

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 13 сентября 2018 года N 1605-п

О Порядке организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в поликлинических и стационарных условиях в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области

(с изменениями на 15 мая 2020 года)

(в ред. Приказа Минздрава Свердловской области [от 15.05.2020 N 837-п](#))

В соответствии с [Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 N 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий"](#) (далее - Порядок) приказываю:

1. Утвердить:

- 1) форму информированного добровольного согласия на проведение телемедицинской врачебной консультации (приложение N 1);
- 2) форму протокола телемедицинской врачебной консультации (приложение N 2);
- 3) форму журнала регистрации телемедицинских врачебных консультаций (приложение N 3);
- 4) форму отчета о проведенных телемедицинских врачебных консультациях (приложение N 4).

2. Главным врачам медицинских организаций Свердловской области:

- 1) обеспечить возможность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий во всех территориально выделенных подразделениях медицинской организации, подключенных к сети "Интернет" на скорости не менее 10 Мбит/сек.;
- 2) назначить ответственных лиц за проведение телемедицинских консультаций по каждому профилю;
- 3) организовать оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком;
- 4) обеспечить оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в соответствии с [Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 28.08.2019 N 1664-п "О совершенствовании оказания](#)

консультативно-диагностической медицинской помощи взрослому населению Свердловской области в части направления пациентов на консультативные приемы, в том числе телемедицинские консультации, проведения диспансерного наблюдения и маршрутизации по профилю заболевания";

(подп. 4 в ред. Приказа Минздрава Свердловской области [от 15.05.2020 N 837-п](#))

5) обеспечить оформление направления на телемедицинскую консультацию в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области от 11.01.2017 N 15-п/1 "Об утверждении состава данных и рекомендуемой формы направлений на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях, выдаваемых медицинскими организациями Свердловской области";

6) обеспечить оформление медицинской документации в соответствии с приложениями N 1, 2, 3, 4 к настоящему Приказу, в том числе в виде электронных документов;

7) включать в реестры оказанной медицинской помощи услуги "телемедицинское консультирование" и "обращение за телемедицинской консультацией", проведенные в стационаре или поликлинике;

8) каждый понедельник недели, следующей за отчетной, вносить данные по проведенным телемедицинским консультациям в ИС "Мониторинг деятельности медицинских учреждений" форма 711 в соответствии с приложением N 4 к настоящему Приказу.

(подп. 8 в ред. Приказа Минздрава Свердловской области [от 15.05.2020 N 837-п](#))

3. Главным штатным и внештатным специалистам Министерства здравоохранения Свердловской области:

1) разработать рекомендации по проведению телемедицинских консультаций по соответствующим профилям в срок до 14.12.2018;

2) направить в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области "Медицинский информационно-аналитический центр" разработанные рекомендации по проведению телемедицинских консультаций по соответствующим профилям на адрес электронной почты miac-upin@mis66.ru в срок до 21.12.2018.

4. Начальнику государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области "Медицинский информационно-аналитический центр" Т.Ю. Трофимовой:

(в ред. Приказа Минздрава Свердловской области [от 15.05.2020 N 837-п](#))

1) назначить ответственное лицо за оказание консультативно-методической помощи сотрудникам медицинских организаций в части организационных и технических мероприятий;

2) обеспечить государственным, муниципальным учреждениям здравоохранения Свердловской области и иным медицинским организациям, расположенным на территории Свердловской области, возможность использования ресурсов телемедицинской сети Министерства здравоохранения Свердловской области;

3) обеспечить организационно-техническое сопровождение телемедицинской сети медицинских организаций;

4) организовать размещение формы 711 в соответствии с [приложением N 4](#) к настоящему Приказу в ИС "Мониторинг деятельности медицинских учреждений" для медицинских организаций;

5) еженедельно каждый четверг недели, следующей за отчетной, организовать работу по приемке отчетов о проведенных телемедицинских консультациях в ИС "Мониторинг деятельности медицинских учреждений" форма 711;

(подп. 5 в ред. Приказа Минздрава Свердловской области [от 15.05.2020 N 837-п](#))

6) еженедельно каждую пятницу недели, следующей за отчетной, представлять отчет о проведенных телемедицинских консультациях в разрезе медицинских организаций на адрес электронной почты a.zaprudnov@egov66.ru;

(подп. 6 в ред. Приказа Минздрава Свердловской области [от 15.05.2020 N 837-п](#))

7) обеспечить размещение рекомендаций по проведению телемедицинских консультаций по соответствующим профилям, разработанных главными штатными и внештатными специалистами Министерства здравоохранения Свердловской области на сайте государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области "Медицинский информационно-аналитический центр" в разделе "Телемедицина";

8) обеспечить размещение актуальной Адресной книги точек подключения к Единой телемедицинской сети здравоохранения Свердловской области на сайте государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области "Медицинский информационно-аналитический центр" в разделе "Телемедицина".

