинские показания для направления пациента на стационарное лечение.

4. При отсутствии у пациента статуса паллиативного больного, в том числе получающего специализированную помощь в условиях круглосуточного стационара, решение о медицинской помощи принимает врачебная комиссия. В данном случае внесение в Регистр паллиативных пациентов осуществляется согласно приложению 1 к настоящему приказу.

5. Показаниями для оформления сертификата с целью предоставления медицинской помощи пациентам, нуждающимся в ПМП на паллиативных койках, являются: инкурабельные пациенты с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, с признаками полиорганной недостаточности, требующие адекватного обезболивания, проведения симптоматической терапии, респираторной поддержки.

Исключения составляют пациенты с онкологическими заболеваниями (IV клиническая группа по заключению врачебной комиссии), а также пациенты, не имеющие возможности изъяснить свою волю при выборе медицинской организации в виду тяжести состояния здоровья, не имеющие законного представителя.

6. Показаниями для выдачи сертификата с целью предоставления медицинской помощи пациентам, нуждающимся в ПМП на койках сестринского ухода, являются:

- неизлечимо прогрессирующие заболевания терапевтического, неврологического, хирургического, травматологического и онкологического профиля требующего проведения круглосуточного поддерживающего лечения и сестринского ухода;

- частичная или полная потеря способности к самообслуживанию;

- последствия травм и острых нарушений мозгового кровообращения, требующих круглосуточного сестринского ухода;

- иные заболевания(состояния) сопровождающиеся ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени требующие проведения круглосуточного лечения и ухода;

- невозможность осуществлять уход за пациентами на дому (неблагополучный социальный и бытовой статус пациента).

7. Госпитализация пациентов, нуждающихся в ПМП, в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, с использованием социального сертификата, осуществляется в плановом порядке и на основании заявления от пациента или его законного представителя.

8. Лечащий врач направляющей медицинской организации, в зависимости от медицинских показаний, информирует пациента о перечне медицинских организаций — исполнителей социальных услуг по социальному сертификату в стационарных условиях.

9. В случае наличия медицинских показаний для стационарного лечения, пациент (либо законный представитель пациента), желающий получить ПМП в стационарных условиях с использованием социального сертификата, заполняет, в том числе при содействии лечащего врача направляющей медицинской организации, заявление с указанием исполнителя государственных услуг в социальной сфере (медицинскую организацию, предоставляющую ПМП взрослому населению в стационарных условиях).

10. Выбор медицинской организации, предоставляющей ПМП взрослому населению в стационарных условиях с использованием социального сертификата осуществляется пациентом (законным представителем) из реестра исполнителей государственных услуг в социальной сфере в соответствии с социальным сертификатом (далее - реестр исполнителей услуг) с последующим заполнением заявления по форме приложения 1 к настоящему алгоритму. Реестр исполнителей социальных услуг согласно приложению 4 к настоящему алгоритму размещается на

официальном портале органов исполнительной власти Тюменской области и на официальном сайте ГАУ ТО «МИАЦ».

11. Заполненное заявление в виде сканированного документа направляется медицинской организацией, принявшей заявление, по защищенной сети передачи данных VipNet в ГАУ ТО «МИАЦ», в рекомендованном формате PDF, на адрес VipNet: «658 ГАУ ТО «МИАЦ» Отдел актуализации регистров (ВМП)/Галашова Мария Юрьевна» для присвоения индивидуального номера и формирования социального сертификата. Ответственность за достоверность и корректность данных представленных в Заявлении несет направляющая медицинская организация.

12. Уникальный номер социального сертификата генерирует ГАУ ТО «МИАЦ» в автоматизированной системе.

13. Заявление с присвоенным индивидуальным номером социального сертификата, корешок социального сертификата по форме согласно приложению 5 к настоящему алгоритму в течение 2-х рабочих дней по сети VipNet возвращается в направившую медицинскую организацию, а так же направляется исполнителю социальных услуг.

