



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

П Р И К А З

«25» 12 2025 г.

№ 1373

**О внесении изменений в приказ
Департамента здравоохранения
города Москвы от 31 июля 2024 г.
№ 673**

В соответствии с Законом города Москвы от 8 июля 2009 г. № 25 «О правовых актах города Москвы» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести изменения в приказ Департамента здравоохранения города от 31 июля 2024 г. № 673 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в городе Москве»:

1.1. Пункт 5 приказа изложить в следующей редакции:

«5. Главному врачу ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» **Бондареву С.А.:**».

1.2. Пункт 5.3 приказа изложить в следующей редакции:

«5.3. Обеспечивать транспортировку пациентов, признанных нуждающимися в оказании паллиативной медицинской помощи (при их стабильном состоянии, не требующим сопровождения врача и (или) среднего медицинского персонала), в учреждения здравоохранения или домой транспортом ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» по заявкам медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы **в течение 48 часов** с момента поступления заявки.».

1.3. Пункт 5.6 приказа признать утратившим силу.

1.4. В пункте 6 приказа слова «**Бороздиной О.А.**» заменить словами «**Власову И.С.**».

1.5. В пункте 10 приказа слова «**Колесниковой Т.С.**» заменить словами «**Малишевскому М.В.**».

1.6. Пункт 12 приказа изложить в следующей редакции:

«12. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **Гаджиеву С.М., Покровского К.А., Рубцова Н.В.**».

1.7. В приложении 2 к приказу:

1.7.1. Абзац второй пункта 6 изложить в следующей редакции:

«При принятии решения о наличии у пациента показаний к специализированной паллиативной медицинской помощи без очного присутствия пациента лечащий врач медицинской организации в срок **не позднее одного рабочего дня** со дня принятия решения, в доступной для него форме и с соблюдением этических и моральных норм информирует пациента (его законного представителя) о наличии показаний к специализированной паллиативной медицинской помощи.».

1.7.1. Дефис четвертый пункта 9 признать утратившим силу.

1.8. Приложения 1 и 2 к Порядку признания гражданина нуждающимся в оказании специализированной паллиативной медицинской помощи приложения 2 к приказу изложить в редакции согласно приложениям 1 и 2 к настоящему приказу.

1.9. Дефис второй пункта 7 приложения 3 к приказу изложить в следующей редакции:

«- на значение **«приостановлено»** – после получения и проверки информации о временном выезде пациента за пределы города Москвы и получения заключения врачебной комиссии (подкомиссии) Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы» об отсутствии показаний к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи пациенту, а также при наличии в ЕМИАС подтверждения оказания первичной паллиативной помощи в амбулаторных условиях (протокол осмотра врача с планом ведения пациента);».

1.10. Пункт 32 приложения к Правилам ведения Регистра пациентов, нуждающихся в оказании специализированной паллиативной медицинской помощи приложения 3 к приказу изложить в редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.11. В приложении 4 к приказу:

1.11.1. Пункт 15 признать утратившим силу.

1.11.2. Абзац второй пункта 16 изложить в следующей редакции:

«Решение врачебной комиссии ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» оформляется по форме согласно приложению 1 к Порядку признания гражданина нуждающимся в оказании специализированной паллиативной медицинской помощи и направляется в Координационный центр паллиативной медицинской помощи города Москвы для изменения статуса пациента в Регистре пациентов, нуждающихся в оказании специализированной паллиативной медицинской помощи (приложение 3 к настоящему приказу) на **«приостановлено»** и передачи информации в АПЦ.».

1.11.3. Дополнить пункт 16 абзацем третьим в следующей редакции:

«В этом случае Координационный центр паллиативной медицинской помощи города Москвы **незамедлительно** информирует АПЦ, который в течение **трех календарных дней** с момента получения данной информации

обеспечивает осмотр пациента (с привлечением (при необходимости) патронажной выездной бригады) с формированием плана наблюдения.».

