

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 17 июня 2018 года

№ 247-оск

Об утверждении Положения об обеспечении отдельных категорий граждан Тульской области, получающих паллиативную медицинскую помощь, медицинскими изделиями для использования в домашних условиях

В целях улучшения условий обеспечения отдельных категорий граждан Тульской области, получающих паллиативную медицинскую помощь, медицинскими изделиями для использования в домашних условиях, на основании Положения о министерстве здравоохранения Тульской области, утвержденного постановлением правительства Тульской области от 11.12.2012 № 698, п р и к а з ы в а ю:

Утвердить:

1. Положение об обеспечении отдельных категорий граждан Тульской области, получающих паллиативную медицинскую помощь, медицинскими изделиями для использования в домашних условиях (Приложение № 1);
2. Перечень медицинских изделий, для оказания паллиативной медицинской помощи на дому (Приложение № 2);
3. Перечень государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Тульской области, предоставляющих медицинские изделия в безвозмездное пользование отдельным категориям граждан Тульской области, получающих паллиативную медицинскую помощь (Приложение № 3);
4. Договор безвозмездного пользования медицинским изделием (Приложение № 4).
5. Контроль за исполнением приказа возложить на директора департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области Дурнову Е.С.
6. Приказ вступает в силу со дня опубликования.

Заместитель
министра здравоохранения
Тульской области



Т.А. Семина

**Положение об обеспечении отдельных категорий граждан
Тульской области, получающих паллиативную медицинскую помощь,
медицинскими изделиями для использования в домашних условиях.**

1. Медицинские изделия, включенные в «Перечень медицинских изделий, для оказания паллиативной медицинской помощи на дому» (далее – Перечень), предоставляются Взрослым гражданам и детям, признанным нуждающимися в паллиативной медицинской помощи, зарегистрированным на территории Тульской области при наличии медицинских показаний, по решению врачебной комиссии государственного учреждения, подведомственного министерству здравоохранения Тульской области, предоставляющего медицинское изделие в безвозмездное пользование.
 2. Медицинские показания к обеспечению пациента медицинскими изделиями, включенными в Перечень, периодичность и период, на который предоставляется медицинское изделие в зависимости от его вида и функционального назначения, порядок и случаи замены медицинского изделия, определяет врачебная комиссия государственного учреждения Тульской области, подведомственного министерству здравоохранения Тульской области, предоставляющего медицинские изделия в безвозмездное пользование отдельным категориям граждан Тульской области, получающих паллиативную медицинскую помощь.
 3. Предоставляемые медицинские изделия передаются пациенту в безвозмездное пользование и не подлежат отчуждению в пользу третьих лиц, в том числе продаже или дарению.
 4. Пациенту, нуждающемуся в обеспечении медицинскими изделиями в соответствии с настоящим постановлением и приобретшему самостоятельно необходимые медицинские изделия за счет собственных средств, компенсация стоимости приобретенных медицинских изделий не выплачивается.
 5. Организация обеспечения медицинскими изделиями и расходными материалами к ним осуществляется министерством здравоохранения Тульской области.
 6. Медицинские изделия, по истечении установленного периода, на который они выданы, при устранении ограничений жизнедеятельности либо смерти лица с ограничениями жизнедеятельности, подлежат возврату по месту выдачи.
-

**Перечень медицинских изделий, для оказания паллиативной
медицинской помощи на дому.**

№ п/п	Медицинское изделие
1.	Аппарат искусственной вентиляции легких портативный с пневмоприводом
2.	Инсуффлятор-аспиратор
3.	Концентратор кислородный портативный
4.	Аппарат искусственной вентиляции легких многофункциональный с возможностью управления по давлению и по объему, с возможностью проведения неинвазивной вентиляции, мониторинга, оценки параметров механики дыхания, передачи информации на внешнее устройство, расходные материалы к аппарату (воздушные фильтры, дыхательные контуры, увлажнители, трахеостомы).
5.	Откашливатель
6.	Инфузомат

**Перечень государственных учреждений здравоохранения,
подведомственных министерству здравоохранения Тульской области,
предоставляющих медицинские изделия в безвозмездное пользование
отдельным категориям граждан Тульской области, получающих
паллиативную медицинскую помощь.**

