

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА
МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ КУЗБАССА**

ПРИКАЗ

от 15.04.2026 № 644/137

О взаимодействии медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, стационарных организаций социального обслуживания Кемеровской области – Кузбасса, органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление отдельных государственных полномочий в сфере социальной поддержки и социального обслуживания населения, 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 № 208н/243н от 14.04.2025 «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» п р и к а з ы в а е м :

1. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса, 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 3 Порядка взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 208н/243н от 14.04.2025 «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 на основании заключения врачебной комиссии 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 7 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 № 121-ОЗ «Об утверждении перечня социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг», постановлением Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 18.09.2024 № 617 «О предоставлении социального обслуживания на территории Кемеровской области – Кузбасса»), адресах и контактных телефонах уполномоченных органов.

1.2. Со стационарными организациями социального обслуживания Кемеровской области – Кузбасса (далее – организации социального обслуживания) для осуществления плановых (внеплановых) наблюдений медицинскими работниками с участием врачей по паллиативной медицинской помощи, указанных в пункте 21 Порядка. При этом внеплановые наблюдения медицинскими работниками с участием врачей по паллиативной медицинской помощи 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 (место пребывания) которых находится на территории Кемеровской области – Кузбасса.

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

Организациями социального обслуживания в медицинские организации направляются запросы о проведении внеплановых наблюдений медицинскими работниками с участием врачей по паллиативной медицинской помощи граждан, нуждающихся в оказании паллиативной помощи (далее – запрос), а также согласие в течение рабочего дня со дня выявления показаний, указанных в пункте 23 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. Осуществлять информационное взаимодействие:

3.1. Информационное взаимодействие осуществляется в электронной форме по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований действующего законодательства о защите информации и подтверждением факта прочтения передаваемой 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 труда и социальной защиты Кузбасса размещаются: перечень органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление отдельных государственных полномочий в сфере социальной поддержки и социального обслуживания населения;

перечень стационарных организаций социального обслуживания Кемеровской области – Кузбасса.

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

4. Утвердить прилагаемую форму информированного добровольного согласия гражданина на передачу сведений о нем на основании заключения врачебной комиссии в целях возможного предоставления паллиативной медицинской помощи, социальных услуг.

5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Кузбасса, Министерства социальной защиты населения Кузбасса от 06.05.2020 № 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».

6. Государственному казенному учреждению «Центр социальных выплат и информатизации Министерства труда и социальной защиты Кузбасса» обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Министерства труда и социальной защиты Кузбасса.

7. Государственному автономному учреждению здравоохранения «Кузбасский

областной медицинский информационно-аналитический центр имени Зельковича Романа Моисеевича» обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Министерства здравоохранения Кузбасса.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на министра здравоохранения Кузбасса А.Н. Тарасова, министра труда и социальной защиты Кузбасса Н.С. Чайку.

9. Настоящий приказ вступает в силу со дня подписания.

Министерство труда
и социальной защиты Кузбасса

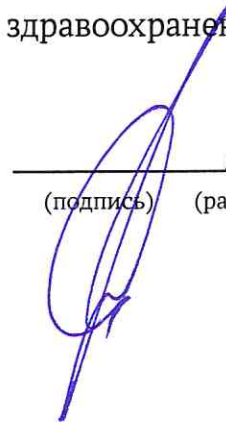


Н.С. Чайка

(подпись)

(расшифровка подписи)

Министерство
здравоохранения Кузбасса



/А.Н. Тарасов

(подпись)

(расшифровка подписи)

Утверждено
 приказом Министерства
 здравоохранения Кузбасса,
 Министерства труда
 и социальной защиты Кузбасса
 от 15.04 2026 г. № 644 / 137

В _____

(наименование уполномоченного органа,
 организации*)

от _____,

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(индекс, адрес места жительства (пребывания, фактического проживания) 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,**

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

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 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о предоставлении мне паллиативной медицинской помощи (при наличии указанных лиц):***

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

Сведения о законном представителе или лице, уполномоченном гражданином на основании доверенности, оформленной в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее - представитель гражданина):****

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

_____ (дата)

_____ (подпись гражданина)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись специалиста, принявшего указанное согласие)

_____ (расшифровка подписи)

Дата «__» _____ 20__ г.

Примечание: * Медицинская организация государственной системы здравоохранения Кемеровской области - Кузбасса, оказывающая паллиативную медицинскую помощь, организация социального обслуживания Кемеровской области - Кузбасса, 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.
****, ***** Строки заполняются в случае обращения представителя гражданина.