1.12. Пункт 8 приложения 5 к приказу изложить в редакции согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.13. Абзац второй пункта 10 приложения 6 к приказу изложить в следующей редакции:

«В случае снижения (смягчения остроты, резкости проявлений) тягостной симптоматики у пациента и при условии отражения данного обстоятельства в протоколе осмотра врачом бригады ВППМП, кратность посещений **может быть** ниже указанной в Базовом плане наблюдения пациента, признанного нуждающимся в специализированной паллиативной медицинской помощи (приложение 7 к настоящему приказу) по соответствующей категории.».

1.2. Приложения 7 и 8 к приказу изложить в редакции согласно приложениям 5 и 6 к настоящему приказу.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **Гаджиеву С.М., Покровского К.А., Рубцова Н.В.**

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы



А.И. Хрипун

Приложение 1
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от «25» 12 2025 г. № 1373

Внесение изменений в приложение 1 к Порядку признания гражданина нуждающимся
в оказании специализированной паллиативной медицинской помощи приложения 2
к приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 31 июля 2024 г. № 673

ФОРМА

Протокол
заседания врачебной комиссии (подкомиссии) _____
(наименование медицинской организации) по вопросу наличия у пациента
показаний к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи
от «__» _____ 20__ г. № _____

Сведения о пациенте			
Фамилия, имя, отчество			
Дата рождения		Дата в формате ЧЧ.ММ.ГГ	
Возраст		полных лет	
Пол		Муж ☐ Жен ☐	
Номер полиса ОМС			
Группа инвалидности		☐ Нет ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
Номер телефона пациента			
Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента			
Фамилия, имя, отчество			
Степень родства			
Контактный телефон			
Регистрация по месту жительства (согласно данным паспорта пациента)			
город		улица	дом
строение/корпус		квартира	
Место фактического нахождения пациента			
город		улица	дом
строение/корпус		этаж	квартира/палата*
Дополнительная информация		☐ потребность в высокотоочной кислородотерапии	
Сведения о диагнозе			
Основное заболевание		МКБ10: развернутое описание	
Осложнения основного заболевания		МКБ10: развернутое описание	
Сопутствующие заболевания		МКБ10: развернутое описание	
Объективный статус			
Общее состояние		☐ удовлетворительное ☐ средней тяжести ☐ тяжелое ☐ крайне тяжелое	
Уровень сознания		☐ не нарушено ☐ сонливость ☐ спутанность ☐ сопор ☐ кома	
Наличие психомоторного возбуждения		☐ да (делирий, психоз и др.) ☐ нет	

Способность к самостоятельному передвижению	☐ Самостоятельно ☐ Передвигается самостоятельно, но нуждается в наблюдении или минимальной поддержке ☐ Может передвигаться с посторонней помощью в пределах 500м ☐ Может передвигаться с посторонней помощью с помощью технических средств (коляска, каталка) ☐ Может сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка ☐ Не способен встать с постели даже с посторонней помощью ☐ Не способен к передвижению
Оценка тягостных симптомов	
Боль	Пациент доступен продуктивному вербальному контакту ☐ Боль по ВАШ 0- 5 баллов ☐ Боль по ВАШ 6-10 баллов ☐ Не купируемая / прорывы боли. ☐ нет Пациент недоступен продуктивному вербальному контакту ☐ Боль по PAINAD 0- 5 баллов ☐ Боль по PAINAD 6-10 баллов ☐ Не купируемая / прорывы боли. ☐ нет
Нуждаемость в респираторной поддержке	☐ Одышка в покое ☐ Сатурация кислорода SpO2 85 % и менее ☐ нет
Дисфагия	☐ отсутствие дисфагии ☐ Дисфагия 1 ст. ☐ Дисфагия 2 ст. ☐ Дисфагия 3-4 ст. ☐ Зондовое питание
Эметический синдром (тошнота, рвота, икота)	Оценка кратности: ☐ нет ☐ 1-5 раз в сутки ☐ 6 раз и более в сутки Влияние на прием пищи: ☐ Сопровождающийся частичным отказом от приема пищи более двух дней ☐ Сопровождающийся полным отказом от приема пищи более двух дней
Асцит, гидроторакс	☐ нет ☐ асцит и гидроторакс, требующий наблюдения ☐ асцит и гидроторакс, требующий пункции
Хронические раны (пролежни, трофические язвы), распады опухолей, свищи	☐ нет ☐ Пролежни 1 стадия. ☐ Пролежни 2 стадии и трофические язвы, распады опухолей, свищи ☐ Пролежни 3-4 стадии и свищи, распады опухолей, свищи ☐ Пролежни 3-4 стадии при наличии отрицательной динамики на фоне лечения ☐ Распады опухолей, ассоциированные с жизнеугрожающими состояниями (риск кровотечения, аспирационные осложнения и др.)
Наличие признаков повреждения кожных покровов парастомической (паракатетерной) области	☐ Да ☐ Нет

