|  |
| --- |
| Утвержден  постановлением Правительства  Республики Дагестан  от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. №\_\_\_\_\_\_\_ |

Порядок

**взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, при выявлении и включении граждан, нуждающихся в уходе, в данную систему, а также предоставлении гражданам социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода**

1. Порядок взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, при выявлении и включении граждан, нуждающихся в уходе, в данную систему, а также предоставлении гражданам социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода (далее – Порядок) разработан в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 декабря 2023 г. № 895 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе» и устанавливает порядок взаимодействия участников системы долговременного ухода при выявлении медицинской организацией граждан старше 65 лет и инвалидов, нуждающихся в уходе (далее – гражданин, нуждающийся в уходе), их включении в систему долговременного ухода, а также предоставлении гражданам социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода (далее соответственно – гражданин, включенный в систему долговременного ухода, социальные услуги по уходу).

2. Перечень участников межведомственного взаимодействия:

Министерство труда и социального развития Республики Дагестан;

государственные казенные учреждения Республики Дагестан – управления социальной защиты населения в муниципальных образованиях, государственные бюджетные учреждения Республики Дагестан – комплексные центры (центры) социального обслуживания населения в муниципальных образованиях, подведомственные Министерству труда и социального развития Республики Дагестан;

региональный координационный центр, созданный на базе государственного казенного учреждения Республики Дагестан «Управление социальной защиты населения в муниципальном образовании «город Махачкала», подведомственный Министерству труда и социального развития Республики Дагестан;

территориальные координационные центры, созданные на базе государственных казенных учреждений Республики Дагестан – управлений социальной защиты населения в муниципальных образованиях, подведомственных Министерству труда и социального развития Республики Дагестан (далее – Территориальный координационный центр);

Министерство здравоохранения Республики Дагестан;

медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Дагестан (далее – Медицинская организация).

3. Информационный обмен между участниками межведомственного взаимодействия осуществляется в соответствии со статьей 6 Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», [статьей 13](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=454998&dst=100102) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=439201) от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Методическими рекомендациями по порядку взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, при выявлении и включении граждан, нуждающихся в уходе, в данную систему, а также предоставлении гражданам социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации от 25 июля 2024 г. и Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 июля 2024 г.

4. Выявление граждан, имеющих нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности, в целях включения их в систему долговременного ухода осуществляется при обращении граждан в медицинскую организацию, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь (далее – Медицинская организация).

5. При проведении в Медицинской организации приема (осмотра) гражданина врачом-терапевтом, врачом терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) или врачом-гериатром (далее медицинский работник) при наличии признаков нуждаемости гражданина в постороннем уходе проводится оценка состояния по рекомендуемой шкале реабилитационной маршрутизации для системы долговременного ухода, предусмотренной приложением № 1 к Порядку (далее – ШРМ СДУ).

В случае выявления по результатам проведения оценки ШРМ СДУ граждан, состояние которых оценивается от 4 до 6 баллов по ШРМ СДУ, Медицинской организацией в срок не позднее 1 рабочего дня со дня получения от гражданина или его законного представителя письменного согласия на обработку (передачу) персональных данных и письменного согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, осуществляется передача в Территориальный координационный центр для решения вопроса о включении гражданина в систему долговременного ухода следующих сведений:

1) персональные данные гражданина (ФИО, СНИЛС, адрес места жительства или места пребывания);

2) дата проведения оценки ШРМ СДУ, итоговый балл по ШРМ СДУ;

3) полное наименование и адрес Медицинской организации, к которой прикреплен гражданин

4) медицинские рекомендации.

6. Медицинские рекомендации гражданину включают рекомендации по:

1) приему лекарственных препаратов;

2) соблюдению питьевого режима;

3) соблюдению диеты;

4) соблюдению двигательного режима и физической активности;

5) профилактике пролежней и застойных явлений;

6) соблюдению иных медицинских рекомендаций, включая описание последовательности действий лица, осуществляющего уход, отклонений и иных факторов, влияющих на результаты ухода.

7. Рекомендуемые правила формирования медицинских рекомендаций, состав информации, включаемой в медицинские рекомендации, определены в приложении № 2 к Порядку.

8. Коррекция медицинских рекомендаций гражданину, включенному в систему долговременного ухода, проводится медицинской организацией не реже 1 раза в год и в случаях изменения состояния здоровья гражданина при обращении в медицинскую организацию.

