



**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

02.10.2023

№ 36/62

Об утверждении порядка межведомственного взаимодействия, в том числе информационного взаимодействия участников системы долговременного ухода

В соответствии с пунктом 1.4 Плана мероприятий («дорожной карты») по реализации на территории Томской области в 2023 году пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, утвержденного постановлением Администрации Томской области от 24.08.2023 № 380а «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по реализации на территории Томской области в 2023 году пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить порядок межведомственного взаимодействия, в том числе информационного взаимодействия участников системы долговременного ухода, согласно приложению к настоящему приказу.
2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника Департамента социальной защиты населения Томской области Костыреву И.М. и заместителя начальника Департамента по медицинским вопросам – председателя комитета организации медицинской помощи Воробьева Ю.О.

И.о. начальника Департамента
социальной защиты населения
Томской области

И.А. Куракина



Начальник Департамента
здравоохранения
Томской области

Р.О. Фидаров



Приложение
УТВЕРЖДЕН
приказом Департамента
социальной защиты населения
Томской области и Департамента
здравоохранения Томской области
от 02.10.2023 № 36/62

Порядок
межведомственного взаимодействия, в том числе информационного взаимодействия
участников системы долговременного ухода

1. Общие положения

1. Настоящий Порядок определяет процедуру межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, при выявлении граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в уходе (далее – граждане, нуждающиеся в уходе), при определении индивидуальной потребности гражданина, нуждающегося в уходе, в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, при предоставлении гражданам, признанным нуждающимися в социальном обслуживании на дому, в том числе в социальных услугах по уходу (далее – получатель социальных услуг по уходу), социального обслуживания, в том числе социальных услуг по уходу.

2. Участниками межведомственного взаимодействия системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе (далее – участники СДУ), являются:

- 1) Департамент социальной защиты населения Томской области;
- 2) Департамент здравоохранения Томской области;
- 3) организации социального обслуживания независимо от организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, осуществляющие социальное обслуживание (далее – поставщик социальных услуг), в том числе участвующие в реализации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе (далее – СДУ);
- 4) Региональный координационный центр;
- 5) Территориальный координационный центр;
- 6) медицинские организации независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее – медицинские организации), в том числе участвующие в реализации СДУ.

3. Межведомственное взаимодействие осуществляется в целях организации и предоставления органами и организациями социальных, медицинских, реабилитационных и абилитационных услуг гражданам, нуждающимся в уходе.

4. Межведомственное взаимодействие осуществляется в ходе:

- 1) выявления граждан, нуждающихся в уходе;
- 2) определения индивидуальной потребности гражданина, нуждающегося в уходе, в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу;
- 3) предоставления получателям социальных услуг по уходу социального обслуживания, в том числе социальных услуг по уходу.

2. Формы взаимодействия участников СДУ

5. Межведомственное взаимодействия участников СДУ осуществляется в форме:

- 1) обмена документами и (или) информацией, в том числе в электронной форме;
- 2) заключения соглашений, издания совместных правовых актов;
- 3) участия в работе межведомственной рабочей группы по созданию СДУ;
- 4) проведения совместных мероприятий, связанных с реализацией полномочий в сфере социального и медицинского обслуживания.

6. Межведомственное взаимодействие участников СДУ осуществляется путем получения информации (формирования запросов информации) о гражданах, нуждающихся в уходе, по защищенным каналам связи в электронной форме, на бумажном носителе.

7. Межведомственное взаимодействие участников СДУ осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 6 Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

3. Порядок межведомственного взаимодействия при выявлении граждан, нуждающихся в уходе

8. Выявление граждан, нуждающихся в уходе, осуществляется:

1) в медицинских организациях, в том числе участвующих в реализации СДУ, в ходе:

- оказания медицинской помощи в стационарных условиях;
- оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- посещения гражданином, нуждающимся в уходе, участкового врача или иного врача, проведении диагностических исследований и лечебных процедур в медицинских организациях;

2) при проведении опросов (анкетирования), поквартирных (подомовых) обходов органами местного самоуправления, поставщиками социальных услуг, в том числе участвующими в реализации СДУ, общественными организациями, добровольческими (волонтерскими) организациями, добровольцами (волонтерами);

3) при обращении граждан, нуждающихся в уходе, их законных представителей или иных лиц, действующих в их интересах на «горячую линию» или «телефон доверия» Департамента социальной защиты населения Томской области, Департамента здравоохранения Томской области, поставщиков социальных услуг и медицинских организаций, в том числе участвующих в реализации СДУ;

4) при обработке запросов (заявлений) о предоставлении социального обслуживания, поданных через федеральную государственную информационную систему «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

9. Сбор и обработка полученной информации о гражданах, нуждающихся в уходе, осуществляется Региональным координационным центром.

10. Поставщики социальных услуг, в том числе участвующие в реализации СДУ, и медицинские организации, в том числе участвующие в реализации СДУ, информируют Региональный координационный центр о гражданине, нуждающемся в уходе, по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку в срок не более одного рабочего дня со дня выявления (обращения) гражданина, нуждающегося в уходе или в срок не менее пяти рабочих дней до дня выписки гражданина, нуждающегося в уходе, из медицинской организации (в случае оказания медицинской помощи в стационарных условиях).

