

Министерство здравоохранения Республики Коми
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения РК
“Коми республиканский наркологический диспансер”

«КОМИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАРКОЛОГИЯ ДИСПАНСЕР» КОМИ
РЕСПУБЛИКАСА ЙӖЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН ВИДЗАН КАНМУ СЪӖМКУД
УЧРЕЖДЕНИЕ

П Р И К А З

г. Сыктывкар

18.01.2024 № 16-од

«Об организации врачебных консультаций с использованием телемедицинских технологий в ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер»

В целях повышения эффективности, доступности и качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях Республики Коми и на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Коми №7/265 от 25.07.2023 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 20.07.2021г. №7/210 «Об утверждении Положения об организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий», приказа МЗ РФ №965н от 30.11.2017 «Об утверждении порядка и организации медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Организовать в поликлиническом отделении ГБУЗ РК «КРНД» пункт по оказанию плановой медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» с применением телемедицинских технологий (далее – пункт) для медицинских организаций Республики Коми в срок до 26.01.2024г. Ответственным лицом за организацию пункта назначить заместителя главного врача по лечебной работе Пироженко В.В.

2. С целью оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» с применением телемедицинских технологий утвердить:

2.1. Регламент проведения врачебных консультаций с использованием телемедицинских технологий согласно приложению №1.

2.2. Форму журнала учета телемедицинских консультаций в соответствии с приложением №2.

2.3. Форму отчета о проведенных телемедицинских консультациях согласно приложению №3.

2.4. Протокол о телемедицинской консультации (консилиуме врачей) согласно приложению №4.

2.5. Форма информированного добровольного согласия пациента на отправку по телекоммуникационным каналам информации о состоянии его здоровья согласно приложению №5.

2.6. Согласие на обработку персональных данных согласно приложению №6.

3. Заведующей поликлиническим отделением:

3.1. Организовать формирование расписания в МИС ЕЦП телемедицинских консультаций (далее ТМК) в еженедельном режиме, по пятницам накануне предстоящей недели.

3.2. Совместно с врачами психиатрами – наркологами поликлинического отделения, организовать рассмотрение документов в сроки, определенные приказом МЗ РФ от 30.11.2017 г. № 965н «Об утверждении порядка и организации медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций».

3.3. Организовать проведение заочных ТМК на основании получения информации о состоянии здоровья пациентов из выписок из медицинской документации, предоставленных из медицинских организаций Республики Коми. Выписка из медицинской документации должна содержать анамнез заболевания, диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ – X, сведения о состоянии здоровья пациента, проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, согласно утвержденных клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи, а так же сформулированные вопросы к врачам – консультантам). В электронной медицинской карте пациента в МИС ЕЦП к выписке прилагаются результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований по профилю заболевания пациента, подтверждающие установленный диагноз.

3.4. При необходимости проведения очной ТМК с медицинскими организациями Республики Коми дату и время осуществлять по согласованию с заместителем главного врача по лечебной работе ГБУЗ РК «КРНД».

3.5. Обеспечить учет принятых направлений по форме №057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» и оформленных протоколов о телемедицинской консультации (консилиуме врачей), переданных в направляющие медицинские организации (Приложение №4), в журнале учета телемедицинских консультаций в соответствии с Приложением №2 в МИС ЕЦП.

3.6. Предоставлять в организационно-методический отдел медицинскому статистике сведения о проведенных телемедицинских консультациях ежемесячно в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, с нарастающим итогом в соответствии с Приложением №3.

4. Системному администратору в срок до 31.01.2024г. обеспечить:

4.1. Соблюдение Закона 152-ФЗ «О персональных данных» при обработке и хранении персональных данных на автоматизированном рабочем месте «пункт ТМК».

4.2. Возможность работы специалистов в АРМ сотрудников, оказывающих ТМК (заведующая поликлиническим отделением, врачи психиатры-наркологи участковые) и АРМ диспетчера центра удаленной записи (администраторы регистратуры), в срок до 29.01.2024.

4.3. Проведение обучения специалистов, указанных в п.4.2. практическим навыкам пользования системой телемедицинских консультаций в МИС ЕЦП.

4.4. Работу телемедицинской стойки в пункте по оказанию плановой медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в кабинете заведующего поликлиническим отделением.