14. Лечащий врач направляющей медицинской организации, по защищенной сети передачи данных VipNet направляет в медицинскую организацию - исполнитель, оказывающую ПМП в стационарных условиях, пакет документов в электронном виде (рекомендуется в формате PDF):

- направление по форме 057/у-04 или протокол заседания врачебной комиссии «О признании пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи», выписку из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного;

- заявление пациента (законного представителя пациента) на получение ПМП в стационарных условиях, с присвоенным номером социального сертификата;

- информацию об отрицательном результате молекулярно-биологического исследования на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР.

При не полном объеме документов пакет документов подлежит возвращению без рассмотрения на доработку или повторное решение вопроса о необходимости госпитализации пациента.

15. В медицинской организации — исполнителе социальных услуг в стационарных условиях, ответственное лицо, назначенное приказом руководителя медицинской организации (далее — Врач-консультант), рассматривает поступивший пакет документов, принимает решение о госпитализации и по защищенной сети передачи данных VipNet информирует направляющую медицинскую организацию, о дате госпитализации пациента в течение 3-х рабочих дней. В случае неполного объема пакета документов, отсутствия оформленного номера сертификата, иных обоснованных причин для отказа в госпитализации, информация с указанием причин отказа предоставляется по сети VipNet в направляющую медицинскую организацию и в АССОО-2 осуществляет поиск пациента по номеру сертификата и вносит изменение в статус «Заявка на лечение отклонена».

16. Сроки ожидания оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях не могут превышать установленные территориальной программой государственных гарантий. При необходимости врач-консультант согласовывает с направляющей медицинской организацией и(или) пациентом иные сроки. В виду тяжести состояния пациента, заболевания с возможным ухудшением состояния здоровья максимальный срок ожидания госпитализации не должен превышать 5 календарных дней. Медицинская организация вправе отказать пациенту в оказании паллиативной медицинской помощи с использованием социального сертификата в случае достижения предельного объема оказания государственной

услуги, установленного соглашением, заключаемым по результатам отбора исполнителей услуг. В таком случае пациенту предлагается выбрать иную медицинскую организацию.

17. Врач-консультант медицинской организации-исполнителя, оказывающей ПМП в стационарных условиях в АССОО-2 осуществляет поиск пациента по номеру сертификата, указывает диагноз заболевания по МКБ-10 и дату планируемой госпитализации (начало случая оказания медицинской помощи).

18. При получении сведений от медицинской организации — исполнителя, лечащий врач направляющей медицинской организации организует направление пациента на госпитализацию в указанные сроки или проводит мероприятия по устранению причин отказа.

19. В случае, если состояние пациента не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель, то госпитализация пациента оформляется без использования процедуры социального сертификата согласно схемы взаимодействия медицинских организаций Тюменской области при оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению в медицинские организации, подведомственные Департаменту здравоохранения Тюменской области.

20. Врач-консультант медицинской организации-исполнителя при закрытии случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях обязан внести в течение 1 рабочего дня информацию в АССОО-2 об объеме оказанной помощи (количество койко-дней), а также указать исход случая лечения: выписан, умер.

III Алгоритм предоставления государственных услуг в социальной сфере в амбулаторных условиях

1. Действие сертификата на предоставление государственных услуг в социальной сфере в амбулаторных условиях действует в пределах календарного года в котором выдан пациенту.

В случае летального исхода пациента действие сертификата прекращается. Сертификат является именованным и не может быть вручен иному лицу или переоформлен на иного пациента. Информация о прекращении срока действия сертификата фиксируется в первичной медицинской документации пациента и направляется в ГАУ ТО «МИАЦ»: в АССОО-2 осуществляется поиск пациента по номеру сертификата и указывается исход случая лечения - «умер» с указанием даты смерти.

2. Пациент имеет право осуществить выбор медицинской организации — исполнителя медицинских услуг по направлению «Оказание паллиативной медицинской помощи» с использованием социального сертификата не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

3. ПМП в амбулаторных условиях предоставляется при включении пациента в регистр паллиативных пациентов и наличии медицинских показаний для оказания ПМП в амбулаторных условиях.