Решение:

1. Пациент имеет показания к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи

☐ Да
☐ Нет

2. Решение по иным вопросам (при наличии):

3. **Особое мнение членов комиссии** (при наличии):

Председатель комиссии: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Члены комиссии: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Секретарь: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Внесение изменений в приложение 2 к Порядку признания гражданина нуждающимся в оказании специализированной паллиативной медицинской помощи приложения 2 к приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 31 июля 2024 г. № 673

ФОРМА

Протокол
заседания врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии)

(наименование медицинской организации)

от «__» _____ 202_ г. № _____

Ф.И.О. пациента:
Дата рождения:
Пол:
Дата поступления в стационар:
СНИЛС:
номер полиса ОМС:
Номер телефона пациента:
№ истории болезни:
Адрес регистрации:
Адрес фактического нахождения пациента:
Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента:
Пациент получает НИВЛ/ИВЛ, без потребности в НИВЛ/ИВЛ (нужное подчеркнуть)

Состояние пациента	
Общее состояние	
Уровень сознания	
Состояние кожного покрова: наличие ран, пролежней, трофических язв	
Двигательная активность	
Состояние органов и систем	
Функции тазовых органов	
Основания для принятия решения о наличии у пациента показаний к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи	
Наличие неизлечимого прогрессирующего заболевания/состояния в терминальной стадии и/или отсутствие возможности этиопатогенетического лечения	
Наличие общих медицинских показаний к оказанию ПМП	

Наличие медицинских показаний к оказанию ПМП по группам заболеваний	
---	--

Решение:

1. Пациент имеет показания к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи

☐ Да☐ Нет

2. Решение по иным вопросам (при наличии):

3. **Особое мнение членов комиссии** (при наличии):

Председатель комиссии: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Члены комиссии: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Секретарь: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Приложение 3
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от «25» 12 2025 г. № 1983

Внесение изменений в приложение к Правилам ведения Регистра пациентов, нуждающихся в оказании специализированной паллиативной медицинской помощи приложения 3 к приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 31 июля 2024 г. № 673

**Регистр пациентов, нуждающихся в оказании
специализированной паллиативной медицинской помощи**

№ п/п	Наименование поля	Значения	Обязательность заполнения
32.	Причины временной приостановки оказания ПМП	- находится не в Москве - отказ от визита/госпитализации/перевода - госпитализация не в рамках оказания ПМП - медицинское заключение об отсутствии показаний к оказанию специализированной паллиативной помощи	Да, если в п.20 выбрано значение «сопровождение приостановлено»

Приложение 4
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от «25» 12 2025 г. № 1373

Внесение изменений в приложение 5 к приказу
Департамента здравоохранения города Москвы от 31 июля 2024 г. № 673

**Критерии определения условий оказания первичной паллиативной
медицинской помощи и специализированной паллиативной медицинской помощи**