11. Региональный координационный центр в срок не более одного рабочего дня со дня поступления информации о гражданине, нуждающемся в уходе, осуществляет информирование Территориального координационного центра о гражданине, нуждающемся в уходе.

4. Порядок межведомственного взаимодействия при определении индивидуальной потребности гражданина, нуждающегося в уходе, в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу

12. Территориальный координационный центр:

1) в срок не более двух рабочих дней со дня поступления информации о гражданине, нуждающемся в уходе, осуществляет сбор сведений о гражданине, нуждающемся в уходе, ограничениях его здоровья, потребностях и нуждах, в том числе путем направления в медицинскую организацию, участвующую в реализации СДУ, запроса по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку;

2) в срок не более трех рабочих дней со дня поступления информации о гражданине, нуждающемся в уходе, организует выход экспертов по оценке нуждаемости по месту жительства гражданина, нуждающегося в уходе, для проведения обследования условий его жизнедеятельности в целях определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу;

3) в срок не более четырех рабочих дней со дня поступления информации о гражданине, нуждающемся в уходе:

готовит проект решения о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу или проект решения об отказе гражданину в социальных услугах;

готовит проект индивидуальной программы предоставления социальных услуг (далее – ИППСУ);

готовит проект дополнения к ИППСУ.

13. Медицинская организация, участвующая в реализации СДУ, в срок не более трех рабочих дней со дня поступления информации о гражданине, нуждающемся в уходе, в медицинскую организацию, участвующую в реализации СДУ, направляет в Территориальный координационный центр сведения о гражданине, нуждающемся в уходе, по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку.

5. Межведомственное взаимодействие при предоставлении получателям социальных услуг по уходу социального обслуживания, в том числе социальных услуг по уходу

14. Поставщик социальных услуг, участвующий в реализации СДУ:

1) в срок не более одного рабочего дня со дня заключения договора о предоставлении социальных услуг направляет информацию о получателе социальных услуг по уходу в медицинскую организацию, участвующую в реализации СДУ, для оформления рекомендаций по осуществлению ухода;

2) обеспечивает составление и ведение дневника ухода за получателем социальных услуг по уходу, с учетом медицинских рекомендаций по осуществлению ухода и индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида (при наличии);

3) при установлении признаков ухудшения здоровья получателя социальных услуг по уходу в срок не более одного рабочего дня со дня установления признаков ухудшения здоровья получателя социальных услуг по уходу передает информацию в медицинскую организацию, участвующую в реализации СДУ, а в случае резкого ухудшения состояния здоровья получателя социальных услуг по уходу незамедлительно вызывает скорую медицинскую помощь.

15. Медицинская организация, участвующая в реализации СДУ:

1) в срок не более пяти рабочих дней со дня поступления сведений о получателе социальных услуг по уходу в медицинскую организацию, участвующую в реализации СДУ, для оформления рекомендаций по осуществлению ухода организует оформление и передачу поставщику социальных услуг, участвующему в реализации СДУ, рекомендаций по осуществлению ухода за получателем социальных услуг по уходу;

2) при поступлении сведений от поставщика социальных услуг, участвующего в реализации СДУ, об ухудшении состояния здоровья получателя социальных услуг по уходу организует оказание необходимой медицинской помощи, в том числе в очном, дистанционном формате, при наличии показаний – в стационарных условиях;

3) при ухудшении состояния здоровья получателя социальных услуг по уходу в срок не более одного рабочего дня со дня поступления сведений об установлении признаков ухудшения здоровья получателя социальных услуг по уходу от

поставщика социальных услуг, участвующего в реализации СДУ, направляет поставщику социальных услуг, участвующему в реализации СДУ, рекомендации по уходу за получателем социальных услуг по уходу.

Приложение № 1
к Порядку межведомственного
взаимодействия, в том числе
информационного взаимодействия
участников системы
долговременного ухода

Форма

Информация
о гражданине, нуждающемся в уходе

Фамилия	
Имя	
Отчество (при наличии)	
Дата рождения	
Адрес фактического проживания	
Контактный номер телефона (при наличии)	
Наименование организации, выявившей гражданина, нуждающегося в уходе	

Приложение № 2
к Порядку межведомственного
взаимодействия, в том числе
информационного взаимодействия
участников системы
долговременного ухода

Форма

Главному врачу

(наименование медицинской организации)

от

(ФИО специалиста, направившего запрос, наименование
организации, направившей запрос)

Запрос

о предоставлении информации о гражданине, нуждающемся в уходе

В целях определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, просим Вас предоставить информацию о гражданине, нуждающемся в уходе

(Ф.И.О. гражданина, дата рождения)

Общие сведения			
Номер полиса ОМС			
Основные показатели состояния здоровья			
Дыхание			
Дышит самостоятельно	Нуждается в ингаляциях	Требуется кислород	Трахеостомия
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
Кожные покровы			
В норме	Сыпь, покраснение	Гематомы, раны	Пролежни
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
Местоположение пролежней (указать)			
Зрение			
В норме	В норме с очками (линзами)	Снижено	Потеряно
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
Очки (линзы) используются		Очки (линзы) не используются	
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да	
Слух			
В норме	В норме со слуховым аппаратом	Снижен	Потерян
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да