4. Направление пациентов, нуждающихся в ПМП, в медицинские организации, оказывающие ПМП взрослому населению в амбулаторных условиях с использованием социального сертификата, осуществляют врачи-специалисты по профилю основного заболевания пациента (далее - лечащий врач) в медицинской организации, выбранной гражданином для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи согласно статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. ПМП пациентам в медицинской организации с использованием социального сертификата оказывается в плановом порядке и носит заявительный характер. Пациент или его законный представитель, желающий получить ПМП в амбулаторных условиях с использованием социального сертификата, заполняет, в том числе при содействии лечащего врача направляющей медицинской организации, заявление с указанием исполнителя государственных услуг в социальной сфере (медицинскую организацию, предоставляющую ПМП взрослому населению в амбулаторных условиях).

6. По истечении срока действия социального сертификата осуществляется его автоматическое переоформление на социальный сертификат с новым сроком действия при условии, что в новом периоде пациентом не выбрана иная медицинская организация для получения ПМП в амбулаторных условиях.

7. Выбор медицинской организации по оказанию паллиативной медицинской помощи с использованием социального сертификата осуществляется не чаще 1 раза в календарный год за исключением исключения выбранной медицинской организации из реестра исполнителей услуг или изменения места жительства пациента.

8. Лечащий врач медицинской организации, выбранной гражданином для получения первичной медико-санитарной помощи, предоставляет пациенту (законному представителю) полную информацию о целях, методах оказания паллиативной помощи, в зависимости от медицинских показаний, информирует пациента о медицинских организациях, предоставляющих услуги по ПМП в амбулаторных условиях взрослому населению с использованием социального сертификата, в соответствии с территориальной доступностью.

9. Выбор медицинской организации, предоставляющей ПМП взрослому населению в амбулаторных условиях с использованием социального сертификата осуществляется пациентом (законным представителем) из реестра исполнителей услуг с последующим заполнением заявления по форме приложения 1 к настоящему алгоритму. Реестр исполнителей социальных услуг согласно приложению 4 к настоящему алгоритму размещается на официальном портале органов исполнительной власти Тюменской области и на официальном сайте ГАУ ТО «МИАЦ».

В случае наличия медицинских показаний для получения ПМП в амбулаторных условиях с использованием социального сертификата пациент (либо законный представитель пациента) заполняет в ходе приема лечащего врача (врача ПМП) заявление с указанием исполнителя государственных услуг в социальной сфере (медицинскую организацию, предоставляющую ПМП взрослому населению в амбулаторных условиях).

В случае, если состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю и отсутствует законный представитель, то заявление о нуждаемости пациента в паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, с использованием социального сертификата не требуется, получение медицинской помощи осуществляется в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Тюменской области.

10. Заполненное заявление о нуждаемости пациента в паллиативной медицинской помощи с использованием социального сертификата в виде сканированного документа направляется медицинской организацией, принявшей заявление, по защищенной сети передачи данных VipNet в ГАУ ТО «МИАЦ», в рекомендованном формате PDF, на адрес VipNet: «658 ГАУ ТО «МИАЦ» Отдел актуализации регистров (ВМП)/Галашова Мария Юрьевна» для присвоения индивидуального номера. Ответственность за достоверность и корректность данных представленных в Заявлении несет направляющая медицинская организация.

11. Уникальный номер социального сертификата генерирует в автоматизированной системе ГАУ ТО «МИАЦ».

12. Заявление с присвоенным индивидуальным номером социального сертификата, корешок социального сертификата по форме согласно приложению 6 к настоящему алгоритму в течение 2-х рабочих дней по сети VipNet возвращается в направившую медицинскую организацию, а так же направляется медицинской организации - исполнителю социальных услуг.

13. При условии выбора пациентом иной медицинской организации, оказывающей ПМП в амбулаторных условиях, лечащий врач медицинской организации, в которой пациент получает медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по защищенной сети передачи данных VipNet направляет соответствующий запрос в медицинскую организацию, оказывающую ПМП в амбулаторных условиях.