5. Медицинскому статистике организовать заполнение отчета в информационной системе «Парус» ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, с нарастающим итогом (по форме согласно Приложению №3).

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по лечебной работе Пироженко В.В.

7. Делопроизводителю ознакомить заинтересованных лиц с настоящим приказом под роспись.

Главный врач



С.В. Свиридова

РЕГЛАМЕНТ

проведения телемедицинских врачебных консультаций в ГБУЗ РК «КРНД»

1. Настоящий Регламент устанавливает правила организации ТМК при оказании медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» с применением телемедицинских технологий в ГБУЗ РК «КРНД».

2. Настоящий Регламент устанавливает правила осуществления ТМК между работниками медицинских организаций Республики Коми, запрашивающих консультации, и врачами-консультантами КРНД.

3. ТМК применяются при организации и оказании медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» при дистанционном взаимодействии медицинских работников с врачами, пациентами и (или) их законными представителями в целях:

- профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов наркологического профиля, в части касающейся сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента, выдачи рекомендаций по дальнейшему лечению и вынесения заключения по результатам диагностических исследований;

- принятия решения о необходимости проведения очного приема врача (осмотра, консультации) или о необходимости госпитализации пациента.

4. ГБУЗ РК «КРНД» оказывает телемедицинские консультации в плановом порядке. Проведение экстренных и неотложных телемедицинских консультаций не предусматривается.

5. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий может оказываться в медицинской организации: амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

6. Участниками консультаций (консилиумов врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в плановой форме являются:

- лечащий врач;
- консультант (врачи – участники консилиума);
- пациент и (или) законный представитель.

7. Показания для направления пациента на телемедицинскую консультацию определяет лечащий врач или врачебная комиссия медицинской организации (согласно утверждённому в ГБУЗ РК «КРНД» перечню или по необходимости), обратившейся за консультацией. До проведения телемедицинской консультации лечащий врач организует обследование пациента в соответствии с действующим стандартом обследования для данного заболевания.

8. Лечащий врач получает у пациента информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации (Приложение №5), согласие пациента на обработку персональных данных, а также оформляет направление на телемедицинскую консультацию формы №057/у-04 и направляет в ГБУЗ РК «КРНД».

9. ГБУЗ РК «КРНД» проводит телемедицинские консультации на основании документов, предоставленных через защищенные каналы связи.

10. Запросы в ГБУЗ РК «КРНД» на организацию консультаций с применением телемедицинских технологий направляются по защищенным каналам связи на адрес приёмной главного врача.

11. Регистрация поступивших запросов и учет проведенных телемедицинских консультаций осуществляется сотрудниками ГБУЗ РК «КРНД» в журнале учета телемедицинских консультаций.

12. Временной регламент проведения телемедицинских консультаций, обязательный для специалистов ГБУЗ РК «КРНД», оказывающих плановые консультации – до 5 рабочих дней с момента поступления запроса в ГБУЗ РК «КРНД». При проведении телемедицинской консультации с применением видеоконференц-связи врач (консилиум врачей) представляет медицинское заключение (протокол консилиума) в течение 3 рабочих дней с момента проведения консультации. В сложных случаях срок предоставления медицинского заключения может быть увеличен до 14 календарных дней.

13. Необходимость проведения консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований устанавливает лечащий врач и (или) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование, который подготавливает результаты диагностического исследования в электронном виде и обеспечивает дистанционный доступ к соответствующим данным через МИС ЕЦП.

14. В сложных случаях по инициативе врача-консультанта ГБУЗ РК «КРНД» может быть созван консилиум врачей.

15. По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант (врачи – участники консилиума) оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей), которое направляется в медицинскую организацию, приславшую заявку.

16. Консультация с применением телемедицинских технологий считается завершенной после получения запросившей организацией (пациентом или его законным представителем) медицинского заключения по результатам консультации или протокола консилиума врачей или предоставления доступа к соответствующим данным и направления уведомления по указанным контактным данным запросившей организации (пациента или его законного представителя).

17. Консультант (врачи - участники консилиума) несет ответственность за рекомендации, предоставленные по результатам консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий, в пределах данного им медицинского заключения. Окончательное решение о тактике лечения пациента принимает лечащий врач.