Слуховой аппарат используется		Слуховой аппарат не используется		
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да		
Полость рта (зубы)				
Имеются зубы		Имеются протезы		Отсутствуют зубы
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да
1.6. Масса тела				
В норме		Избыточная		Недостаточная
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да
Наличие падений за последние 3 месяца				
Не было		Были редко (1 – 2 раза)		Были часто (3 – 6 раз)
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да
Наличие болей				
Постоянные		Периодические		Редкие
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да
Локализация (указать)				
Наличие нарушений речи				
Не препятствуют общению		Препятствуют общению		Отсутствуют
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да
Владение навыками альтернативной коммуникации или дополнительной коммуникации (указать)				
Наличие аллергических реакций				
Частые		Периодические		Редкие
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да
Что вызывает				
Наличие протезов				
Верхних конечностей		Нижних конечностей		Иные (указать)
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да
Наличие зондов (катетеров), стом				
В желудке		В кишечнике		В мочевом пузыре
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да
				В ином месте (указать)
				<input type="checkbox"/> да
Дополнительные показатели состояния здоровья				
Информация о медицинских осмотрах				
Вид			Дата проведения (указать)	
Последняя консультация участкового врача или врача общей практики				
Последняя консультация врача специалиста (указать)				
Последняя диспансеризация последний профилактический осмотр				
Последняя госпитализация (указать причину)				
Последний приезд скорой помощи (указать)				

причину)		
Медицинская организация, осуществляющая первичную медико-санитарную помощь, в которой обслуживается гражданин (указать)		
Информация о медицинских статусах		
Вид	Подтверждение	С какого времени (указать)
Находится на диспансерном наблюдении	<input type="checkbox"/> да	
Имеет статус паллиативного пациента	<input type="checkbox"/> да	
Группа здоровья (указать)		Группа диспансерного наблюдения (указать)

Руководитель
Территориального
координационного
центра

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

(подпись)

Приложение № 3
к Порядку межведомственного
взаимодействия, в том числе
информационного взаимодействия
участников системы
долговременного ухода

Форма

Руководителю территориального
координационного центра

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

от

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) главного
врача медицинской организации)

Форма

Сведения
о гражданине, нуждающемся в уходе

В целях определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, сообщаем информацию о гражданине, нуждающемся в уходе

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина, дата рождения)

Общие сведения			
Номер полиса ОМС			
Основные показатели состояния здоровья			
Дыхание			
Дышит самостоятельно	Нуждается в ингаляциях	Требуется кислород	Трахеостомия
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
Кожные покровы			
В норме	Сыпь, покраснение	Гематомы, раны	Пролежни
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
Местоположение пролежней (указать)			
Зрение			
В норме	В норме с очками (линзами)	Снижено	Потеряно
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
Очки (линзы) используются		Очки (линзы) не используются	
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да	

Слух				
В норме	В норме со слуховым аппаратом	Снижен	Потерян	
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	
Слуховой аппарат используется		Слуховой аппарат не используется		
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да		
Полость рта (зубы)				
Имеются зубы	Имеются протезы	Отсутствуют зубы		
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да		
1.6. Масса тела				
В норме	Избыточная	Недостаточная		
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да		
Наличие падений за последние 3 месяца				
Не было	Были редко (1 – 2 раза)	Были часто (3 – 6 раз)		
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да		
Наличие болей				
Постоянные	Периодические	Редкие	Отсутствуют	
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	
Локализация (указать)				
Наличие нарушений речи				
Не препятствуют общению	Препятствуют общению	Отсутствуют		
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да		
Владение навыками альтернативной коммуникации или дополнительной коммуникации (указать)				
Наличие аллергических реакций				
Частые	Периодические	Редкие	Отсутствуют	
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	
Что вызывает				
Наличие протезов				
Верхних конечностей	Нижних конечностей	Иные (указать)	Отсутствуют	
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да	
Наличие зондов (катетеров), стом				
В желудке	В кишечнике	В мочевом пузыре	В ином месте (указать)	Отсутствуют
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> да
Дополнительные показатели состояния здоровья				
Информация о медицинских осмотрах				
Вид		Дата проведения (указать)		
Последняя консультация участкового врача или врача общей практики				
Последняя консультация врача специалиста (указать)				

Последняя диспансеризация		
последний профилактический осмотр		
Последняя госпитализация (указать причину)		
Последний приезд скорой помощи (указать причину)		
Медицинская организация, осуществляющая первичную медико-санитарную помощь, в которой обслуживается гражданин (указать)		
Информация о медицинских статусах		
Вид	Подтверждение	С какого времени (указать)
Находится на диспансерном наблюдении	<input type="checkbox"/> да	
Имеет статус паллиативного пациента	<input type="checkbox"/> да	
Группа здоровья (указать)		Группа диспансерного наблюдения (указать)

Главный врач
медицинской
организации

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

_____ (подпись)