14. В медицинской организации — исполнителе социальных услуг в амбулаторных условиях, ответственное лицо, назначенное приказом руководителя медицинской организации (далее — Врач-консультант), рассматривает поступивший документ, принимает решение о принятии пациента на обслуживание и по защищенной сети передачи данных VipNet информирует направляющую медицинскую организацию, о дате начала оказания медицинской помощи пациенту в течение 3-х рабочих дней. При наличии причин, препятствующих оказанию медицинской помощи, информация с указанием и обоснованием причин отказа предоставляется по сети VipNet в направляющую медицинскую организацию и в ГАУ ТО «МИАЦ» для переоформления или аннулирования сертификата и в АССОО-2 осуществляет поиск пациента по номеру сертификата и вносит изменение в статус «Заявка на лечение отклонена».

15. Врач-консультант медицинской организации-исполнителя, оказывающей ПМП в амбулаторных условиях в АССОО-2 осуществляет поиск пациента по номеру сертификата, указывает диагноз заболевания по МКБ-10 и указывает дату начала оказания медицинской помощи.

16. При оказании паллиативной медицинской помощи пациенту, нуждающемуся в ПМП с использованием социального сертификата, медицинские услуги (диагностические исследования, лечебные манипуляции, мероприятия по уходу), выполняемые в амбулаторных условиях, в том числе на дому, медицинскими работниками отделений/кабинетов паллиативной медицинской помощи включают:

- динамическое наблюдение, в том числе на дому;
- консультации врачом-специалистом по профилю основного заболевания пациента, врачами других специальностей;
- эффективное и своевременное назначение обезболивающей терапии;
- при наличии медицинских показаний проведение необходимого обследования;

17. Объем диагностических и лечебных мероприятий пациенту определяется врачом по ПМП медицинской организации-исполнителя социальных услуг в соответствии с медицинскими показаниями по заболеванию, тяжести его состояния, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

18. В соответствии с пунктом 11 Приложения Приказа №345н/372н первичное посещение пациента должно проводиться врачом или средним медицинским персоналом не позднее 2-х рабочих дней со дня получения информации о пациенте, нуждающемся в паллиативной медицинской помощи.

19. График посещений пациента, в зависимости от тяжести его состояния, возможным ухудшением состояния здоровья согласовывается врачом по ПМП (лечащим врачом) медицинской организацией с пациентом (законным представителем).

20. Врач по ПМП (лечащий врач) медицинской организации - исполнителя, обязан качественно и своевременно вносить информацию в ИС УРМО ТО по предоставленным медицинским услугам в объеме выданного социального сертификата.

Приложение № 1
к алгоритму
предоставления государственных услуг в социальной сфере по
направлению «Оказание паллиативной медицинской помощи»
с использованием социального сертификата
взрослому населению Тюменской области

Главному врачу _____
(наименование медицинской организации)

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(проживающему по адресу)

(контактный телефон, адрес электронной почты)

**Заявление
о нуждаемости пациента в паллиативной медицинской помощи в стационарных
условиях/амбулаторных условиях (нужное подчеркнуть), с использованием социального
сертификата**

Номер сертификата _____

Я,	Я	
		(Ф. И. О. гражданина)

«	»		г. рождения, зарегистрированный по адресу:	
		Серия, номер паспорта	СНИЛС	
(адрес места регистрации гражданина)				
(адрес места жительства гражданина)				

(дата решения врачебной комиссии и внесения в Регистр паллиативных пациентов)	

даю информированное добровольное согласие для получения паллиативной медицинской помощи в стационарных/амбулаторных условиях (ненужное зачеркнуть) лицом, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)	

в доступной для меня форме мне разъяснены показания для госпитализации, цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснен, алгоритм предоставления государственной услуги по оказанию паллиативной медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 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»

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть).

