Приказ Министерства здравоохранения Кузбасса и Министерства социальной защиты населения Кузбасса от 6 мая 2020 г. N 84/1093 "О взаимодействии медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, стационарных организаций социального обслуживания Кемеровской области, органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление отдельных государственных полномочий в сфере социальной поддержки и социального обслуживания населения, органов местного самоуправления, ответственных за прием документов от граждан для предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания, при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи и утверждении формы информированного добровольного согласия гражданина на передачу сведений о нем в целях возможного предоставления паллиативной медицинской помощи, социальных услуг»

В целях реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации N 372н/345н от 31.05.2019 "Об утверждении Положения 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" приказываем:

1. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, организовать взаимодействие указанных организаций (далее - медицинские организации):

1.1. С органами местного самоуправления, уполномоченными на осуществление отдельных государственных полномочий в сфере социальной поддержки и социального обслуживания населения, органами местного самоуправления, ответственными за прием документов от граждан для предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания (далее - уполномоченные органы) - в части направления обращения, указанного в абзаце третьем пункта 4 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, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации N 372н/345н от 31.05.2019 "Об утверждении Положения 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" (далее - обращение, Порядок), а также информированного добровольного согласия гражданина на передачу сведений о нем в целях возможного предоставления паллиативной медицинской помощи, социальных услуг (далее - согласие), по форме, утвержденной настоящим приказом.

Обращение оформляется в произвольной форме в соответствии с требованиями пункта 8 Порядка и подписывается руководителем медицинской организации. Обращение, согласие заверяются печатью медицинской организации и направляются в уполномоченный орган в виде скан-копии в формате документа (*.pdf).

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

Медицинская организация осуществляет информирование граждан, их законных представителей, родственников, лиц, осуществляющих уход за гражданами, о перечне социальных услуг, предоставляемых в Кемеровской области - Кузбассе, порядке и условиях их предоставления (в соответствии с Законом Кемеровской области от 18.12.2014 N 121-ОЗ "Об утверждении перечня

социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг", постановлениями Коллегии Администрации Кемеровской области от 22.12.2014 N 515 "Об утверждении порядков предоставления социальных услуг на дому, в полустационарной форме социального обслуживания и срочных социальных услуг", от 22.12.2014 N 517 "Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания"), адресах и контактных телефонах уполномоченных органов.

1.2. Со стационарными организациями социального обслуживания Кемеровской области (далее - организации социального обслуживания) для осуществления плановых (внеплановых) медицинских осмотров, указанных в пункте 22 Порядка. При этом внеплановые медицинские осмотры организуются по запросу организации социального обслуживания, указанному в пункте 2 настоящего приказа.

1.3. Взаимодействие, указанное в подпунктах 1.1, 1.2 настоящего приказа (далее - информационное взаимодействие), осуществляется в отношении граждан, место жительства которых находится на территории Кемеровской области - Кузбасса, по их месту жительства (месту пребывания, фактического проживания).

2. Руководителям организаций социального обслуживания организовать взаимодействие указанных организаций с медицинскими организациями.

Организациями социального обслуживания в медицинские организации направляются запросы о проведении внеплановых медицинских осмотров граждан, нуждающихся в оказании паллиативной помощи (далее - запрос), а также согласие в течение рабочего дня со дня выявления показаний, указанных в пункте 24 Порядка.

Запрос оформляется в произвольной форме и подписывается руководителем организации социального обслуживания. Запрос, согласие заверяются печатью организации социального обслуживания и направляются в медицинскую организацию в виде скан-копии в формате документа (*.pdf).

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

3. Информационное взаимодействие

3.1. Информационное взаимодействие осуществляется в электронной форме по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований действующего законодательства о защите информации, с предварительным информированием по телефону, факсимильной связи.

При отсутствии технической возможности осуществления информационного взаимодействия посредством телекоммуникационных каналов связи, указанное взаимодействие может осуществляться на электронных носителях в форме электронных документов или на бумажных носителях, с предварительным информированием по телефону, факсимильной связи.

3.2. На сайте Министерства социальной защиты населения Кузбасса размещаются:

перечень органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление отдельных государственных полномочий в сфере социальной поддержки и социального обслуживания населения, органов местного самоуправления, ответственных за прием документов от граждан для предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания;

перечень стационарных организаций социального обслуживания Кемеровской области.

3.3. На сайте Министерства здравоохранения Кузбасса размещается перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области, оказывающих паллиативную медицинскую помощь.