18. По получению запроса на проведение телемедицинской консультации, на каждого пациента заводится амбулаторная карта пациента, в которую вносятся информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации, направление на телемедицинскую консультацию и медицинское заключение (протокол консилиума) ГБУЗ РК «КРНД».

19. Хранение документации осуществляется в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации. Срок хранения сопутствующих материалов составляет один год.

20. График приема входящих запросов и ответов на них – с 08.00 до 14:00 по рабочим дням.

Приложение №3

к приказу № _____ от _____

Отчет о применении телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи
ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер»
За период _____

Наименование показателя	№ Строки	Всего	В том числе при оказании медицинской помощи в форме			За счет средств ОМС	Медицинские организации, с которыми проведены консультации (консилиумы врачей)
			Плановой	Неотложной	Экстренной		Наименование организации
1	2	3					
Количество проведенных консультаций (консилиумов) с применением телемедицинских технологий	1						
Из строки 1; количество консилиумов врачей с применением телемедицинских технологий	1.1						
Из строки 1.1: количество проведенных консилиумов врачей с применением телемедицинских технологий, по результатам которых проведена госпитализация пациента или осуществлен перевод пациента в другое медицинское учреждение	1.1.1						
Из строки 1.1: Количество консилиумов врачей, проведенных в режиме реального времени с применением видеоконференц связи	1.1.2						
Из строки 1: количество проведенных	1.2						

консультаций пациентов с применением телемедицинских технологий							
Из строки 1.2: Количество проведенных консультаций пациентов с применением телемедицинских технологий, по результатам которых проведена госпитализация пациента или осуществлен перевод пациента в другое медицинское учреждение	1.2.1						
Из строки 1.2: Количество консультаций, проведенных в режиме реального времени с применением телемедицинских технологий	1.2.2						
Количество пациентов, находившихся на дистанционном наблюдении за состоянием здоровья с применением телемедицинских технологий	2						
Количество проведенных консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований	3						
Число лиц, получивших медицинскую реабилитацию с применением телемедицинских технологий	4						
Из них детей	4.1						

ПРОТОКОЛ
Телемедицинской консультации (консилиума врачей)

1. Наименование медицинских организаций:

1.1. Направляющей (заполняется направляющей мед. организацией)

1.2. Консультирующей _____

2. Дата и время проведения консультации (консилиума) _____

3. Данные пациента (заполняется направляющей мед. организацией) :

4. Профиль консультации: психиатрия-наркология

Форма оказания медицинской помощи: плановая

5. Состав комиссии врачей-консультантов, консилиума врачей (ФИО, должность):

6. По результатам телемедицинской консультации принято решение:

Заключение консультанта:

Диагноз по МКБ-10 (код, расшифровка) _____

7. Дополнительные сведения:

Использован режим видеоконференции: да/нет

В результате проведенной ТМК уточнен: да/нет

В результате проведенной ТМК изменен диагноз: да/нет

По результатам проведенной ТМК проведена госпитализация пациента или осуществлен перевод пациента в другую медицинскую организацию для проведения лечения:

да (указать в какую)/нет

По результатам проведенной ТМК рекомендовано проведение дополнительных обследований: да (указать в какую)/нет

Рекомендовано дистанционное наблюдение за состоянием здоровья с применением телемедицинских технологий: да/нет

Дата оформления протокола:

Подписи врачей – консультантов
(участников консилиума врачей)

М.П.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение телемедицинской консультации

1. Я,

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

настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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 _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до 16 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. Я добровольно, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской консультации специалиста ГБУЗ РК «КРНД».

4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, проинформирован о рисках и пользе телемедицинской консультации.

5. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая моей болезни будет осуществляться по решениям моего лечащего врача.

6. Я не возражаю против передачи данных о моей 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 информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____

/ _____ /
(подпись пациента или его законного представителя)

Настоящий документ оформлен _____

(лечащий врач, заведующий отделением ЛПУ, другой специалист, принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями незаинтересованных свидетелей.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____,
(место регистрации)

паспорт _____, выдан _____,
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку

_____ (название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____ (подпись, Ф.И.О.)

_____ (дата)

Согласие получено _____
(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации _____
(подпись, Ф.И.О.)