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)	

(подпись)		(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)	
(подпись)		(Ф. И. О. медицинского работника)	
(подпись)		(Ф.И.О. председателя ВК)	
«		»	г.
(дата оформления)			

Приложение № 2
к алгоритму
предоставления государственных услуг в социальной сфере по направлению «Оказание
паллиативной медицинской помощи»
с использованием социального сертификата
взрослому населению Тюменской области

Реестр оказанной паллиативной медицинской помощи

№	Содержание	Примечание
1	Страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного Фонда РФ (СНИЛС)	Страховой номер индивидуального лицевого счета - XXX-XXX-XXX XX
2	Фамилия	Полностью
3	Имя	Полностью
4	Отчество	Полностью
5	Пол	Из справочника
6	Дата рождения	
8	Серия полиса	
9	Номер полиса	
10	Место регистрации пациента	
10.1	Район	Из справочника
10.2	Населённый пункт	Из справочника
10.3	Улица	Из справочника
10.4	№дома	Из справочника
10.5	№ корпуса	Из справочника
10.6	№квартиры	Из справочника
11	Место проживания пациента	
11.1	Район	Из справочника
11.2	Населённый пункт	Из справочника
11.3	Улица	Из справочника
11.4	№дома	Из справочника
11.5	№ корпуса	Из справочника
11.6	№квартиры	Из справочника
12	Код льготной категории	Из справочника
13	Медицинский работник	
14	Должность медицинского работника	
15	Дата начала оказания услуги	В формате ДД.ММ.ГГ.
16	Дата окончания оказания услуги	В формате ДД.ММ.ГГ.
17	Код услуги	
18	Объем услуги	Количество к/дней, посещений
19	Стоимость единицы объема	Из справочника
20	Итоговая стоимость оказанных услуг	Из справочника
21	Код медицинской организации	
22	Отчетный период, обязательное	Первое число отчетного месяца, например 01.01.2012
23	Особые отметки	

Руководитель медицинской организации

_____/_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

_____/_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Реестр оказанной паллиативной медицинской помощи

Акт медико-экономического контроля

Заголовочная часть:

Номер акта, дата его составления.

Наименование оператора реестра исполнителей услуг.

Наименование медицинской организации.

Номер, дата реестра счетов, период, за который он предоставлен.

Содержательная часть:

Характеристика реестра оказанной медицинской помощи: число представленных к оплате случаев, суммарная стоимость медицинских услуг, предоставленных к оплате.

Оценка соответствия данных счета на оплату оказанной медицинской помощи реестру счетов.

Оценка соответствия тарифов, указанных в реестре счетов, утвержденным тарифам.

Оценка соответствия видов и профилей оказанной медицинской помощи лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности.

Результаты медико-экономического контроля: число выявленных записей, содержащих сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи и их стоимость.

Расшифровка выявленных нарушений при оказании медицинской помощи с указанием заявленной суммы для оплаты (может представляться в табличном виде).

Сумма, исключаемая из оплаты, по результатам проведенного медико-экономического контроля.

Итоговая сумма, принятая к оплате.

Заверительная часть:

Должность, подпись работника, проводившего медико-экономический контроль.

Должность, подпись ответственного лица страховой медицинской организации (территориального фонда), утверждающего акт.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с актом.

Табличная форма акта

_____ от _____ (дата)

медико-экономического контроля

счета N _____ от _____

на оплату оказанной медицинской помощи в медицинской организации:

(наименование)

**Перечень отклоненных позиций к оплате в счете на оплату оказанной
медицинской помощи (реестре счетов) с разбивкой по видам медицинской
помощи:**

№ п/п в реестре	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код по МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код нарушения	Расшифровка кода нарушения	Сумма неоплаты (руб.)
Итого по акту на сумму							
в т.ч. по коду:							

Вид медицинской помощи	Предоставлено к оплате		Отказано в оплате		Оплатить	
	кол-во	сумма	кол-во	сумма	кол-во	сумма

Итого по счету: _____

Исполнитель _____ подпись _____ расшифровка подписи

Руководитель страховой медицинской организации/директор территориального фонда

М.П. _____ подпись _____ расшифровка подписи

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с актом _____

Дата _____

Приложение № 4
к алгоритму
предоставления государственных услуг в
социальной сфере по направлению
«Оказание паллиативной медицинской помощи»
с использованием социального сертификата
взрослому населению Тюменской области

Реестр медицинских организаций, исполнителей услуг государственного социального заказа на оказание государственных услуг в социальной сфере по направлению «Оказание паллиативной медицинской помощи»