№ п/п	Наименование государственного учреждения	Наименование имущества (медицинского изделия)	Инвентарный номер
1.	ГУЗ «Детская инфекционная больница № 2 г. Тулы»		
2.	ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница «		
3.	ГУЗ «ТГКБСМП имени Д.Я. Ванькина»		
4.	ГУЗ «Щекинская районная больница»		
5.	ГУЗ «Городская больница № 3 г. Тулы»		
6.	ГУЗ «Тульский специализированный дом ребенка № 1		
7.	ГУЗ «Тульский областной хоспис»		

**Договор № _____
безвозмездного пользования медицинским изделием**

г. Тула

« ___ » _____ 20__ г.

Государственное учреждение здравоохранения Тульской области
именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице

должность, ФИО представителя Учреждения

действующего (ей) на основании доверенности от « ___ » _____ 20__ г.
№ _____, с одной стороны,

Пациент

ФИО, год рождения пациента

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, №, кем выдан, дата выдачи)

СНИЛС

полис ОМС

(адрес регистрации по месту жительства/пребывания)

(адрес фактического места жительства)

получающий

паллиативную

помощь

(именуемое далее «МИ») для его использования при оказании пациенту паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому.

1.2. МИ передается по акту приема-передачи Пациенту и Получателю (*или только* Получателю, если состояние здоровья пациента не позволяет подписать акт приема-передачи) в течение 2-х (двух) рабочих дней с даты подписания сторонами настоящего Договора вместе с копиями всех относящихся к МИ технических паспортов, инструкций по эксплуатации и другой документации.

1.3. Вместе с МИ по акту приема-передачи передаются расходные материалы, необходимые для использования МИ Пациентом, на срок и в объеме, определенном решением врачебной комиссии.

1.4. Передача МИ пациенту и/или получателю осуществляется в месте нахождения пациента (пункт 1.7 настоящего договора).

1.5. МИ подлежит возврату пациентом или Получателем в том состоянии, в котором оно было передано пациенту, с учетом нормального износа. Расходные материалы возврату не подлежат.

1.6. МИ может использоваться исключительно в целях оказания респираторной поддержки Пациенту, получающему паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому.

1.7. МИ преимущественно используется Пациентом по адресу:

(адрес фактического места жительства Пациента)

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Учреждение обязано:

- 1) провести инструктаж Пациента и Получателя (либо только Получателя, если состояние здоровья Пациента не позволяет провести его инструктаж) правилам пользования МИ перед его передачей в безвозмездное пользование;
- 2) предоставить МИ в исправном состоянии, комплектно вместе со всеми относящимися к нему документами;
- 3) провести пуско-наладочные работы;
- 4) проводить техническое обслуживание МИ в сроки, установленные технической документацией,
- 5) предварительно проинформировать пациента и / или получателя о проведении технического обслуживания МИ не менее чем за 3 рабочих дня;
- 6) предоставить Пациенту подменное МИ на период ремонта или технического обслуживания ранее предоставленного МИ;
- 7) при невозможности предоставления подменного МИ, направить пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь, для проведения респираторной поддержки до момента замены МИ.

2.2. Учреждение вправе:

- 1) контролировать использование МИ Пациентом;
- 2) в случае обнаружения неэффективного или нецелевого использования МИ, направить Пациенту и/или Получателю письменное предупреждение;
- 3) в случае повторного выявления неэффективного или нецелевого использования МИ, направить повторное письменное уведомление об одностороннем отказе от настоящего Договора и требование о возврате МИ Учреждению.

2.3. Пациент и/или Получатель обязаны:

- 1) обеспечить использование МИ только по его целевому назначению – в целях оказания *респираторной поддержки Пациенту, получающему паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому*, и в соответствии с условиями настоящего Договора;
- 2) пройти инструктаж по эксплуатации МИ, в том числе в случае нарушения режима его работы и внезапного отключения МИ;
- 3) неукоснительно соблюдать инструкции по эксплуатации МИ;
- 4) обеспечить постоянный контроль за работой МИ;
- 5) обеспечить свободный доступ в помещение, где будет установлено МИ, уполномоченным сотрудникам Учреждения для проведения технического обслуживания, проверки состояния, а также контроля использования МИ в соответствии с целевым назначением и технической документацией;
- 6) уведомить Учреждение обо всех изменениях, имеющих отношение к настоящему Договору (смена места жительства, паспортных данных и т.д.) в течение трех дней с момента наступления изменений;
- 7) информировать лечащего врача по телефону _____ :
 - об изменении состояния здоровья Пациента;
 - об изменении адреса, по которому пациент преимущественно использует МИ (постоянное или временное, более чем на 5 дней, изменение фактического места жительства; госпитализация в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь);
- 8) вернуть МИ вместе с документами, переданными вместе с МИ, по акту возврата или прекращения прав на его использование в случаях, определенных настоящим Договором.

2.4. Получатель обязан:

- 1) обеспечить круглосуточный уход за пациентом;
- 2) обеспечить круглосуточный доступ к пациенту для оказания ему медицинской помощи.

2.5. Пациент и/или Получатель не вправе:

- 1) передавать МИ во владение и (или) пользование, в том числе в аренду, в безвозмездное пользование третьим лицам;

2) передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам, отдавать МИ в залог, иным образом распоряжаться МИ.

2.6. Пациент и/или Получатель вправе:

1) в любой момент в одностороннем порядке отказать от настоящего Договора, вернув МИ вместе с документами в Учреждение по акту возврата.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. За неисполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, установленную действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. Получатель и Пациент несут солидарную ответственность перед Учреждением за ненадлежащее исполнение настоящего Договора.

4. ФОРС-МАЖОР

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить.

5. РИСК СЛУЧАЙНОЙ ГИБЕЛИ ИЛИ СЛУЧАЙНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКОГО СРЕДСТВА МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

5.1. Получатель и Пациент несут ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения полученного в безвозмездное целевое пользование МИ, если МИ погибло или было испорчено в связи с тем, что оно использовалось с нарушением условий настоящего Договора, в том числе с нарушением целевого назначения, или с нарушением функционального назначения МИ, либо было передано третьему лицу.

5.2. Получатель и Пациент не несут ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения полученного в безвозмездное целевое пользование МИ, если МИ погибло или было испорчено по причинам не связанным с тем, что пациент или Получатель использовали МИ с нарушением условий Договора или назначением МИ, либо было передано третьему лицу.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Оборудование предоставляется на срок оказания Пациенту *паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому*, но не более чем на 5 лет.

По истечении срока, указанного в настоящем пункте, при отсутствии возражений Сторон, Договор продлевается на тех же условиях и на тот же срок.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение срока, указанного в п. 6.1 настоящего Договора.

7. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Обязательства по настоящему Договору прекращаются с момента подписания акта возврата МИ (Приложение № 2) Пациентом или Получателем.

7.2. Договор может быть изменен или расторгнут по письменному соглашению сторон.

7.3. Уведомление о расторжении Договора направляется стороне не позднее, чем за десять рабочих дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

7.4. Учреждение вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения и расторгнуть Договор в случаях, когда пациент или Получатель:

- использует МИ не в соответствии с Договором или назначением МИ;
- умышленно наносит ущерб состоянию МИ;
- нарушает инструкцию по эксплуатации МИ,
- не исполняет иные обязательства, предусмотренные настоящим Договором.

7.5. Договор подлежит прекращению в случае изменения обстоятельств, послуживших основанием для его заключения (госпитализация пациента для оказания ему специализированной медицинской помощи в стационарных условиях; предоставление пациенту иного оборудования в целях респираторной поддержки; принятие врачебной комиссией Учреждения решения о наличии у пациента противопоказаний или об отсутствии медицинских показаний к применению МИ; констатация факта смерти пациента).

7.6. Действие договора может быть изменено или прекращено в иных случаях в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.7. Окончание срока действия настоящего договора не освобождает Стороны от ответственности за нарушение условий Договора в период его действия.

8. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

8.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами по вопросам, не имеющим своего разрешения по тексту настоящего Договора, будут разрешаться путем переговоров в соответствии с действующим законодательством.

8.2. Если стороны не придут к соглашению, то спор или разногласия подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами или надлежаще уполномоченными на то представителями сторон.

9.2. Все уведомления и сообщения должны отправляться в письменной форме.

