



## П Р И К А З

16 сентября 2020 года

№ 158-09

г. Горно-Алтайск

### Об утверждении

### Алгоритма взаимодействия медицинских организаций с организациями социальной поддержки населения при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи в Республике Алтай

В целях реализации Порядка взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных организаций и иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи (Приложение № 38 к Положению 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, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2019 г. № 345н/372н, на основании подпункта 8 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Алтай, утвержденного постановлением Правительства Республики Алтай от 16 июля 2009 года № 160 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Алтай и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Республики Алтай», **приказываю:**

1. Утвердить прилагаемый Алгоритм взаимодействия медицинских организаций с организациями социальной поддержки населения при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи в Республике Алтай (далее - Алгоритм).

2. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Алтай, организовать взаимодействие с организациями социальной поддержки населения при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи в соответствии Алгоритмом, утвержденным настоящим Приказом.

Министр

С.М.Коваленко

УТВЕРЖДЕН  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Республики Алтай

*16 сентября 2020 года № 158-сд*

**Алгоритм  
взаимодействия медицинских организаций с организациями  
социальной поддержки населения при оказании гражданам паллиативной  
медицинской помощи в Республике Алтай**

1. Настоящий Алгоритм взаимодействия медицинских организаций с организациями социальной поддержки населения при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи в Республике Алтай (далее - Алгоритм) устанавливает порядок взаимодействия медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Алтай, оказывающих паллиативную медицинскую помощь (далее - медицинская организация) с организациями социальной поддержки населения при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи в Республике Алтай в целях организации представления пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь (далее - пациент), социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки), мер психологической поддержки и организации оказания паллиативной медицинской помощи нуждающимся в ней гражданам, получающим социальные услуги в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме.

Под организациями социальной поддержки населения в настоящем Алгоритме понимаются казенные учреждения Республики Алтай «Управление социальной поддержки населения» на соответствующей административной территории Республики Алтай (далее - казенное учреждение).

2. Лечащий врач медицинской организации, в которой принято решение об оказании паллиативной медицинской помощи пациенту, в целях организации социального обслуживания, осуществляет:

1) информирование пациентов, их законных представителей, родственников, лиц, осуществляющих уход за пациентом:

а) о перечне социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в Республике Алтай, установленных статьей 3 Закона Республики Алтай от 15 декабря 2014 года № 84-РЗ «О регулировании отдельных вопросов в сфере социального обслуживания граждан в Республике Алтай», статьями 19 - 20 Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

б) о Порядке предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг, утвержденном приказом Министерства труда, социального развития и занятости населения Республики Алтай от 27 декабря 2017 года № П/340 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства труда, социального развития и занятости населения Республики Алтай»;

в) об адресах и контактных телефонах Министерства труда, социального развития и занятости населения Республики Алтай и казенных учреждений на соответствующей административной территории Республики Алтай;

2) направление обращения о предоставлении социального обслуживания в казенные учреждения о необходимости предоставления социального обслуживания пациенту, полностью или частично утратившему способность либо возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности (далее - пациент, утративший способность к самообслуживанию) по форме согласно приложению № 1 к настоящему Алгоритму, при наличии согласия законного представителя недееспособного гражданина, имеющего показания для оказания паллиативной медицинской помощи по форме согласно приложению № 2 к настоящему Алгоритму;

3) направление в казенные учреждения информации о необходимости предоставления пациенту социального обслуживания, при наличии согласия законного представителя недееспособного гражданина, имеющего показания для оказания паллиативной медицинской помощи, по форме согласно приложению № 2 к настоящему Алгоритму.

3. Обращение о предоставлении социального обслуживания пациенту, утратившему способность к самообслуживанию и получающему паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, направляется медицинской организацией в казенное учреждение в течение 1 рабочего дня с даты выявления такого пациента.

4. Обращение о предоставлении социального обслуживания недееспособному гражданину, получающему паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, направляется медицинской организацией в казенное учреждение в течение 1 рабочего дня с даты получения согласия законного представителя на направление такого обращения.