№	Содержание
1	Уникальный номер записи реестра медицинских организаций, исполнителей услуг государственного социального заказа на оказание государственных услуг в социальной сфере по направлению «Оказание паллиативной медицинской помощи»
2	Полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП
3	ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе
4	КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе
5	ОГРН медицинской организации
6	Код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм (ОКОПФ)
7	Код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС)
8	Адрес нахождения и адрес регистрации медицинской организации адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке (для индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность);
9	Адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность)
10	Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности (для медицинской организации)
11	Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности
12	Дата включения медицинской организации в реестр исполнителей услуг
13	Виды, условия медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией
14	Дата исключения медицинской организации из реестра исполнителей услуг
15	Причина и основание исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций

Приложение № 5
к алгоритму
предоставления государственных услуг в
социальной сфере по направлению
«Оказание паллиативной медицинской помощи»
с использованием социального сертификата
взрослому населению Тюменской области

**Корешок сертификата на получение государственной (муниципальной услуги)
«Паллиативная медицинская помощь» в стационарных условиях (8600000.99.0.Б368АА04000)**

Идентификационный номер социального сертификата: _____

ФИО: _____ Возраст: _____

Адрес места жительства: _____

Дата выдачи сертификата: _____

Расписка о получении сертификата: _____

**Сертификат на получение государственной (муниципальной) услуги
«Паллиативная медицинская помощь» в стационарных условиях (8600000.99.0.Б368АА04000)**

I. «Общие сведения о социальном сертификате» (заполняется организацией, выдавшей сертификат)

Идентификационный номер социального сертификата: _____

ФИО: _____ Возраст: _____

Адрес места жительства: _____

Дата выдачи сертификата: _____ дата прекращения действия сертификата _____

Дата для повторного получения сертификата (в случае не предъявления сертификата): _____

Номер реестровой записи: _____

Сведения об организации, выдавшей сертификат на получение государственных услуги:

Наименование организации, выдавшей сертификат (в соответствии с ЕГРЮЛ): _____

Адрес организации: _____

Контактный номер телефона: _____

Адрес электронной почты: _____ Адрес сайта: _____

Статус сертификата (отметить галочкой): действительный недействительный

II. «Сведения о государственных (муниципальных) услугах»

Наименование услуги: «Паллиативная медицинская помощь» в стационарных условиях
(8600000.99.0.Б368АА04000)

Место оказания _____

Условия оказания услуги: паллиативная койка, койка сестринского ухода (нужное подчеркнуть)

Категория потребителей государственной (муниципальной) услуги: пациент, нуждающийся в паллиативной медицинской помощи

Показатели, характеризующие качество оказания государственной (муниципальной) услуги:
удовлетворенность потребителей в оказанной государственной услуге, соответствие оказанной

государственной услуги порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи.

Объем оказания государственной (муниципальной) услуги _____ койко-дней

Стоимость услуги _____

Сведения о выбранном получателе социального сертификата исполнители услуг:

1. Полное наименование организации, предоставляющей услуги (в соответствии с ЕГРЮЛ):

Номер реестровой записи: _____

Контактная информация (адрес, телефон, адрес электронной почты, официальный сайт): _____

период оказания услуг с применением социального сертификата: _____ дд.мм.гг. - дд. мм. гг.

Номер _____, дата подачи заявления _____

2. Полное наименование организации, предоставляющей услуги (в соответствии с ЕГРЮЛ):

Номер реестровой записи: _____

Контактная информация (адрес, телефон, адрес электронной почты, официальный сайт): _____

период оказания услуг с применением социального сертификата: _____ дд.мм.гг. - дд. мм. гг.

Номер _____, дата подачи заявления _____

3. Полное наименование организации, предоставляющей услуги (в соответствии с ЕГРЮЛ):

Номер реестровой записи: _____

Контактная информация (адрес, телефон, адрес электронной почты, официальный сайт): _____

период оказания услуг с применением социального сертификата: _____ дд.мм.гг. - дд. мм. гг.