№ п/п	Критерий		Условия оказания паллиативной медицинской помощи			
	Наименование тягостного состояния/симптома/ синдрома, являющегося проявлением основного заболевания и не являющегося побочным эффектом проводимого специализированного лечения	Оценка состояния/ симптома/синдрома	Первичная паллиативная медицинская помощь		Специализированная паллиативная медицинская помощь	
			Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медицинскую помощь (при посещении лечащего врача в поликлинике)	Патронажная служба медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, (при оказании медицинской помощи на дому)	Отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым (на дому)	Паллиативная специализированная медицинская помощь в стационарных условиях
8.	Необходимость подбора режима респираторной поддержки (неинвазивной вентиляции легких)	Дыхательная недостаточность 3 степени в период ремиссии заболевания (одышка в покое или при незначительной физической нагрузке, P _{O2} 65 мм рт. ст. и менее, ОФВ1 50% и менее, ОФВ1/ФЖЕЛ 70% и менее) на фоне оптимальной терапии	НЕТ	НЕТ	ДА при наличии подобранного режима НИВЛ	ДА

Приложение 5
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от «25» 12 2025 г. № 1383

Приложение 8
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 31 июля 2024 г. № 673

Базовый план наблюдения пациента

I. Базовый план наблюдения пациента, признанного нуждающимся в специализированной паллиативной медицинской помощи на дому

№ п/п	Модель пациента	Первичное посещение врача по паллиативной медицинской помощи	Повторное посещение врача по паллиативной медицинской помощи	Визит медицинской сестры	Аудиконтроль врача	Аудиоконтроль медицинской сестры	Визит младшей медицинской сестры
1.	Хронический болевой синдром 6 и более баллов	не позднее 24 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 5 и 14 дни от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес.		не позднее 24 часов с даты первичного посещения		
2.	«Одышка при обычных нагрузках (5-7 баллов/ДН 2)»	не позднее 72 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 7 и 21 дни от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес.		не позднее 3х дней с даты первичного посещения	на 14 день с даты первичного посещения врачом, далее 1 раз в неделю	

№ п/п	Модель пациента	Первичное посещение врача по паллиативной медицинской помощи	Повторное посещение врача по паллиативной медицинской помощи	Визит медицинской сестры	Аудиконтроль врача	Аудиоконтроль медицинской сестры	Визит младшей медицинской сестры
3.	«Одышка постоянная в покое» (8 баллов и более / ДН 3-4)	не позднее 24 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 5 и 14 дни от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес.	не реже 2 раз в мес.	на 3 и 10 дни от даты первичного посещения		1 раз в неделю
4.	Дисфагия 3-4 ст.	не позднее 24 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 5 и 14 дни от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес.	не реже 2 раз в мес.	не позднее 48 часов с даты первичного посещения		1 раз в неделю
5.	Эметический синдром (тошнота, рвота, икота, сопровожающийся частичным отказом от приема пищи	не позднее 72 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 7 и 21 дни от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес.	не реже 2 раз в мес.		1 раз в неделю	
6.	Эметический синдром (рвота более 6 раз в сутки), сопровожающийся полным отказом от приема пищи	не позднее 24 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 5 и 14 дни от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес.	1 раз в неделю	не позднее 24 часов с даты первичного посещения	1 раз в неделю	1 раз в неделю
7.	Асцит и гидроторакс, требующий наблюдения	не позднее 72 часов с даты	на 14 и 28 дни от даты первичного	1 раз в мес.			1 раз в месяц

№ п/п	Модель пациента	Первичное посещение врача по паллиативной медицинской помощи	Повторное посещение врача по паллиативной медицинской помощи	Визит медицинской сестры	Аудиконтроль врача	Аудиоконтроль медицинской сестры	Визит младшей медицинской сестры
		поступления задания в ЦПП	посещения, далее не реже 1 раза в мес.				
8.	Пролежни (2 стадия), трофические язвы (2 стадия и выше), распады опухоли, свищи, не требующие ежедневных перевязок	не позднее 72 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 21 день от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес.	1 раз в неделю			1 раз в месяц
9.	Пролежни 3-4 стадии и свищи, требующие ежедневных перевязок	не позднее 24 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 14 и 28 дни от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес.	ежедневно			1 раз в неделю
10.	Распады опухоли, требующие частых перевязок (риск кровотечения, образование свищей, аспирационные осложнения и др.)	не позднее 24 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 5 и 14 дни от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес.	1 раз в неделю	3-й, 10-й дни, с даты первичного посещения		1 раз в неделю