9. Территориальный координационный центр в течение 1 рабочего дня с даты подписания гражданином, нуждающимся в уходе, или его законным представителем, договора о предоставлении социальных услуг, индивидуальной программы предоставления социальных услуг (далее – ИППСУ) и дополнения к ИППСУ передает в Медицинскую организацию уведомление о включении гражданина в систему долговременного ухода. В случае отказа гражданина или его законного представителя от предоставления социальных услуг, отказа от социального обслуживания, Территориальный координационный центр в течение 1 рабочего дня со дня оформления отказа передает в Медицинскую организацию уведомление о не включении гражданина в систему долговременного ухода.

10. В случае исключения гражданина из системы долговременного ухода Территориальный координационный центр в течение 1 рабочего дня информирует Медицинскую организацию об исключении гражданина из системы долговременного ухода.

11. При включении в систему долговременного ухода граждан, нуждающихся в уходе, на основании их обращений, поступивших в региональный или территориальный координационный центр, Территориальный координационный центр в срок не позднее 1 рабочего дня со дня заключения договора о предоставлении социальных услуг, ИППСУ, дополнения к ИГШСУ и получения письменного согласия на обработку (передачу) персональных данных направляет по каналам электронного межведомственного взаимодействия в Медицинскую организацию запрос о получении медицинских рекомендаций гражданину, включенному в систему долговременного ухода.

Медицинская организация в течение 1 рабочего дня после формирования медицинских рекомендаций гражданину, включенному в систему долговременного ухода, и получения от гражданина или его законного представителя письменного согласия на обработку (передачу) персональных данных и письменного согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну формирует и направляет в Территориальный координационный центр медицинские рекомендации.

12. При предоставлении социальных услуг по уходу осуществляется взаимодействие поставщика социальных услуг, помощника по уходу, который предоставляет гражданину, включенному в систему долговременного ухода, социальные услуги по уходу, и медицинского работника Медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, включенный в систему долговременного ухода

Территориальный координационный центр передает поставщику социальных услуг полученные от Медицинской организации медицинские рекомендации.

Помощник по уходу при предоставлении гражданину, включенному в систему долговременного ухода, социальных услуг по уходу осуществляет заполнение дневника ухода гражданина, нуждающегося в уходе, по форме, утвержденной приложением к Рекомендуемому порядку предоставления социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет долговременного ухода, в форме социального обслуживания, предусмотренному приложением № 8 к Типовой модели системы долговременного ухода, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 декабря 2023 г. № 895 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе», с учетом медицинских рекомендаций, в том числе листов наблюдения за состоянием гражданина, которые включают:

1) информацию о выполнении лекарственных назначений (форма № 1 «Лист контроля приема лекарств», форма № 13 «Лист контроля врачебных назначений»);

2) информацию об изменении состояния кожных покровов (форма № 10 «Лист контроля кожных покровов»);

3) уровень систолического и диастолического артериального давления (форма № 7 «Лист контроля артериального давления и пульса»);

4) число сердечных сокращений (форма № 7 «Лист контроля артериального давления и пульса»);

5) Sa02 (форма № 9 «Лист контроля уровня сатурации»);

6) температура тела (форма № 6 «Лист контроля температуры тела»);

7) уровень глюкозы (при необходимости), записанный со слов пациента или его родственников (опекунов) (форма № 8 «Лист контроля уровня глюкозы крови»).

13. Помощник по уходу взаимодействует с медицинским работником в случае изменения состояния здоровья гражданина, включенного в систему долговременного ухода, в том числе при ухудшении (резком ухудшении) состояния его здоровья.

14. Помощник по уходу информирует поставщика социальных услуг о каждом вызове медицинского работника, скорой медицинской помощи, а также об экстренной госпитализации гражданина, нуждающегося в уходе.

15. Территориальный координационный центр в целях организации профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения граждан, включенных в систему долговременного ухода, ежемесячно осуществляет передачу сведений о гражданах (ФИО, СНИЛС, адрес места жительства или места пребывания) в Медицинские организации, в которых они получают первичную медико-санитарную помощь.

16. Медицинская организация с учетом сведений о гражданах, полученных в соответствии с пунктом 15 настоящих Методических рекомендаций, проводит корректировку планов проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в целях увеличения охвата граждан, включенных в систему долговременного ухода.