Номер _____, дата подачи заявления _____

III. «Сведения о заключенном между исполнителем услуг и потребителем услуг договоре или акте исполнителя услуг об оказании государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере получателю социального сертификата и об итогах оказания государственной (муниципальной) услуги в социальной сфере»

Наименование медицинской организации, предоставившей услуги _____

Фактическое значение объема оказания государственной (муниципальной) услуги,

сроки оказания услуги _____ количество койко-дней _____

Подпись руководителя организации _____

Приложение № 6
к алгоритму
предоставления государственных услуг в
социальной сфере по направлению
«Оказание паллиативной медицинской помощи»
с использованием социального сертификата
взрослому населению Тюменской области

**Корешок сертификата на получение государственной (муниципальной) услуги
«Паллиативная медицинская помощь» в амбулаторных условиях (8600000.99.0.Б368АА03000)**

Идентификационный номер социального сертификата: _____
ФИО: _____ Возраст: _____
Адрес места жительства: _____
Дата выдачи сертификата: _____
Расписка о получении сертификата: _____

**Сертификат на получение государственной (муниципальной) услуги
«Паллиативная медицинская помощь» в амбулаторных условиях (8600000.99.0.Б368АА03000)**

I. «Общие сведения о социальном сертификате» (заполняется организацией, выдавшей сертификат)
Идентификационный номер социального сертификата: _____

ФИО: _____ Возраст: _____
Адрес места жительства: _____
Дата выдачи сертификата: _____ дата прекращения действия сертификата _____
Дата для повторного получения сертификата (в случае не предъявления сертификата): _____
Номер реестровой записи: _____

Сведения об организации, выдавшей сертификат на получение государственных услуг:

Наименование организации, выдавшей сертификат (в соответствии с ЕГРЮЛ): _____
Адрес организации: _____
Контактный номер телефона: _____
Адрес электронной почты: _____ Адрес сайта: _____
Статус сертификата (отметить галочкой): действительный недействительный
Дата окончания оказания услуг по _____

II. «Сведения о государственных (муниципальных) услугах»

Наименование услуги: «Паллиативная медицинская помощь» (8600000.99.0.Б368АА03000) в амбулаторных условиях
Место оказания _____
Условия оказания услуги: амбулаторно
Категория потребителей государственной (муниципальной) услуги: пациент, нуждающийся в паллиативной медицинской помощи
Показатели, характеризующие качество оказания государственной (муниципальной) услуги: удовлетворенность потребителей в оказанной государственной услуге, соответствие оказанной государственной услуги порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи.
Объем оказания государственной (муниципальной) услуги _____
Стоимость услуги _____

Сведения о выбранном получателем социального сертификата исполнителе услуг:

1. Полное наименование организации, предоставляющей услуги (в соответствии с ЕГРЮЛ): _____
Номер реестровой записи: _____
Контактная информация (адрес, телефон, адрес электронной почты, официальный сайт): _____
период оказания услуг с применением социального сертификата: _____ дд.мм.гг. - дд. мм. гг.
Номер _____, дата подачи заявления _____

2. Полное наименование организации, предоставляющей услуги (в соответствии с ЕГРЮЛ):

Номер реестровой записи: _____

Контактная информация (адрес, телефон, адрес электронной почты, официальный сайт): _____

период оказания услуг с применением социального сертификата: _____ дд.мм.гг. - дд. мм. гг.

Номер _____, дата подачи заявления _____

3. Полное наименование организации, предоставляющей услуги (в соответствии с ЕГРЮЛ):

Номер реестровой записи: _____

Контактная информация (адрес, телефон, адрес электронной почты, официальный сайт): _____

период оказания услуг с применением социального сертификата: _____ дд.мм.гг. - дд. мм. гг.

Номер _____, дата подачи заявления _____

III. «Сведения о заключенном между исполнителем услуг и потребителем услуг договоре или акте исполнителя услуг об оказании государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере получателю социального сертификата и об итогах оказания государственной (муниципальной) услуги в социальной сфере»

Наименование медицинской организации, предоставившей услуги _____

Фактическое значение объема оказания государственной (муниципальной) услуги,
сроки оказания услуги _____ количество посещений _____

Подпись руководителя организации _____