5. Обращение о предоставлении социального обслуживания пациенту, утратившему способность к самообслуживанию или являющегося недееспособным лицом, и получающего паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, направляется медицинской организацией в казенное учреждение позднее чем за 10 дней до планируемой выписки пациента.

6. Обращения, указанные в пунктах 3 - 5 настоящего Алгоритма оформляются по форме согласно приложению № 1 к настоящему Алгоритму и направляются в казенные учреждения в виде скан-копии в формате документа (\*.pdf) в сроки, установленные пунктом 3 - 5 настоящего Алгоритма.

В случае отказа пациента или его законного представителя от заполнения согласия обращение не направляется.

7. Организация оказания паллиативной медицинской помощи лицам, проживающим в стационарных организациях социального обслуживания (далее – проживающий, организация):

в целях своевременного выявления среди проживающих в организации лиц, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, врачи по паллиативной медицинской помощи медицинской организации проводят плановые (не реже 1 раза в 3 месяца) и внеплановые медицинские осмотры проживающих в организации.

Внеплановые медицинские осмотры организуются по вызову организации, по обращению проживающего или иных лиц, обратившихся в интересах проживающего.

8. При выявлении у проживающего медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи заместитель руководителя организации по медицинской части во взаимодействии с медицинской организацией в течение двух рабочих дней организуют осмотр пациента с участием врача по паллиативной медицинской помощи.

9. Оказание помощи проживающему, признанному нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, организуется в медицинской организации в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара или в стационарных условиях в сроки, определяемые с учетом состояния пациента.

10. При наличии у проживающего некупированных тяжелых проявлений заболевания (хронический болевой синдром, одышка, тошнота, рвота, асцит) заместитель руководителя по медицинской части организации во взаимодействии с медицинской организацией организуют оказание пациенту паллиативной медицинской помощи в неотложной форме.

11. В целях оперативного предоставления пациенту мер социальной защиты (поддержки) медицинские организации и организации, в которых принято решение о наличии у пациента показаний для оказания паллиативной медицинской помощи и/или в которых пациент получает паллиативную медицинскую помощь, взаимодействуют с федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»:

При отсутствии у пациента инвалидности и/или необходимости внесения изменений в индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) врачебная комиссия медицинской организации одновременно с принятием решения о наличии у пациента показаний для оказания паллиативной медицинской помощи принимает решение о направлении пациента на медико-социальную экспертизу и направлении его на медицинские обследования, необходимые для получения клинко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы (далее - медицинские обследования), в случае отсутствия указанных медицинских обследований.

Лечащий врач в течение 1 рабочего дня с даты принятия решения врачебной комиссией медицинской организации о направлении пациента на медико-социальную экспертизу информирует пациента (его законного или уполномоченного представителя) об указанном решении и оформляет согласие пациента на направление его на медико-социальную экспертизу по форме согласно приложению № 3 к настоящему Алгоритму.\* (до утверждения формы согласия пациента приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации).

Медицинская организация оформляет направление на медико-социальную экспертизу и результаты медицинских обследований в срок, не превышающий 1 рабочего дня со дня получения результатов медицинских обследований при наличии согласия пациента (законного или уполномоченного представителя) на направление его на медико-социальную экспертизу.

В течение 1 рабочего дня с даты оформления направления на медико-социальную экспертизу медицинская организация передает направление на медико-социальную экспертизу и результаты медицинских обследований в федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы.

12. Медицинские организации осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, организациями, указанными в части 2 статьи 6 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

13. Взаимодействие медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных и иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, осуществляется в целях улучшения морально-психологического состояния пациентов, в том числе за счет реализации следующих мероприятий:

- осуществление дополнительного ухода за пациентами;
- организация досуга (свободного времени) пациентов и их родственников;
- улучшение социально-бытовых условий пребывания пациентов;
- трудова помощь;
- проведение мероприятий культурной и творческой направленности;
- оказание юридической помощи пациентам.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к Алгоритму  
взаимодействия медицинских организаций с  
организациями социальной поддержки  
населения при оказании гражданам  
паллиативной медицинской помощи в  
Республике Алтай