4. Установить, что настоящим приказом регулируются отношения, за исключением отношений, которые урегулированы приказом департамента социальной защиты населения Кемеровской области, департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.07.2019 N 109/1376 "Об утверждении порядка информационного обмена об инвалидах и гражданах, достигших возраста 60 лет и старше, с полной или частичной утратой способности либо

возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания", принятым в целях реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в пилотных муниципальных образованиях.

5. Утвердить прилагаемую форму информированного добровольного согласия гражданина на передачу сведений о нем в целях возможного предоставления паллиативной медицинской помощи, социальных услуг.

6. Государственному казенному учреждению Кемеровской области "Центр социальных выплат и информатизации департамента социальной защиты населения Кемеровской области" обеспечить размещение настоящего приказа, перечней, указанных в пункте 3.2 настоящего приказа, на официальном сайте Министерства социальной защиты населения Кузбасса.

7. Директору государственного автономного учреждения здравоохранения Кемеровской области "Кемеровский областной медицинский информационно-аналитический центр" обеспечить размещение настоящего приказа, перечня, указанного в пункте 3.3 настоящего приказа, на официальном сайте Министерства здравоохранения Кузбасса.

8. Контроль за достоверностью и актуальностью перечней, указанных в пункте 3.2 настоящего приказа, возложить на управление социального обслуживания населения Министерства социальной защиты населения Кузбасса.

9. Контроль за достоверностью и актуальностью перечня, указанного в пункте 3.3 настоящего приказа, возложить на главного врача ГКУЗ КО "Кемеровский областной хоспис" Сибиля К.В.

10. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Кузбасса Е.М. Зеленину, заместителя министра социальной защиты населения Кузбасса Н.С. Чайку.

11. Настоящий приказ вступает в силу со дня подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.04.2020.

Министр социальной защиты населения Кузбасса Е.А. Воронина

Министр здравоохранения Кузбасса М.В. Малин

Утверждено
приказом
Министерства
здравоохранения Кузбасса,
Министерства
социальной защиты
населения Кузбасса
от 6 мая 2020 г. N 84/1093

В _____
_____
_____
(наименование уполномоченного
органа, организации*)
_____
(Ф.И.О. гражданина)
зарегистрированного(ой) по адресу:
_____
(индекс, адрес места жительства,

места пребывания)

_____

СНИЛС (при наличии)

_____

(номер контактного телефона)

Информированное добровольное согласие
гражданина на передачу сведений о нем

в целях возможного предоставления

☐ паллиативной медицинской помощи
☐ социальных услуг

(нужное отметить)

Я _____.
(Ф.И.О. гражданина)
"___"_____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
_____
(индекс, адрес места жительства (пребывания) гражданина)

даю информированное добровольное согласие на передачу сведений обо мне в целях возможного предоставления (нужное отметить):

☐ паллиативной медицинской помощи
☐ социальных услуг

Я свидетельствую, что специалистом медицинской организации, в которую я обратился за оказанием паллиативной медицинской помощи,
_____**
(должность, Ф.И.О.)
в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания паллиативной медицинской помощи, а также разъяснено, что я имею право отказаться от предоставления паллиативной медицинской помощи.
Сообщаю следующие сведения о лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об охране здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о предоставлении мне паллиативной медицинской помощи (при наличии указанных лиц):
_____
(Ф.И.О. лица, телефон)
_____
_____.***

Примечание: * медицинская организация государственной системы здравоохранения Кемеровской области, оказывающая паллиативную медицинскую помощь, организация социального обслуживания Кемеровской области, орган местного самоуправления, уполномоченный на осуществление отдельных государственных полномочий в сфере социальной поддержки и социального обслуживания населения, орган местного самоуправления, ответственный за прием

документов от граждан для предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания.
, * строки заполняются, в случае обращения гражданина в медицинскую организацию.
Сведения о законном представителе или лице, уполномоченном гражданином на основании доверенности, оформленной в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее - представитель гражданина):
_____ ****
(Ф.И.О., индекс, адрес места жительства представителя гражданина)

Документ, удостоверяющий личность представителя гражданина
_____ *****
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)
_____
_____

Документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина
_____ ******
_____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Примечание: ****, *****, ****** строки заполняются, в случае обращения представителя гражданина.

_____ _____
(подпись гражданина) (Ф.И.О. гражданина)

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. специалиста, принявшего указанное согласие)

Дата "___"_____ 20__ г.