17. Медицинская организация после выписки гражданина, включенного в систему долговременного ухода, из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, организует проведение осмотра (консультации) необходимыми медицинскими работниками, оценки состояния его здоровья в соответствии с медицинскими рекомендациями, указанными в выписном эпикризе.

|  |
| --- |
| Приложение № 1  к Порядку взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, при выявлении и включении граждан, нуждающихся в уходе, в данную систему, а также предоставлении гражданам социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода |

**Рекомендуемая шкала реабилитационной маршрутизации**

**для системы долговременного ухода (ШРМ СДУ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Значение показателя ШРМ СДУ (баллы)** | **Описание состояния функционирования**  **и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активность и участие пациента)** |
| 0 | Отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности. Функции, структуры организма сохранены полностью. |
| 1 | Отсутствие проявлений нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов заболевания.  а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни;  б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни;  в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки. |
| 2 | Легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.  а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи;  б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) > 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия или спироэргометрия) Вт, МЕ;  в) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается);  г) не нуждается в наблюдении;  д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи. |
| 3 | Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.  а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи;  б) патологические симптомы в покое отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние > 500 м по ровной местности, при подъеме на > 1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШМ = 301 - 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия /спироэргометрия) = 75 - 100 Вт/4 - 6,9 МЕ;  в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности;  г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, похода в магазин за покупками;  д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели. |
| 4 | Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.  а) умеренное ограничение возможностей передвижения;  б) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШМ= 150-300 м, тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия /спироэргометрия) = 25 -50 Вт/2-3,9 МЕ;  в) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;  г) в обычной жизни нуждается в ухаживающем;  д) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток. |
| 5 | Грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, минимальные физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. ТШМ<150 м;  б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи;  в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;  г) круглосуточно нуждается в уходе;  д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи. |
| 6 | Нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности крайней степени тяжести. |

|  |
| --- |
| Приложение № 2  к Порядку взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, при выявлении и включении граждан, нуждающихся в уходе, в данную систему, а также предоставлении гражданам социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода |

**Рекомендуемые правила формирования медицинских рекомендаций**

1. Медицинские рекомендации формируются медицинским работником Медицинской организации с учетом результатов проведенных ранее:

профилактического осмотра и диспансеризации;

требований диспансерного наблюдения;

ранее проведенных медицинских осмотров и консультаций, в том числе врачами-специалистами;

результатов недавнего стационарного лечения гражданина, отраженных в выписном эпикризе и включают в себя:

1.1. Паспортную часть;

1.2. Наименование медицинской организации;

1.3. ФИО пациента, адрес пребывания, контактные данные, СНИЛС.

2. Рекомендации по соблюдению двигательного режима и физической активности:

2.1. Кратность и методика позиционирования;

2.2. Кратность и объем физических упражнений;

2.3. Кратность и объем двигательной активности.

3. Рекомендации по профилактике пролежней и застойных явлений:

3.1. Кратность и методика позиционирования;

3.2. Рекомендуемые противопролежневые технические средства реабилитации, средства реабилитации.

4. Рекомендации по соблюдению диеты и питьевого режима:

4.1. Назначение диеты с учетом текущего клинического состояния гражданина, в соответствии с требованиями клинических рекомендаций по ведению взрослых пациентов с соматическими заболеваниями, приказом Минздрава России от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».

5. Рекомендации по приему лекарственных препаратов:

5.1. Наименование лекарственного препарата;

5.2. Доза лекарственного препарата;

5.3. Способ введения лекарственного препарата;

5.4. Кратность приема;

5.5. Особенности приема (например, после еды обильно запивая водой).

6. Рекомендации по контролю основных показателей жизнедеятельности:

6.1. Кратность оценки состояния кожных покровов (раз день, раз в неделю, раз в месяц и т.д.);

6.2. Кратность термометрии;

6.3. Кратность измерения веса (раз в день, раз в неделю, раз в месяц);

6.4. Кратность измерения уровня артериального давления и определения частоты сердечных сокращений. Указать, что определение проводится полностью автоматическим тонометром в соответствии с требованиями Приложений В и Г 1 клинических рекомендаций «Артериальная гипертензия у взрослых», размещенных на рубрикаторе Минздрава России <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/62_2>;

6.5. Кратность оценки определения насыщения крови кислородом.

7. Рекомендации по соблюдению иных медицинских рекомендаций, включая описание последовательности действий лица, осуществляющего уход, отклонений и иных факторов, влияющих на результаты ухода:

7.1. Рекомендации по когнитивному тренингу;

7.2. Рекомендации по социализации гражданина;

7.3. Иные рекомендации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_