ФОРМА  
обращения о предоставлении социального обслуживания пациенту

**Обращение  
о предоставлении социального обслуживания пациенту**

Дата выдачи \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

1. Пациент \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Адрес регистрации \_\_\_\_\_

4. Контактный телефон \_\_\_\_\_

5. Фактическое место жительства \_\_\_\_\_

6. Необходимые социальные услуги и форма их оказания (подчеркнуть  
необходимые)

№	Виды социальных услуг	Форма их оказания (отметить V)			
		полу- стацио- нарная	стацио- на- рная	на дому	во всех формах
1	социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту				
2	социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья				
3	социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия				
4	социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг,				

	формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей				
5	социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией				
6	социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг				
7	услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов				
8	срочные социальные услуги				

7. Причина и степень утраты способности пациента к самообслуживанию \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Срок, в который необходимо обеспечить социальное обслуживание пациента, в том числе необходимость оказания пациенту срочных социальных услуг \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Лечащий врач (ФИО, подпись) \_\_\_\_\_

Главный врач (ФИО, подпись) \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2  
к Алгоритму  
взаимодействия медицинских организаций с  
организациями социальной поддержки  
населения при оказании гражданам  
паллиативной медицинской помощи в  
Республике Алтай

**ФОРМА**  
согласия законного представителя  
на направление обращения в организацию социального обслуживания  
в целях предоставления пациенту социальных услуг

В \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование казенного учреждения «Управление  
социальной поддержки населения»)  
\_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. законного представителя пациента)  
зарегистрированного(ой) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
(индекс, адрес места жительства,  
места пребывания)  
\_\_\_\_\_  
СНИЛС (пациента)  
\_\_\_\_\_  
(номер контактного телефона)

**СОГЛАСИЕ**  
законного представителя  
на направление обращения в организацию социального обслуживания в  
целях предоставления пациенту социальных услуг

паллиативной медицинской помощи

социальных услуг  
(нужное отметить)

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. законного представителя пациента )

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_  
(индекс, адрес места жительства (пребывания))

даю согласие на передачу сведений о  
\_\_\_\_\_ в целях

предоставления (нужное отметить):  
(ФИО пациента)

паллиативной медицинской помощи



социальных услуг

Я свидетельствую, что лечащим врачом медицинской организации,

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации, должность, Ф.И.О. лечащего врача)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания паллиативной медицинской помощи, виды и формы предоставления социальных услуг, а также разъяснено, что я (либо пациент) вправе отказаться от направления обращения в организацию социального обслуживания в целях предоставления пациенту \_\_\_\_\_ паллиативной медицинской помощи

\_\_\_\_\_ (ФИО пациента)

и социальных услуг.

Сведения о законном представителе или лице, уполномоченном пациентом на основании доверенности, оформленной в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – законный представитель):

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., индекс, адрес места жительства законного представителя)

Документ, удостоверяющий личность законного представителя

\_\_\_\_\_ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

\_\_\_\_\_ (наименование, №, серия, дата выдачи, кем выдан)

\_\_\_\_\_ (подпись законного представителя)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. лечащего врача, принявшего указанное согласие)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3  
к Алгоритму  
взаимодействия медицинских организаций с  
организациями социальной поддержки  
населения при оказании гражданам  
паллиативной медицинской помощи в  
Республике Алтай

Форма  
согласия пациента (законного представителя) на направление  
на медико-социальную экспертизу

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо его законного (уполномоченного) представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

и \_\_\_\_\_ проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства пациента либо его законного (уполномоченного) представителя)  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (кем выдан, дата)  
даю согласие на направление на медико-социальную экспертизу  
меня/направление на медико-социальную экспертизу пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)  
законным (уполномоченным) представителем которого я являюсь (нужное  
подчеркнуть), В

\_\_\_\_\_ (полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро  
медико-социальной экспертизы), в котором проводится медико-социальная экспертиза  
гражданина)

Специалистом

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

мне в доступной форме разъяснен порядок направления пациента на медико-  
социальную экспертизу.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента либо  
его законного (уполномоченного)  
представителя)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста  
медицинской организации)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
дата