9.3. Во все остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

9.4. Приложения:

- приложение № 1: Форма акта приема-передачи оборудования,
- приложение № 2: Форма акта возврата оборудования.
- приложение № 3: Форма акта приема-передачи расходным материалов.

10. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

АКТ ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО ИЗДЕЛИЯ

Место составления акта _____

Дата составления акта: «___» _____ 20__ г.

Государственное учреждение здравоохранения Тульской области
«_____»,

именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице

должность, ФИО представителя Учреждения

действующего (ей) на основании доверенности от «___» _____ 20__ г.
№ _____, с одной стороны, и _____

*ФИО, год рождения пациента и/или ФИО лица, осуществляющего уход за
пациентом*

именуемый (ые) далее

указать нужное: «Пациент» и/или «Получатель»

в соответствии с условиями Договора безвозмездного пользования
медицинского изделия от «___» _____ 20__ г. № _____ подписали
настоящий Акт о передаче Учреждением

указать: «Пациент» и/или «Получатель» медицинского изделия:

№ п/п	Наименование	Инвентарный номер	Серийный номер	Количество	Цена, руб.
1.					
Итого:					

Вместе с МИ переданы следующие документы по его эксплуатации:

Оборудование комплектно и находится в исправном состоянии. Замечания к
состоянию отсутствуют.

Настоящий акт составлен в _____ экземплярах по одному для каждой из
сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:**От Учреждения****Получатель****Пациент**

_____ (_____)
подпись *ФИО*

_____ (_____)
подпись *ФИО*

_____ (_____)
подпись *ФИО*

АКТ ВОЗВРАТА МЕДИЦИНСКОГО ИЗДЕЛИЯ

Место составления акта _____

Дата составления акта: « ___ » _____ 20__ г.

Государственное учреждение здравоохранения Тульской области
« _____ »

именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице

должность, ФИО представителя Учреждения

действующего (ей) на основании доверенности от « ___ » _____ 20__ г.
№ _____, с одной стороны, и

ФИО, год рождения пациента и/или ФИО лица, осуществляющего уход за
пациентом

именуемый (ые) далее

указать нужное: «Пациент» и/или «Получатель»

в соответствии с условиями Договора безвозмездного пользования
медицинским изделием от « ___ » _____ 20__ г. № _____ подписали
настоящий Акт о возврате Учреждению

указать: «Пациент» и/или «Получатель» медицинского изделия:

№ п/п	Наименование	Инвентарный номер	Серийный номер	Количество	Цена, руб.
1.					
Итого:					

Вместе с МИ возвращены следующие документы по его эксплуатации:

Оборудование комплектно и находится в исправном состоянии.
Замечания к состоянию отсутствуют.

Настоящий акт составлен в _____ экземплярах по одному для каждой из сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

От Учреждения

_____(_____)
подпись *ФИО*

Получатель

_____(_____)
подпись *ФИО*

Пациент

_____(_____)
подпись *ФИО*

АКТ ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Место составления акта _____

Дата составления акта: « ___ » _____ 20__ г.

Государственное учреждение здравоохранения Тульской области
« _____ »,
именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице

должность, ФИО представителя Учреждения

действующего (ей) на основании доверенности от « ___ » _____ 20__ г.
№ _____, с одной стороны, и _____

ФИО, год рождения пациента и/или ФИО лица, осуществляющего уход за
пациентом

именуемый (ые) далее

указать нужное: «Пациент» и/или «Получатель»

в соответствии с условиями Договора безвозмездного пользования
медицинским изделием от « ___ » _____ 20__ г. № _____ подписали
настоящий Акт о передаче Учреждением

указать: «Пациент» и/или «Получатель»

медицинских изделий:

№ п/п	Наименование	Единица измерения	Количество	Цена, руб.
1.				
2.				
3.				
4.				

Расходные материалы получены на сумму _____ руб. _____ коп.
(_____ рублей _____ копеек).

Оборудование комплектно и находится в исправном состоянии.
Замечания к состоянию отсутствуют.

Настоящий акт составлен в _____ экземплярах по одному для каждой из сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

От Учреждения

Получатель

Пациент

подпись *ФИО*

подпись *ФИО*

подпись *ФИО*
