УТВЕРЖДЕНО

приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. № \_\_\_\_

Типовая модель системы долговременного ухода

1. Основные положения

1.Типовая модель системы долговременного ухода (далее – Модель)разработана в целях реализации федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» в рамках мероприятия по «созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, как составной части мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода».

Настоящая Модель может быть использована при организации работы в субъекте Российской Федерации в рамках внедрения системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

В соответствии с решением органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации может быть выбран оптимальный для соответствующего региона порядок перехода к функционированию системы долговременного ухода в зависимости от демографических, социальных, административных, инфраструктурных, кадровых, финансовых и прочих особенностей региона.

2. Модель сформирована сучетом норм [Конституции](consultantplus://offline/ref=BB92DB5D3516C398D4D627C57E5F59A35FF6AA4EBCF4F01041A9EF2E9B2629C8583D68E6183DD5086AE268v7K4L) Российской Федерации, законодательных актов Российской Федерации, стратегических и программных документов Правительства Российской Федерации, включаяСтратегию действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, утвержденную распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. № 164-р (далее – Стратегия), нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации и иных актов, а также с учетом международных документов социальной направленности - Всеобщая [декларация](consultantplus://offline/ref=051CF800EF496FA730A2530456EEAE518A908E03942D5CB85D6CA9CB2E1565D47B86506A70DD82010DC31FC056KC6EQ) прав человека, Международный [пакт](consultantplus://offline/ref=051CF800EF496FA730A2530456EEAE518E968C029F7E0BBA0C39A7CE26453FC47FCF056E6ED4981F0BDD1CKC69Q) об экономических, социальных и культурных правах, Венский международный [план](consultantplus://offline/ref=051CF800EF496FA730A2560B55EEAE518990890F972301B25535A5C9291A3AD16E97086779CA9C0517DF1DC1K56EQ) действий по проблемам старения 1982 года, Международный план действий по проблемам старения населения 2002 года, специальные решения Организации Объединенных Наций по вопросам старения населения и положения пожилых людей, включая положения [Принципов](consultantplus://offline/ref=051CF800EF496FA730A2560B55EEAE518D908A029F7E0BBA0C39A7CE26453FC47FCF056E6ED4981F0BDD1CKC69Q) Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей (1991 год), Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (2011 год), документов Всемирной организации здравоохранения (Всемирный доклад о старении и здоровье (2015 год).

3. Для реализации целей системы долговременного ухода используется терминология, установленная действующими федеральными законами Российской Федерации, а именно: Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан» (далее – Федеральный закон № 442-ФЗ); Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан»; Федеральный законот 24 ноября 2018 г. №181 «О социальнойзащите инвалидов»; Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. №419 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальнойзащиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов»; Федеральный законот 29 декабря 2012 г. №273 «Об образовании в Российской Федерации».

4. Кроме того, в целяхвнедрения настоящей Модели используются следующие понятия:

*долговременный уход* (ДУ) – это комплекс мероприятий, включающих уход, сопровождение, социализацию, психологическую поддержку, позволяющий компенсировать ограничения жизнедеятельности и уменьшить зависимость от посторонней помощи, обеспечивая сохранение качества жизни человека;

*система долговременного ухода* (далее – СДУ, Система) – это комплексная система, которая организует предоставление гражданам, имеющим стойкие ограничения жизнедеятельности, приводящим к зависимости от посторонней помощи, поддержку качества жизни с достойным уровнем независимости, автономии и самореализации;

*получатель услуг по долговременному уходу* – гражданин, признанный нуждающимся в социальном обслуживании в соответствии с Федеральным законом № 442-ФЗ, а также имеющий стойкие ограничения жизнедеятельности, приводящие к зависимости от посторонней помощи, по результатам проведенной типизации;

*лица, осуществляющие уход (ЛОУ)* **–** граждане, оказывающие неформальный уход в отношении получателя услуг по долговременному уходу на основе семейных, соседских, дружеских связей.

*участники СДУ* – органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социального обслуживания и здравоохранения, негосударственные предприятия, а также лица, осуществляющие неформальный уход, которые вовлечены в процесс оказания услуг (помощи) получателям долговременного ухода;

*типизация ограничений жизнедеятельности (типизация)*– процесс определения объема необходимой помощи в зависимости от способности человека функционировать, то есть самостоятельно жить, устанавливать и поддерживать контакты, адекватно воспринимать окружающую обстановку, отвечать за свою безопасность;

*группа ухода* **–** это степень зависимости гражданина от посторонней помощи, установленная в соответствии с проведеннойпроцедурой типизации в отношении данного гражданина.

*координационный центр СДУ* **-** инструмент координации деятельности участников СДУ с целью организации предоставления услуг в рамках долговременного ухода в отношении каждого получателя и потенциального получателя услуг по долговременному уходу.

*медицинский патронаж* – регулярные плановые посещения медицинским персоналом получателей услуг в рамках долговременного ухода, не способных по состоянию здоровья самостоятельно посетить поликлинику, но нуждающиеся в регулярном медицинском наблюдении.

*мультидисциплинарнаякоманда* – группа специалистов, сформированная на постоянной или временной основе с целью предоставления услуг по долговременному уходу в отношении получателей долговременного ухода.

*мобильная бригада* – форма оказания медицинской помощи и (или) предоставления социальных услуг по месту проживания гражданина с целью сохранения ему привычных условий жизнедеятельности.

*индивидуальная программа предоставления социальных услуг* (ИППСУ) – документ, в котором указаны форма социального обслуживания, виды, объем, периодичность, условия, сроки предоставления социальных услуг, перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг, а также мероприятия по социальному сопровождению, осуществляемые в соответствии со [статьей 22](consultantplus://offline/ref=963250ADDAFB2368A0DA3C9AFD4DE4D843E109D424B50D77B156E7A903654146189C2B3AED2B9455050C987AC7B5F08E6D8124ED7E4576ABK5T3N) Федерального закона № 442-ФЗ.

*индивидуальная программа реабилитации и абилитации (адаптации) инвалида (ИПРА)* **—** это комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

1. Цели и задачи системы долговременного ухода

5. Целью создания системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидовявляется в обеспечении каждого человека, не полностью справляющегося с самостоятельным уходом, системой необходимой поддержки со стороны государства.

Данная система предполагает улучшение условий жизнедеятельности граждан пожилого возраста и инвалидов и расширение их возможности самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности, а также предоставление сбалансированного социального обслуживания и медицинской помощи в привычной для получателя услуг обстановке, что способствует созданию условий для максимально комфортной среды пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов, а также поддержания качества его жизни на высоком уровне.

6. Система долговременного ухода представляет собой комплексную систему поддержки, включающую как социальную, так и медицинскую компоненту, и предполагаетрешение следующих задач:

определение (унификацию) критериев оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан, в целях создания условий для наиболее полного и своевременного удовлетворения потребностей этих граждан в социальных и медицинских услугах;

совершенствование порядка выявления граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг, а также иных услуг и мероприятий в рамках долговременного ухода;

организацию порядка межведомственного взаимодействия медицинских организаций и организаций социального обслуживания, включая синхронизацию информационных систем в соответствующих сферах, способах и объемах передачи необходимой информации о состоянии гражданина организациям социального обслуживания, а также его родственникам;

развитие и поддержка семейного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

1. Целевые группы системы долговременного ухода

7. В рамкахпостроения системы долговременного ухода необходимо разделять следующие группы пожилых людей:

пожилые граждане, в отношении которых необходимо проводить работу по предотвращению и отслеживанию хронических заболеваний, характерных для старшего возраста;

пожилые граждане, имеющие специфические потребности, связанные со стойкими функциональными ограничениями жизнедеятельности.

При этом получателями услуг по долговременному уходу могут быть как граждане, имеющие инвалидность, при наличии у них зависимости от посторонней помощи, так и граждане, не имеющие инвалидности, в том числе с ОВЗ.

СДУ распространяется на граждан, имеющих устойчивые ограничения жизнедеятельности по результатам проведенной типизации. При этом гарантированные объемы государственной помощи зависят от степени зависимости от посторонней помощи, доходной обеспеченности и условий жизнедеятельности граждан. Механизм определения объемов предоставления гарантированной государством помощи устанавливается как на федеральном уровне, так и на региональном уровне.

8. Также необходимо выделить такую целевую группуСДУ, как лица, оказывающие уход. К таким людям могут относиться: родственники, как близкие, так и дальние, соседи, друзья, добровольцы. Ключевым определяющим фактором здесь является подтвержденная готовность осуществления ухода и предоставления помощи нуждающемуся.

Люди, осуществляющие неформальный уход, нуждаются в комплексной поддержке, которая позволила бы им сохранять для себя возможность реализовывать собственные жизненные планы, сохранять и создавать семейные, общественные и профессиональные отношения и возможность самореализации.

1. Основания, в соответствии с которыми связано приобретение, изменение гражданами права на получение услуг в рамках долговременного ухода, либо утрата данного права

9. Правовое регулирование социального обслуживания осуществляется в соответствии с положениями Федерального закона № 442-ФЗ.

Согласно положениям Федерального закона № 442-ФЗ гражданин признается нуждающимся в социальном обслуживании в случае, если существуют обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности, предусмотренные статьей 15 Федерального закона № 442-ФЗ.

При определении нуждаемости в услугах по долговременному уходу

также учитываются обстоятельства, характеризующие наличие стойких ограничений жизнедеятельности, приводящих к зависимости от посторонней помощи.

Степень потери самообслуживания и зависимости от посторонней помощи в рамках долговременного ухода характеризуется термином «Группа ухода», которая определяется как результат проведения типизации ограничений жизнедеятельности.

Процесс типизации осуществляют квалифицированные работники региональных органов социального обслуживания населения в соответствии с утвержденными региональными нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации, регулирующие порядок проведения типизации.

10. Основанием для приобретения права на получение услуг в рамках долговременного ухода является документально зафиксированные органом, наделенным соответствующими полномочиями, физические и (или) ментальные стойкие ограничения жизнедеятельности граждан, приводящие к зависимости от посторонней помощи.

11. Основанием для изменения гражданином права на долговременный уход (изменение объемов предоставляемых услуг и оказываемой помощи) является:

1. проведенная процедура типизации данного гражданина, по результатам которой гражданину присвоена Группа ухода, отличная от ранее действующей.
2. изменение права данного гражданина на получение услуг и помощи по направлениям, отличным от социального обслуживания.

12. Основанием для прекращения (утраты) права гражданина на получение услуг по долговременному уходу являются (любой из факторов):

1. Утрата гражданином права на социальное обслуживание в соответствии с Федеральным законом №442;
2. Осуществленная процедура типизации данного гражданина с присвоением ему 0 (Нулевой) Группы ухода.

Изменение права гражданина на объем получаемых услуг и (или) оказываемой помощи по направлениям, также отражается в Индивидуальной программе предоставления социальных услуг.

V. Основные этапы системы долговременного ухода

13.В соответствии с задачами, указанными в пункте 6, в рамках реализации системы долговременного ухода необходимо выделить три основных этапа: выявление, оценка потребности и непосредственно определение объемов, видов и перечня услуг, необходимых для оказания услуг в рамках СДУ.

14. Выявление граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг в рамках долговременного ухода– процесс передачи и получения информации о потенциальных получателях долговременного ухода, с целью предоставления гражданам возможностей получения услуг подолговременному уходу, при наличии у них соответствующих показаний.

15. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в рамках осуществления своих полномочий проводят регулярные мероприятия по выявлению граждан – потенциальных получателей услуг по долговременному уходу в силу наличия факторов, ухудшающих их жизнедеятельность, в том числе снижения способности к самообслуживанию, возникновения зависимости от посторонней помощи, не обратившихся самостоятельно или через своих представителей за оказанием социальных услуг (долговременным уходом), и обеспечивают информирование граждан о возможности получать долговременный уход.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в рамках осуществления своих полномочий могут проводить мониторинг граждан, у которых имеются ограничения основных жизненных функций и нуждающихся в предоставлении социальных услуг и медицинской помощи, а также иных услуг и мероприятий, путем опроса граждан, обращающихся в органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сферах социального обслуживания и здравоохранения, в организации социального обслуживания, медицинские организации, территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации, включая организациюподворовых обходов, а также взаимодействие с медицинскими организациями, органами местного самоуправления.

16. Выявление граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг, а также иных услуг и мероприятий, рекомендуется осуществлять также путем взаимодействия и получения соответствующей информации от:

общественных организаций;

волонтерских организаций;

родственников, соседей;

иных лиц и организаций.

17. Для активного выявления граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг, а также иных услуг и мероприятий, и своевременного принятия мер профилактической направленности рекомендуется организовать формирование междисциплинарных бригад, в состав которых могут быть включены социальные и медицинские работники.

18. Идентификация граждан в учреждениях здравоохранения производится на основе утвержденных субъектом Российской Федерации критериев, связанных со снижением способности к самообслуживанию, и, в целом, с возникновением устойчивых ограничений жизнедеятельности, приводящих к зависимости от посторонней помощи.

19. Передача данных о гражданине в Координационный центр СДУ осуществляется с предварительного согласия, непосредственно, гражданина или его законного представителя, по информационным каналам межведомственного взаимодействия и содержит следующие данные, необходимые для осуществления последующей работы с гражданином: ФИО, дата рождения, рекомендации врача, перечень функциональных ограничений гражданина, действующие назначения и противопоказания на момент передачи информации.

При этом основанием для предоставления социальных услуг в рамках долговременного ухода является заявлениегражданина или его [законного представителя](consultantplus://offline/ref=1067BC183893E44FC5296742659D5B8A04D672CF0B4B4FD6FACBB9D1873035559C72CF6366371E86A8762365CD1D5E93A38F9C09A15CAD2830Q) о предоставлении социального обслуживания либо обращение в его интересах иных граждан, а также обращение государственных органов, органов местного самоуправления, общественных объединений непосредственно в уполномоченный орган субъекта Российской Федерации или уполномоченную организацию либо переданные заявление или обращение в рамках межведомственного взаимодействия.

VI. Определение критериев оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан, определение потребности граждан в помощи в рамках долговременного ухода (типизация ограничений жизнедеятельности)

20. Для организации предоставления помощив рамках долговременного ухода необходимо разделить ограничения жизнедеятельности граждан, признанных нуждающимися в социальном обслуживании, на группыв соответствии с объемами необходимой помощи в зависимости от способности человека функционировать, то есть самостоятельно жить, устанавливать и поддерживать контакты, адекватно воспринимать окружающую обстановку, отвечать за свою безопасность и некоторых других функций.

Инструмент типизации позволяет объективно определить степень функциональных ограничений, степень зависимости от посторонней помощи, и соответственно объем помощи, которая необходима человеку.

Результаты проведенной типизации рекомендуется учитывать при составлении индивидуальной программы получателя социальных услуг.

Типизация проводится с целью составления объективных ИППСУ, правильного распределения услуг, более эффективного управления бюджетом организаций социального обслуживания муниципального образования или региона с возможностью его обоснования и планирования, а также для управления кадровым составом этих организаций.

В зависимости от того, в какую группу получателей услуг по долговременному уходу попадает гражданин, он получает право на услуги в определенном объеме. Объем определяется в часах в неделю (или месяц).

21. Процесс типизации, ее регламент и объем ухода, в целом, определяются нормативными актами в каждом субъекте Российской Федерации.

В каждом регионе должны поддерживаться в актуальном состоянии перечни и стандарты социальных услуг, предоставляемых в форме социального обслуживания на дому, в стационарной и полустационарной формах для каждой Группы ухода.

В зависимости от группы функционирования человеку могут быть предложены все формы социального обслуживания: надомная, полустационарная и стационарная.

Важно отметить, что социальное обслуживание может соединять в себе чередование или сочетание форм. Например, социальное обслуживание на дому три дня в неделю) и полустационарная форма в формате центра дневного пребывания для граждан с когнитивными нарушениями (три дня в неделю).

22. При проведении типизации необходимо учитывать следующие факторы: наличие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм, пожилым возрастом или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социального обслуживания, а также наличием неизлечимого прогрессирующего заболевания и состояния, требующего паллиативной помощи.

23. Типизация проводится в кратчайшие сроки после поступления заявления от гражданина, впервые обратившегося за получением социального обслуживания или после поступления информации о потенциальном получателе услуг по долговременному уходу из иных источников.

Рекомендуется проводить типизацию одновременно с процедурой признания нуждающимся в социальных услугах, во время визита к потенциальному получателю по месту его проживания, а также привлекать в случае необходимости иных специалистов, задействованных в системе долговременного ухода.

После проведения типизации, уполномоченные органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации формируют и согласуют с получателем услуг по долговременному уходу и его ЛОУ программу оказания услуг, используя для этого следующие данные:

перечень и стандарты оказания услуг, действующие в субъекте Российской Федерации;

результаты типизации получателя услуг по долговременному уходу;

данные из учреждений медико-социальной экспертизы;

данные из медицинских организаций о назначениях и (или) противопоказаниях, поступившие по информационным каналам межведомственного взаимодействия.

24. Результаты типизации должны пересматриваться на плановой основе (плановая перетипизация) в соответствии с соответствующими рекомендациями, указанными в регламенте типизации. Внеплановая перетипизация будет проводиться в случае возникновения обстоятельств, которые улучшили функционирование, например, успешная реабилитация после травмы, или его ухудшили, например, возникновение тяжелого заболевания. Также возможно проведение внеплановой диагностики после возникновения тяжелой жизненной ситуации, например, потери родных и близких и т.п. Результатом проведения перетипизации может стать изменение Группы ухода получателя долговременного ухода.

Также при проведении типизации необходимо учитывать установленную или ранее установленную группу инвалидности, а также определенные учреждениями медико-социальной экспертизыстепени выраженности ограничений жизнедеятельности, указываемые в ИПРА.

25. При изменении Группы ухода, ИППСУ получателя долговременного ухода должна быть пересмотрена, объем ухода (в часах, согласно нормативу оказания каждой услуги, составляющей ИППСУ) должен в результате соответствовать текущему нормативу для новой Группы ухода.

VII.Виды, объем, периодичность и сроки предоставления услуг в рамках долговременного ухода

26. Виды, объем, периодичность и сроки предоставления услуг в рамках долговременного ухода должны определяться по результатам проведенной типизации.

27. Основным документом, в соответствии с которым осуществляется работа участников СДУ с гражданином, является Индивидуальная программа предоставления социальных услуг.

28. Особенности предоставления этих услуг, применительно к гражданину, а также назначений, рекомендаций, противопоказаний и ограничений жизнедеятельности, определяемых медицинским персоналом, задействованным в работе с гражданином, в рамках СДУ и перечень услуг и помощи, который предоставляется получателю долговременного ухода иными ведомствами.

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разрабатывается на основе договора на социальное обслуживание с гражданином, результатов проведенной типизации и иных документов.

29. Унифицированной единицей измерения объемов предоставления социальных услуг в СДУ являются часы работы с гражданином.

30. Работа с получателем услуг по долговременному уходу в рамках Федерального закона № 442 измеряется в часах ухода.

Для каждой Группы ухода фиксируется минимальный объем ухода, рекомендуемый для реализации в каждом субъекте Российской Федерации: Группа 0 – 0 (Ноль) часов в неделю; Группа 1 – 3 (Три) часа в неделю; Группа 2 – 6 (Шесть) часов в неделю; Группа 3 – 16 (Шестнадцать) часов в неделю; Группа 4 – 20 (Двадцать) часов в неделю; Группа 5 – 28 (Двадцать восемь) часов в неделю.

Уход в СДУ включает в себя комплекс мероприятий, призванных компенсировать потерю самостоятельного физического или психического функционирования гражданина. Эта помощь должна распространяться как на основные виды повседневной активности и самообслуживание, так и на возможность получать образование, занятость, досуг и социализацию.

31. В организацию долговременного ухода и сопровождения должны быть вовлечены социальные и медицинские работники, включая специалистов по реабилитации, массажистов, инструкторов ЛФК, психологов, педагогов, физиотерапевтов, эрготерапевтов, логопедов, инструкторов по трудотерапии и др., а также педиатров, гериатров, специалистов по паллиативной помощи, помощников по уходу (сиделок), прочий персонал.

32. Предоставление социальных услуг и проведение мероприятий по социальному сопровождению (содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам) регулируется Федеральным законом № 442-ФЗ.

Социальные услуги предоставляются их получателям в форме социального обслуживания на дому, в стационарной или полустационарной форме.

33. Предоставление услуг в форме социального обслуживания на дому и в полустационарной форме социального обслуживания (дневной стационар и другие формы), в том числе с применением стационарнозамещающихтехнологий, должно являться приоритетной формой социального обслуживания для граждан с ограничениями жизнедеятельности.

34. Стационарная форма социального обслуживания граждан призвана обеспечить постоянный уход за получателями долговременного ухода, нуждающимися в круглосуточном уходе и присмотре вследствие тяжелых функциональных расстройств, включающих как физические, так и когнитивные нарушения. Кроме того, стационарная форма обслуживания сохраняет актуальность для получателей социальных услуг, не имеющих возможности проживать на дому по социальным причинам вследствие обстоятельств, представляющих угрозу жизни и здоровью граждан (семейное насилие, ветхое жилье, отсутствие условий для проживания и т.д.).

В рамках предоставления услуг по долговременному уходу в стационарной форме необходимо, с помощью межведомственного взаимодействия, обеспечить компоненту охраны здоровья получателей долговременного ухода, включающую плановые диспансеризации, регулярную медицинскую помощь и контроль за состоянием здоровья каждого получателя долговременного ухода.

Для оптимальной организации непрерывного процесса ухода необходимо ведение документации по уходу в учреждении на каждого получателя долговременного ухода, включающей исчерпывающие сведения по семейному статусу гражданина, его биографию, результаты типизации, рекомендации органов здравоохранения, ежедневную фиксацию улучшений или ухудшений жизнедеятельности гражданина, образования, психолого-медико-педагогической комиссии, и т.д.

Собранная в одном месте информация позволит обеспечить своевременное и качественное наблюдение за состоянием получателей социальных услуг всеми членами мультидисциплинарной команды, давать объективную оценку изменений состояния получателей долговременного ухода. Кроме того, предлагаемая документация является подтверждением исполнения персоналом по уходу и иными специалистами организаций социального обслуживания мероприятий по уходу и социализации, с личной подписью ответственного персонала.

35. С целью оказания качественных услуг в рамках стационарных учреждений социального обслуживания, необходимо обеспечить достаточное количество персонала по уходу и социализации, в соответствии с актуальными федеральными рекомендациями (на момент разработки настоящего документа – не менее чем один работник по уходу на восемь получателей услуг в дневное время), относящимся к тяжелым группам ухода по результатам проведенной типизации, а также необходимое количество персонала для максимальной социализации и социальной реабилитации, таких как организаторы досуга, воспитатели, инструкторы по трудотерапии и т.д.

Кроме того, во всех отделениях стационарных учреждений, включая отделения милосердия и геронтопсихиатрические отделения, должны быть обеспечены общие зоны для приема пищи, досуга, занятий и трудотерапии получателей долговременного ухода.

36. Стационарное социальное обслуживание граждан с ограничениями жизнедеятельности должно носить временный характер (в соответствии со сроками, установленными индивидуальной программой), или пятидневный (в неделю). Постоянное (круглосуточное) пребывание граждан в стационарной организации социального обслуживания рекомендуется осуществлять только с учетом значительных ограничений жизнедеятельности человека и невозможности его нахождения дома в привычной среде.

37. При организации стационарного социального обслуживания рекомендуется применять стационарнозамещающую технологию «сопровождаемое проживание» в соответствии с приказом Минтруда России от 14 декабря 2017 г. № 847 «Об утверждении методических рекомендаций по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях».

38. Важным представляется максимальная активизация и реабилитация каждого получателя долговременного ухода, максимальное возвращение его к активной жизни, профилактика возникновения вторичных нарушений и двигательное развитие, максимальное возвращение его к активной жизни.

Для этого в штате учреждения должны предусматриваться специалисты по адаптивной и лечебной физкультуре, реабилитологи, специалисты по эрготерапии и т.д. Положительная динамика возвращения утраченных функций, повышения качества жизни или отсутствие оной динамики отражаются в ИПУ (см. раздел Термины и определения») и служат одним из критериев оценки работы персонала.

39. Важным элементом для качественного оказания услуг в стационаре является наличие в учреждении необходимого оборудования для ухода, а также расходных материалов и средств по уходу.

Важнейшей составляющей при оказании социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания является наличие преемственности социального обслуживания при переводе воспитанников из числа инвалидов с детства стационарных учреждений социального обслуживания для детей, как с сохранным интеллектом, так и с нарушениями в интеллектуальном развитии, в стационарные учреждения социального для взрослых.

40. Меры поддержки ЛОУ (лиц, осуществляющих уход), включают в себя, помимо мер финансовой, психологической и юридической поддержки, предусмотренной законодательством и разрабатываемых каждый субъектом в меру финансовых и организационных возможностей, организацию упомянутых выше сервисов ЦДП, центров проката ТСР и Школ ухода.

41. Когнитивные нарушения учитываются при проведении типизации, что отражается в Группе ухода получателя долговременного ухода. При совместном (групповом) проживании нескольких получателей долговременного ухода в рамках технологии «Сопровождаемое проживание», обеспечивается повышенный лимит часов ухода для всей группы. Расчет лимита часов для группы осуществляется как сложение часов для каждого его участника с использованием особых коэффициентов, в соответствии с методологией, отраженной в регламенте типизации.

42. Мероприятия по сопровождаемому проживанию рекомендуется определять исходя из принципов, обеспечивающих необходимость ориентации на нормализацию жизни человека с инвалидностью, комплексный подход при оказании услуг, индивидуальный подход (оказание помощи соразмерно потребностям), создание условий проживания малыми группами или индивидуально, ориентацию на развитие самостоятельности.

При организации сопровождаемого проживания следует обеспечить предоставление социальных услуг в соответствии с индивидуальными программами предоставления социальных услуг и индивидуальными планами ухода.

43. Создание условий для предоставления мер социальной поддержки, определение реабилитации или абилитации граждан, в том числе составление индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и представление технических средств реабилитации регулируется Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ.

44. При организации мероприятий по социальному сопровождению при сопровождаемом проживании рекомендуется осуществлять привлечение организаций, предоставляющих психологическую, педагогическую, юридическую медицинскую, социальную помощь, не относящуюся к социальным услугам, на основании межведомственного взаимодействия.

45. При определении сопровождаемого проживания рекомендуется учитывать объем предоставления социальных услуг (постоянно, регулярно, периодически), а также длительность предоставления данных услуг (в день/неделю), выраженную в единицах времени (от 4 до 24 часов в день/неделю).

46. Рекомендуется три варианта объема предоставления инвалиду социальных услуг:

Постоянное сопровождение – для инвалидов с тяжелыми множественными нарушениями, ежедневно нуждающихся в постоянном присмотре, помощи и уходе, с длительностью предоставления услуг свыше 8 и 24 часов в сутки;

регулярное сопровождение – для инвалидов, которые могут частично обслуживать себя, взаимодействовать и ориентироваться в ближайшем окружении, но каждый день нуждаются в регулярной помощи. В частых напоминаниях, иногда в замещающем исполнении, с длительностью предоставления услуг от 4 до 8 часов в сутки;

периодическое сопровождение – для инвалидов, которые нуждаются несколько раз в неделю в напоминании, содействии или помощи сопровождающих при исполнении действий для решения отдельных задач организации своей жизни, с длительностью предоставления услуг от 4 до 12 часов в неделю.

47. Оказание социальных услуг в СДУ предполагает обязательное наличие действующих в субъекте Российской Федерации актуальных перечня социальных услуг и стандартов оказания социальных услуг, обеспечивающих минимальный уровень витальных потребностей человека в базовых функциях.

Предоставление медицинских услуг, в том числе мероприятий по предоставлению гериатрической помощи, паллиативной помощи, а также мероприятий по медицинской реабилитации регулируется Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

48. В рамках СДУ органы здравоохранения субъекта Российской Федерации плотно взаимодействуют с органами социальной защиты населения на всех этапах СДУ, насыщая медицинской компонентой как социальное обслуживание в надомной форме, так и в стационарной и полустационарной. Целью такой работы является предоставление необходимого объема медицинской помощи для граждан всех групп ухода, получающих услуги в рамках СДУ.

49. Граждане, отнесенные по результатам типизации к тяжелым группам ухода и не имеющие возможности самостоятельного посещения амбулаторных медицинских организаций по состоянию здоровья, в рамках СДУ должны быть охвачены регулярным медицинским патронажем, осуществляемым средним медицинским персоналом с кратностью, соответствующей состоянию здоровья получателя долговременного ухода, с целью регулярного контроля их состояния, а также проведения необходимых медицинских манипуляций на дому для поддержания их жизнедеятельности.

50. В СДУ в рамках предоставления медицинской помощи в стационарных организациях здравоохранения для граждан, зависимых от посторонней помощи, необходимо обеспечить непрерывность предоставления ухода.

Каждый субъект Российской Федерации, внедряющий СДУ, должен привести штатную численность младшего персонала, осуществляющего долговременный уход в стационарных учреждениях здравоохранения, в соответствие с рекомендованными нормативами персонала по уходу для стационарных организаций всех форм подчинения.

51. В рамках полустационарной формыобслуживания граждан в СДУ должны быть организованы основные сервисы, направленные на поддержание качественной и полноценной жизни получателей долговременного ухода в привычных домашних условиях, а также для поддержки родственников и иных лиц, осуществляющих уход. В каждом субъекте Российской Федерации необходимо обеспечить наличие основных элементов этих сервисов.

Так, необходимо наличие достаточного количества центров (отделений) дневного пребывания со специализацией «Нарушение когнитивных функций», «Ограничения мобильности» и др., работающих в еженедельном режиме и принимающих группы на регулярные занятия от двух до пяти дней в неделю.

52. Для организации работы вышеуказанных групп центры дневного пребывания должны брать на себя решение вопроса доставки получателей долговременного ухода в центр и обратно, а также организацию горячего питания получателей услуг в дни посещения центра.

53. Функционирование таких центров дневного пребывания позволяет разгрузить родственников, а также максимально социализировать получателей долговременного ухода, зачастую подверженных социальной изоляции и одиночеству.

Для разных групп, посещающих эти центры, необходима разработка разных типов дневной занятости, от простейших занятий на развитие мелкой моторики, позволяющих приостановить возраст-ассоциированные когнитивные нарушения, до организации учебных трудовых мастерских и учебных классов для молодых инвалидов. Для лиц, имеющих ограничения по слуху и зрению, необходимо предусмотреть соответствующие услуги переводчика, а также необходимое оборудование.

54. Надомная форма обслуживания является наиболее приоритетной формой социального обслуживания, поскольку позволяет сохранить привычный уклад жизни гражданина и его социальные связи. При оказании необходимых социальных услуг в надомной форме, необходимо обеспечить кратность и частоту обслуживания, соответствующих витальным потребностям получателей услуг.

55. Инфраструктура системы долговременного уходавключает в себя элементы, обеспечивающие уход и социализацию в учреждениях и на дому.

Организация долговременного ухода предполагает наличие сбалансированной системы учреждений, квалифицируемых по формам обслуживания, профилю подчинения, организационно-правовым формам.

В СДУ в регионе должны быть включены как государственные, так и негосударственные учреждения, задействованные в процессе долговременного ухода. Это требует создания благоприятных условий для развития негосударственных учреждений.

56. Целевая модель инфраструктуры сохраняет структурную типологию учреждений, заложенную в Федеральный закон№ 442-ФЗ.

Помимо учреждений, работающих в сфере социальной защиты населения, в инфраструктуру долговременного ухода включаются также учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения, как амбулаторного, так и стационарного звена, а также гериатрического и реабилитационного профилей, оказывающие паллиативную помощь – хосписы, паллиативные отделения в больницах, выездные паллиативные и гериатрические службы и инфраструктуру иных Участников СДУ.

Дооснащение всех учреждений, входящих в СДУ, должно осуществляться в соответствии с современными требованиями к организации ухода.

57. Инфраструктура СДУ может развиваться на рыночных принципах частно-государственного партнерства. Поставщики услуг по уходу в системе социального обслуживания должны удовлетворять требованиям Федерального закона №442.

VIII.Организационные процессы системы долговременного ухода

58. Координацияпроцессов в рамках реализации системы долговременного ухода предполагает регламентированное и отлаженное взаимодействие всех участников СДУ, включая специалистов и граждан, задействованных, как в формальной, так и неформальной работе с получателями и потенциальными получателями услуг по долговременному уходу.

Координация требует выстраивания правильной и эффективной коммуникации и взаимодействия всех Участников СДУ. Для обеспечения координации необходим сбор и хранение всей необходимой для организации долговременного ухода информации о статусе получателя услуг по долговременному уходу.

59. Ключевым элементом координации является Координационный центр (КЦ). Способы организации и формы работы координационных центров определяются субъектами Российской Федерации самостоятельно. Одним из возможных решений является создание КЦ на базе комплексного центра социального обслуживания населения, расположенного в региональном центре.

60. Координационный центр реализует следующие функции:

1. Call-центр (с функцией Горячей линии) для коммуникации с гражданами по вопросам долговременного ухода
2. ИТ-поддержка и взаимодействие с базами данных, содержащих необходимую для организации долговременного ухода информацию
3. Учет, отчетность, статистика в долговременном уходе
4. «Работа со случаями» - отслеживание и координация работы различных Участников СДУ, осуществляющих свою текущую деятельность, и задействованных в процессе отработки «случая» в отношении получателей долговременного ухода
5. Осуществление межведомственного взаимодействия в период внедрения СДУ, путем осуществления обмена данными со всеми Участниками СДУ

61. Оптимальным решением для хранения необходимой информации о получателях долговременного ухода и координации деятельности по оказанию услуг является формирование единой информационной системы долговременного ухода (далее – ЕИС СДУ).

ЕИС СДУ – это единая (для региона) информационная система. На пилотном этапе прототип ЕИС СДУ может создаваться либо как подсистема Единой государственной информационной системы социального обеспечения (ЕГИССО), либо на базе существующих в субъектах информационных систем социального обслуживания или здравоохранения. Решение о том, на какой базе будет создана ЕИС СДУ остается на усмотрение субъекта Российской Федерации.

В профайл получателя услуг по долговременному уходу в ЕИС СДУ рекомендуется включать следующую информацию: данные для идентификации (СНИЛС, паспорт, ФИО, состав семьи, уровень подушевых и индивидуальных доходов и др.); данные для организации предоставления социальных услуг (включая Группу ухода); медицинские рекомендации.

62. Основными участками межведомственного взаимодействия в рамках этапов реализации СДУ являются следующие элементы:

На этапе Выявления:

* органы здравоохранения направляют в Координационный центр данные о потенциальном получателе долговременного ухода, согласно регламенту, утвержденному нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации;
* перечень необходимой информации о потенциальном получателе услуг по долговременному уходу, в том числе его ФИО, координаты для связи, адрес проживания, информацию о ЛОУ (при наличии), ограничения жизнедеятельности, отметку о получении согласия на обработку и передачу персональных данных);
* иные Участники СДУ направляют информацию о выявленном ими потенциальном получателе долговременного ухода, используя каналы межведомственного взаимодействия, в соответствии с регламентом, утвержденным нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации.

63. На этапе Типизации:

* Координационный центр запрашивает органы здравоохранения субъекта Российской Федерации о наличии в медицинских организациях данных об ограничениях жизнедеятельности получателя (или потенциального получателя) долговременного ухода, в отношении которого проводится процедура типизации;
* органы здравоохранения направляют в адрес Координационного центра данные о наличии таких ограничений жизнедеятельности в установленной форме, а также информацию о наличии информированного согласия получателя (или потенциального получателя) долговременного ухода на обработку и передачу персональных данных.

64. На этапе организации помощи в рамках долговременного ухода:

* Все Участники СДУ, вовлеченные в процесс работы с получателем долговременного ухода и ЛОУ, поддерживают актуальными данные календаря (включая даты и время) плановых посещений соответствующими работниками, предоставляя эти данные всем участникам мультидисциплинарной команды;
* Организации социального обслуживания населения поддерживают актуальными данные по оказываемым социальным услугам для получателя долговременного ухода и ЛОУ (перечень услуг на каждое посещение), предоставляя данные медицинским работникам и иным Участникам СДУ, вовлеченным в процесс работы с соответствующими получателем долговременного ухода и ЛОУ;
* Организации социального обслуживания населения указывают текущие цели в отношении Получателя услуга СДУ, предоставляя данные медицинским работникам и иным Участникам СДУ, вовлеченным в процесс работы с соответствующими получателем долговременного ухода и ЛОУ;
* Медицинские работники, осуществляющие работу с получателем услуг по долговременному уходу и ЛОУ, направляют в адрес Координационного центра предложения по актуализации (внесению изменений) в цели ухода и рекомендации в отношении оказываемых социальных услуг;
* Социальные работники (помощники по уходу) через Координационный центр направляют запросы в адрес медицинских работников (через лечащего врача или врача-гериатра) по тем или иным вопросам, имеющим отношение к оказанию социальных услуг получателю долговременного ухода и ЛОУ;
* Медицинские организации направляют актуальную информацию в Координационный центр о госпитализации и выписке получателя долговременного ухода или ЛОУ в кратчайшие сроки по факту такой госпитализации/выписки;
* Медицинские организациинаправляют в Координационный центр информацию о серьезном изменении состоянии здоровья получателя долговременного ухода и ЛОУ в кратчайшие сроки после выявления такого факта;
* Организации социального обслуживания населения направляют информацию в органы здравоохранения о критических изменениях жизненных обстоятельств получателя долговременного ухода и ЛОУ (смерть родственника и проч.);
* Лечащий врач определяет перечень особо контролируемых социальными работниками (специалистами по уходу) показателей для каждого получателя долговременного ухода, охваченного медицинским патронажем;
* Социальные работники (специалисты по уходу) через Координационный центр направляют информацию лечащему врачу по факту возникновения проблемы среди особо контролируемых показателей, контролируемых социальными работниками (помощниками по уходу);
* Участники СДУ информируют получателей услуг и ЛОУ о всех этапах и процессах оказания долговременного ухода, и получают информированное согласие на их осуществление.

65. Все процессы, действия, принятие решений в рамках СДУ требуют координации, на уровне межведомственного взаимодействия (НПА), на уровне функционала специалистов и сотрудников (регламенты, инструкции) и также на уровне взаимодействия всех участников между собой, с учетом интересов целевых групп СДУ.

Обязательным элементом координации является информирование получателей услуг долговременного ухода и ЛОУ о всех действиях Участников СДУ. Координация такого рода требует организации эффективной коммуникации как между Участниками СДУ, так с получателями услуг и ЛОУ.

66. Фактически, за вопросы координации в СДУ, в рамках «ведения случая», должны отвечать специалисты - Социальные координаторы, задачами которых являются: отработка заявок от граждан по «горячей линии», контроль процессы осуществления межведомственного взаимодействия и курирование нуждающихся в СДУ граждан на порайонной основе, включая их посещение по месту получения услуг. Функция социального координатора может быть возложена на социального работника.

67. Таким образом, ключевые функции координатора сводятся к следующему:

1. Координация межведомственного взаимодействия в отношении конкретного гражданина, получающего услуги по долговременному уходу, включая оперативную помощь в трудных жизненных ситуациях и координацию усилий по уходу с родственниками и окружением гражданина.
2. Контроль за соблюдением регламентов и порядков предоставляемых услуг в отношении получателя долговременного ухода.

В случаях, когда получателю услуг по долговременному уходу должно быть организовано передвижение в дневной центр, на госпитализацию в медицинские организации, на временное пребывание в стационарныеорганизации социального обслуживания (например, во время отпуска от ухода его родным), социальный координатор, в случае необходимости, должен помочь с организацией транспортировки, либо организовать встречу и сопровождение силами сотрудников социальных учреждений.

68. Маршрутизацияв рамках долговременного ухода включает в себя:

а) определение места оказания гражданину социального обслуживания и медицинской помощи в рамках СДУ;

б) организацию передвижения получателя долговременного ухода, между домом и учреждениями, оказывающими социальное обслуживание и медицинскую помощь в рамках СДУ.

Обеспечение маршрутизации может быть возложено на органы соцзащиты, организации, оказывающие социальную и медицинскую помощь, координационный центр.

Для обеспечения передвижения людей с дефицитом самообслуживания, особенно маломобильных и немобильных, необходимо наличие специального транспорта: социальное такси, специально оборудованные машины.

69.Информирование повышает эффективность и результативность использования возможностей СДУ и обеспечивает:

* прозрачность функционирования системы долговременного ухода;
* возможность доступа к необходимой информации о всех целевых группах СДУ.

70. При получении долговременного ухода, граждане должны быть обеспечены всей необходимой информацией о плане ухода и возможностях использования сервисов СДУ.

Функции информирования выполняют ЕИС СДУ, а также специалисты и учреждения, оказывающие услуги в рамках СДУ и иные участники СДУ.

71. Функционирование СДУ предполагает как наличие базовых, специализированных интернет ресурсов, так и дополнение действующих информационных ресурсов всех ведомств, задействованных в СДУ, информационными и методическими материалами, адресованными целевым группам СДУ.

72. Для достижения эффективности коммуникации необходимо, чтобы все ее участники – специалисты, люди, нуждающиеся в долговременном уходе, родственники и иные лица, осуществляющие долговременный уход, - были достаточным образом информированы о самой системе, существующих сервисах, инфраструктуре, услугах, своих правах и возможностях. Этим достигается открытость и клиентоориентированность СДУ.

Наличие полноценной информации о каждом элементе СДУ является одним из необходимых условий принятия решения при выборе методов ухода, места ухода, использования сервисов и т.д. Это относится ко всем трем целевым группам СДУ.

Правильное отношение к полученной информации, возможность эффективно воспользоваться ей, возможность принять осознанные решения, обеспечивается просвещением.

73. Просвещение необходимо для формирования современного и мотивированного отношения людей как к системе долговременного ухода в целом, так и к идеологии ухода, выбору определенных методов, технологий, использованию современных средств.

Просвещение формирует отношение к гражданам, имеющим функциональные ограничения, а также лицам, осуществляющим уход, к их потребностям, способствует выработке идеологии ухода и соблюдения норм этой идеологии у специалистов.

74. Для продвижения возможностей СДУ, сервисов, услуг, а также стандартов образа жизни используется социальная реклама*.* Социальная реклама в рамках СДУ способствует необходимым изменениям моделей общественного поведения относительно потребностей граждан с функциональными ограничениями, и ухаживающими за ними родственниками и специалистами.

Информирование, просвещение и социальная реклама – составляют обязательные элементы системы информирования о СДУ.

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации необходимо организовать информирование граждан о системе долговременного ухода на регулярной основе.

75. Контроль качества – это оперативные меры, призванные обеспечить непрерывность услуг долговременного ухода в их удовлетворительном качестве.

Комплексный подход к созданию системы контроля качества в рамках СДУ предполагает наличие общих стандартов, как оказания услуг, так и оценки качества ухода.

Рекомендуетсяпроводить независимую проверки качества, обеспечиваемое общественными организациями, имеющими экспертный опыт в области СДУ.

IX.Кадровое обеспечение системы долговременного ухода

76.В рамках функционирования системы долговременного ухода действуют требования к организационно-правовому статусу лиц, предоставляющих долговременный уход на профессиональной основе, включая порядок их тарификации, нормирования времени их труда и отдыха, допуска к работе, подготовки и переподготовки, аттестации, рейтингования.

Необходимым условием функционирования СДУ является наличие стройной системы подготовки и переподготовки квалифицированных кадров.

Современный подход к долговременному уходу предполагает также разветвленную систему обучения граждан, задействованных в родственном уходе.

77. Первым шагом в развитии системы обучения должна стать переподготовка имеющихся сотрудников для работы в новой системе долговременного ухода. Последующие шаги должны быть направлены на создание системы профессиональной подготовки кадров для СДУ.

В рамках организации обучения сотрудников, задействованных в системедолговременного ухода, рекомендуется предусмотреть следующие мероприятия:

* созданы центры дополнительного образования;
* созданы школы ухода для лиц, осуществляющих уход, очной и дистанционной форм, включая консультации специалистов на дому, в том числе и по переоборудованию жилища.

78. Основные специальности, требующие подготовки в рамках создания системы долговременного ухода.В социальной компоненте СДУ:

* + санитарка
  + помощник по уходу (сиделка)
* иной младший медицинский персонал стационарного учреждения социального обслуживания
  + социальный работник
  + организатор досуга
  + культорганизатор
  + инструктор по труду
  + постовая медсестра, старшая медсестра стационарного учреждения социального обслуживания
  + врачебный персонал стационарных учреждений социального обслуживания
  + специалист по реабилитации в социальной сфере
  + руководящий состав стационарного учреждения социального обслуживания
  + руководящий состав центра социального обслуживания населения

79.Обучение линейного персонала целесообразно организовывать силами наиболее опытных специалистов по социальной работе, проживающих в субъекте Российской Федерации, предварительно проведя их дообучение как по профессиональным навыкам, так и по навыкам преподавания. Данное обучение целесообразно централизовать в регионе на базе либо действующей образовательной организации социального или медицинского направления, либо необходимо создать такую организацию в кратчайшие сроки после начала работ по созданию СДУ.

80. Обучение медицинского персонала социальной компоненты (медицинские работники учреждений социального обслуживания) – обязанность органов социального обслуживания. При этом, необходимо отметить существующий невысокий уровень квалификации такого персонала, в среднем по Российской Федерации, что обусловлено исключительно решением задач наличия обязательных документов для ведения таким персоналом своей профессиональной деятельности. Данная ситуация является неприемлемой для внедрения долговременного ухода и требует серьезного повышения квалификации указанных работников за счет органов социального обслуживания населения субъекта Российской Федерации.

При невозможности обеспечения системного повышения квалификации указанного персонала необходимо рассмотреть возможности передачи указанных специалистов в органы здравоохранения с обязательным сохранением медицинского обслуживания по каждому направлению в соответствующих учреждениях социального обслуживания.

К обучению руководящего состава организаций социального обслуживания целесообразно привлекать ведущих специалистов по долговременному уходу, владеющих как соответствующей методологией, так и опытом работы в социальной сфере. Также целесообразно рассмотреть возможность включить в программу обучения данной категории работников ознакомление с лучшими мировыми практиками организации работы соответствующих учреждений в странах с развитой системой долговременного ухода.

81. В медицинской компоненте СДУ:

* + врачи-гериатры
  + гериатрические медицинские сестры
  + врачи-психиатры
  + врачи паллиативной помощи
  + врачебный персонал и специалисты по реабилитации
  + физические терапевты, логопеды, кинезиотерапевты и т.д.
  + средний медицинский персонал амбулаторий

Обучение всех специалистов органов здравоохранения необходимо осуществлять силами и за счет органов охраны здоровья граждан в соответствии с действующими порядками и нормативной документацией.

Отдельно требуется остановиться на необходимости решения вопроса наличия достаточного количества младшего медицинского персонала в больницах для обеспечения непрерывности ухода. Решение данного вопроса возлагается на субъект Российской Федерации, внедряющий Систему долговременного ухода.

82. Обучение руководящего состава органов социального обслуживания и здравоохранения, в том числе: руководителей органов, их заместителей и курирующих заместителей председателя правительства (вице-губернатора) необходимо планировать комплексно, включая следующие направления:

* + проведение региональных семинаров по внедрению СДУ в регионе, с участием руководителейорганизаций, задействованных в системе долговременного ухода;
  + проведение встреч с представителями различных субъектов РФ для обмена опытом;
  + осуществление выездов за рубеж для ознакомления с лучшими международными практиками организации СДУ.

X.Финансово-экономические вопросы функционирования системы долговременного ухода

83. На пути к целевому состоянию в части государственного финансирования модель СДУ должна быть представлена инфраструктурой в управлении как государственных, так и частных операторов и перейти к системе компенсации затрат предприятиям и учреждениям, предоставляющим долговременный уход по регулируемым государством тарифам на рекомендованный Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации базовый перечень услуг.

84. Для всех остальных видов услуг тарифы устанавливаются на рыночной основе. Регулируемые тарифы должны быть привлекательны для негосударственных поставщиков услуг. Государство предоставляет населению социальные услуги в соответствии с Федеральным законом № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и принятыми в дополнение к данному закону региональными нормативно-правовыми актами.

Целевая модель СДУ предполагает:

1. Выявительный принцип работы, основанный на межведомственном взаимодействии, который приведет к увеличению доли получателей долговременного ухода в общей численности населения Российской Федерации;
2. Существенное расширение объема услуг по уходу, сопровождению, социализации, абилитации и реабилитации, а также услуг медицинской компоненты: медицинский патронаж, медицинская реабилитация, гериатрическая помощь, паллиативная помощь, - для всех целевых групп СДУ.

85. Внедрение целевой модели приведет к увеличению финансовой нагрузки на всех участников СДУ, а также на получателей услуг по долговременному уходу.

86. В рамках внедрения СДУ целесообразно переход от бюджетного и частного финансирования СДУ к модели комплексного финансирования СДУ со следующими источниками:

1. Федеральный бюджет: финансирование затрат на развитие и совершенствование системы СДУ в Российской Федерации
2. Региональный бюджет: софинансирование затрат на оказание базового перечня социальных услуг, финансирование нерегулярных затрат в рамках СДУ, в том числе на дальнейшее развитие региональной системы СДУ, финансирование компенсаций, выплачиваемых ЛОУ, софинансирование и предоставление гарантий в рамках реализации проектов ГЧП
3. Обязательное социальное страхование: финансирование основной части затрат на оказание базового перечня социальных услуг, финансирование компенсаций, выплачиваемых ЛОУ.
4. Получатели долговременного ухода и ЛОУ: финансирование затрат на оказание дополнительных социальных услуг.
5. ФОМС: полное или частичное финансирование медицинской компоненты СДУ.

87. Ключевыми принципами организации финансирования являются:

1. Стимулирование комбинированной модели формального и неформального ухода, а также множественность источников финансирования долговременного ухода как Системы
2. Гибкость и эффективность системы финансирования, позволяющая оптимизировать расходы за счет подбора оптимального состава социальных услуг и помощи, формы их предоставления, комбинирования формального и неформального ухода
3. Прозрачность, позволяющая привлекать частный капитал в отрасль
4. Обеспечение финансирования затрат на оказание базового перечня социальных услуг для всех получателей долговременного ухода

88. Каждый субъект Российской Федерации формирует собственную финансовую модель СДУ. Обеспечение необходимого финансирования со стороны всех Участников СДУ – обязательное требования для развития Системы в Российской Федерации.

Приложение № 1

к приказу Министерства труда

и социальной защиты

Российской Федерации России

От «\_\_» 2019 г. №\_\_\_\_

Показатели (признаки) функционирования СДУ в субъекте Российской Федерации

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование критерия** | **Измеритель** | **Целевое значение** |
| 1 | В субъекте Российской Федерации нормативно закреплены критерии определения группы граждан, потенциально нуждающихся в СДУ для передачи соответствующих данных с согласия граждан из пилотных учреждений здравоохранения (больниц и поликлиник) в организации социального обслуживания. По всем случаям передачи соответствующих данных, получаемым органами социального обслуживания, проводятся процедуры оценки нуждаемости в социальных услугах и процесс типизации граждан | Подтверждается | н/п |
| 2 | В каждом пилотном медицинском учреждении (поликлиники) субъекта Российской Федерации производится обязательный первичный скрининг всех пациентов Группы риска на предмет потенциальной необходимости в долговременном уходе (на примере анкеты «Возраст не помеха» для граждан возраста 65+) | Подтверждается | н/п |
|  | В пилотных муниципалитетах субъекта Российской Федерации организации и ведомства, помимо подведомственных органам здравоохранения субъекта РФ, вовлечены в процесс выявления граждан, потенциально нуждающихся в долговременном уходе. Субъектом Российской Федерации приняты НПА, фиксирующие критерии определения признаков потенциально нуждающихся граждан для организаций, вовлеченных в СДУ. Осуществляется передача данных из указанных организаций в организации социального обслуживания населения | Подтверждается | н/п |
| 4 | Для каждого гражданина – получателя долговременного ухода, органами здравоохранения и органами социального обслуживания на пилотной территории субъекта Российской Федерации составлена программа работы (ИПУ), включающая предоставление необходимого объема медицинской помощи, социальных услуг и реализации технологий, направленных на социализацию (при необходимости) | Доля граждан, для которых разработана ИПУ по отношению к гражданам, находящимся на соцобслуживании и выявленных в процессе реализации проекта | 100% |
| 5 | Каждый получатель долговременного ухода в пилотном муниципалитете и учреждении субъекта Российской Федерации с разработанной индивидуальной программой (ИППСУ) охвачен указанными услугами, объемами помощи и технологиями на 100%, в соответствии с программами | Доля услуг и помощи, выполненных (оказанных), согласно программ ИППСУ, по отношению к общему количеству получателей с разработанной ИППСУ | 100% |
| 6 | Нормативная документация пилотных муниципалитетов субъекта Российской Федерации актуализирована в части перечня и стандартов предоставляемых социальных услуг гражданам в соответствии с рекомендуемыми | Подтверждается | н/п |
| 7 | Объем предоставляемых надомных услуг в пилотных муниципалитетах субъекта Российской Федерации соответствует рекомендуемым нормативам СДУ в части минимальных объемов для каждой Группы ухода. Всем получателям долговременного ухода, не имеющим возможности самостоятельно добираться до медицинских организаций по состоянию здоровья, с целью получения необходимой помощи, таковая помощь регулярно оказывается на дому | Подтверждается | н/п |
| 8 | В каждом пилотном муниципалитете субъекта Российской Федерации созданы и функционируют, в соответствии с действующими методическими рекомендациями, Центры дневного пребывания для граждан с когнитивными нарушениями и для граждан с ограничением мобильности | Подтверждается | н/п |
| 9 | В каждом пилотном муниципалитете субъекта Российской Федерации услуги Центров дневного пребывания предоставляются всем гражданам с когнитивными дефицитами и ограничениями мобильности, у которых выявлена соответствующая потребность | Подтверждается | н/п |
| 10 | В каждом пилотном муниципалитете субъекта Российской Федерации для нуждающихся граждан обеспечен доступ к прокату технических средств реабилитации, оснащенному в соответствии с действующими методическими рекомендациями в рамках СДУ | Подтверждается | н/п |
| 11 | В каждом пилотном муниципалитете субъекта Российской Федерации услуги проката ТСР предоставляются всем гражданам, у которых выявлена соответствующая потребность | Подтверждается | н/п |
| 12 | В каждом пилотном муниципалитете субъекта РФ обеспечен доступ к услуге «Отпуск от ухода (Социальная передышка)», предусматривающей возможность временного направления получателя долговременного ухода в стационар социального обслуживания | Подтверждается | н/п |
| 13 | В каждом пилотном муниципалитете субъекта Российской Федерации организована работа Школы ухода, предоставляющая услуги для ЛОУ не менее чем в трех форматах: очная-групповая, очная-индивидуальная (включающая выход на дом для обучения) и дистанционная, с использованием сети Интернет, функционирующая в соответствии с действующими методическими рекомендациями СДУ | Подтверждается | н/п |
| 14 | В каждом пилотном муниципалитете субъекта Российской Федерации обеспечена возможность обучения всех выявленных ЛОУ в рамках созданной Школы ухода в том формате, который удобен для получателей долговременного ухода и ЛОУ | Подтверждается | н/п |
| 15 | В каждом пилотном муниципалитете предоставлена возможность получателям долговременного ухода и (или) ЛОУ пользоваться программами группы «Активное долголетие», в соответствии с методическими рекомендациям в рамках СДУ | Подтверждается | н/п |
| 16 | В пилотном субъекте Российской Федерации запущена деятельность Координационного центра СДУ, осуществляющего взаимодействие с гражданами по вопросам оказания услуг и помощи в рамках СДУ, ведущего реестр (информационную базу) получателей долговременного ухода и осуществляющего контроль межведомственного взаимодействия участников СДУ в субъекте РФ | Подтверждается | н/п |
| 17 | В пилотных муниципалитетах субъекта Российской Федерации определены должностные лица, организующие межведомственную работу органов социального обслуживания и здравоохранения в интересах каждого получателя долговременного ухода, по каждому случаю (ведение случая для каждого получателя долговременного ухода) | Подтверждается | н/п |
| 18 | В пилотном субъекте Российской Федерации сформирован перечень типовых случаев, при которых ЛОУ целесообразно обращаться к соответствующему должностному лицу, организующем межведомственную работу органов социального обслуживания и здравоохранения в интересах соответствующего получателя долговременного ухода, разработаны механизмы работы с указанными типовыми случаями, включающие информирование получателей услуг и ЛОУ об этих типовых случаях и механизмах работы с ними. | Подтверждается | н/п |
| 19 | В пилотных муниципалитетах субъекта Российской Федерации налажено межведомственное взаимодействие в части работы с каждым получателем долговременного ухода – для каждого получателя долговременного ухода созданы:   * 1. единый календарь визитов работников, оказывающих социальный уход и сопровождение (при необходимости), а также работников медицинских организаций, оказывающих помощь данному получателю долговременного ухода,   2. данные об услугах, оказываемых получателю в рамках СДУ, доступные для просмотра и анализа представителями медицинских организаций,   3. определен перечень контролируемых работником, оказывающим социальный уход и сопровождение (при необходимости) параметров здоровья получателя долговременного ухода, внедрена система информирования органов здравоохранения об изменениях соответствующих контролируемых параметров   4. налажена система информирования органами здравоохранения органов социального обслуживания о важных изменениях состояния здоровья получателей долговременного ухода и (или) ЛОУ, включая факты госпитализации и выписки из стационара   5. налажено информирование каждого получателя долговременного ухода и ЛОУ о всех перечисленных этапах межведомственного взаимодействия. | Подтверждается | н/п |
| 20 | В пилотных муниципалитетах субъекта Российской Федерации получатели долговременного ухода и ЛОУ проинформированы:   * 1. о должностном лице, организующем межведомственную работу органов социального обслуживания и здравоохранения в интересах соответствующего получателя долговременного ухода,   2. о всех случаях, по которым целесообразно обращаться к соответствующему должностному лицу, организующем межведомственную работу органов социального обслуживания и здравоохранения в интересах соответствующего получателя долговременного ухода,   3. о всех организациях, включенных в реестр поставщиков социальных услуг субъекта Российской Федерации,   4. о всех сервисах и технологиях СДУ, имеющихся в субъекте Российской Федерации. | Подтверждается | н/п |
| 21 | В пилотном субъекте Российской Федерации разработана и утверждена программа развития паллиативной помощи. Механизмы паллиативной помощи интегрированы с работой междисциплинарных команд, работающих в интересах получателей долговременного ухода как на дому, так и в стационарных учреждениях социальной защиты. | Подтверждается | н/п |
| 22 | В субъекте пилотном Российской Федерации созданы возможности для реализации технологий сопровождаемого проживания, включая совместное проживание получателей долговременного ухода, в том числе с привлечением ЛОУ, включая:  а) организацию тренировочных квартир  б) выделение жилого фонда для коллективного проживания граждан в рамках реализации технологии сопровождаемого проживания | Подтверждается | н/п |
| 23 | В пилотном субъекте Российской Федерации обучено количество работников социальной отрасли для проведения типизации граждан на дому, достаточное для осуществления типизации всех текущих получателей услуг, а также граждан, информация о которых направляется в организации социального обслуживания из органов здравоохранения | Подтверждается | н/п |
| 24 | Численность персонала пилотных стационарных организаций социального обслуживания субъекта Российской Федерации приведена к нормативам, рекомендуемым в рамках СДУ | Подтверждается | н/п |
| 25 | Весь персонал пилотных организаций, оказывающих социальные услуги населению в рамках СДУ, прошел обучение уходовой части согласно рекомендуемым нормам СДУ | Подтверждается | н/п |
| 26 | В пилотных стационарах социального обслуживания субъекта Российской Федерации проведена работа органами здравоохранения субъекта по обследованию каждого гражданина, постоянно там проживающего, с целью определения его ограничений жизнедеятельности, а также разработки назначений и противопоказаний, имеющих существенное значение для организации работы с ним | Подтверждается | н/п |
| 27 | В пилотных муниципалитетах субъекта Российской Федерации, в отношении получателей долговременного ухода, имеющих статус «инвалид» сформированы актуальные ИПРА (Индивидуальные программы реабилитации и абилитации) | Подтверждается | н/п |
| 28 | В субъектах Российской Федерации (или в муниципалитетах) отсутствуют факты несвоевременного обеспечения получателей долговременного ухода, имеющих статус «инвалид» необходимыми средствами гигиены, реабилитации и абилитации, в соответствии с утвержденной для каждого ИПРА (Индивидуальной программой реабилитации и абилитации) | Подтверждается | н/п |

\*С целью определения целевого состояния внедрения СДУ в субъекте Российской Федерации или в его муниципалитетах применяется нижеуказанный перечень признаков.