№ п/п	Модель пациента	Первичное посещение врача по паллиативной медицинской помощи	Повторное посещение врача по паллиативной медицинской помощи	Визит медицинской сестры	Аудиконтроль врача	Аудиоконтроль медицинской сестры	Визит младшей медицинской сестры
11.	Стомы (трахеостомы, гастростомы, кишечные стомы, цистостомы, нефростомы), катетеры при наличии признаков воспаления (повреждения кожного покрова парастомической области, мацерация, осложненное течение)	не позднее 72 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 5 и 14 дни от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес	1 раз в неделю			2 раза в месяц
12.	Нарушение сознания (оглушение, сопор)	не позднее 24 часов с даты поступления задания в ЦПП	на 5 и 14 дни от даты первичного посещения, далее не реже 1 раза в мес	1 раз в неделю			ежедневно

II. Базовый план наблюдения пациента, признанного нуждающимся в паллиативной медицинской помощи и длительной респираторной поддержке

№ п/п	Модель пациента	Первичный визит врача ОЦДРП	Повторный визит врача ОЦДРП	Визит медицинской сестры	Аудиоконтроль врача ОЦДРП	Аудиоконтроль медицинской сестры
1.	Пациент на ИВЛ с синдромом апноэ сна	не позднее 72 часов с даты поступления задания	7, далее 1 раз в 6 мес.	нет	30, далее 1 раз в 3 мес.	нет
2.	Пациент на ИВЛ с ХОБЛ	не позднее 72 часов с даты поступления задания в ЦПП	7, далее 1 раз в 3 мес.	нет	1 раз в мес.	нет
3.	Пациент на ИВЛ	не позднее 24 часов с даты поступления задания в ЦПП	14, далее не реже 1 раз в мес.	нет	3, 7	нет

Приложение 6
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от «25» 12 2025 г. № 1383

Приложение 8
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 31 июля 2024 г. № 673

**Перечень медицинских организаций
государственной системы здравоохранения города Москвы,
оказывающих паллиативную медицинскую помощь взрослым
в стационарных условиях**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Адрес (место нахождения)
Отделения паллиативной медицинской помощи		
1.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица Академика Миллионщикова, дом 1, строение 2
1.1.	Филиал «Люблино» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица Шкулева, дом 4, строение 2
1.2.	Филиал «Даниловский» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, 1-ый Щипковский переулок, дом 19/1, строения 1, 2
1.3.	Филиал «Савеловский» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица Двинцев, дом 6, строения 1, 3
2.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 15 имени О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица Вешняковская, дом 23
3.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица Фортунатовская, дом 1

№ п/п	Наименование медицинской организации	Адрес (место нахождения)
4.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С.П. Боткина» Департамента здравоохранения города Москвы	город Москва, 2-й Боткинский проезд, владение 5
5.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, Загородное шоссе, дом 2
6.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица Волынская, дом 7, строение 1
Хосписы		
7.	Филиал «Первый Московский хоспис имени В.В. Миллионщиковой» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица Доватора, дом 10, строение 1
8.	Филиал «Хоспис «Дегунино» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица Талдомская, дом 2А
9.	Филиал «Хоспис «Ростокино» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица 1-я Леонова, дом 1
10.	Филиал «Хоспис «Некрасовка» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица 2-я Вольская, дом 21
11.	Филиал «Хоспис «Царицыно» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица 3-я Радиальная, дом 2а

№ п/п	Наименование медицинской организации	Адрес (место нахождения)
12.	Филиал «Хоспис «Бутово» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, улица Поляны, дом 4
13.	Филиал «Хоспис «Куркино» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, Куркинское шоссе, дом 33
14.	Филиал «Хоспис «Зеленоград» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»	город Москва, город Зеленоград, корпус 1701