5. Рекомендовать Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Свердловской области разработать дифференцированные тарифы по оплате телемедицинских консультаций в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области в зависимости от уровня консультирующей организации.

6. Признать утратившим силу [Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 11.02.2015 N 141-п "О Порядке оказания врачебных консультаций с использованием телемедицины в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области"](#) с изменениями, внесенными [Приказами Министерства здравоохранения Свердловской области от 07.10.2015 N 1526-п, от 28.01.2016 N 92-п.](#)

7. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на исполняющего обязанности заместителя Министра здравоохранения Свердловской области И.И. Базите.

Министр
А.И.ЦВЕТКОВ

**Приложение N 1
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 13 сентября 2018 г. N 1605-п**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

1. Я, нижеподписавшийся(ая),

_____, дата рождения _____,
(Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны))
настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 20 Федерального закона от
21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации", согласно моей воле, в доступной для меня форме,
проинформирован(а) о необходимости проведения
телемедицинской консультации

по поводу:

- а) моей болезни _____
б) болезни _____, дата рождения _____,
(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)
представляемого мной на основании

(наименование и реквизиты правоустанавливающего документа,
кем, когда выдан)

2. Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие
ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения
телемедицинской консультации.

3. Добровольно, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011
N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю
свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской
консультации.

4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации.

5. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации
заклучения будут иметь рекомендательный характер и что дальнейшее ведение
случая моей (представляемого мной лица) болезни будет осуществляться по
решению лечащего врача.

6. Не возражаю против передачи данных о болезни, записи телемедицинской
консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским
образованием - исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с
учетом сохранения врачебной тайны.

7. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

"__" _____ 201_ г. _____ / _____ /
(подпись и расшифровка подписи пациента или его законного представителя)
Настоящий документ оформлен

лечащий врач, заведующий отделением медицинской организации,
другой специалист, принимающий непосредственное участие
в обследовании и лечении по результатам предварительного
информирования пациента (законного представителя)
о состоянии его здоровья (здоровья представляемого)

"__" _____ 201_ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями (с расшифровкой) медицинских сотрудников медицинской организации.

"__" _____ 201_ г. _____ / _____ /

"__" _____ 201_ г. _____ / _____ /

**Приложение N 2
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 13 сентября 2018 г. N 1605-п**

ФОРМА ПРОТОКОЛА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Дата проведения консультации:

Пациент:

Дата рождения:

Пациент представлен на консультацию врачом:

(фамилия имя отчество, специальность)

В настоящее время пациент находится на стационарном лечении (отделение _____), на амбулаторном лечении _____

Жалобы (со слов пациента, со слов лечащего врача): _____

Анамнез заболевания (со слов пациента, со слов лечащего врача): _____

Дополнительные сведения (со слов пациента, со слов лечащего врача): _____

Данные объективного осмотра, записаны со слов лечащего врача: _____

Представлены данные обследований и заключения специалистов:

На основании данных анамнеза, данных объективного осмотра (со слов лечащего врача) и данных дополнительного обследования диагноз: _____

Рекомендации:

Врач-консультант:

**Приложение N 3
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 13 сентября 2018 г. N 1605-п**

ФОРМА ЖУРНАЛА РЕГИСТРАЦИИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ВРАЧЕБНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

| N | Дата и время консультации | Плановый/экстренный | Ф.И.О. пациента, возраст, N амбулаторной карты, адрес | Ф.И.О., должность специалиста, запрашивающего консультацию | Ф.И.О., должность специалиста, участвующего в консультации | Причина обращения | | | | | | Диагноз | Рекомендации |
|---|---------------------------|---------------------|---|--|--|-------------------|---------|--|-------------------------|--------------|-----------------|---------|--------------|
| | | | | | | Диагностика | Лечение | Диагностика и лечение редких, тяжелых, атипичных заболеваний | Отсутствие специалистов | Разбор жалоб | Запрос пациента | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

Приложение N 4 к Приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 13 сентября 2018 г. N 1605-п

(в ред. Приказа Минздрава Свердловской области
от 15.05.2020 N 837-п)

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННЫХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ВРАЧЕБНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ

| N п/п | Наименование учреждения здравоохранения, направившего пациента на телемедицинскую консультацию (ТМК) | Профиль | Всего ТМК | Абонентский номер видеотерминала, с которым проводилась ТМК | Из них ТМК | | | | | | | | | |
|-------|--|---------|-----------|---|--|-----|-----|-----|------------------|----------|-------|------------|--------------|----|
| | | | | | для пациентов под диспансерным наблюдением | ФАП | ОВП | СМП | сельским жителям | взрослым | детям | беременным | Врач-пациент | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |