Об утверждении перечня
медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину
или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме,
или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии)
таких противопоказаний

В соответствии с частью 3 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря
2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и подпунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приказываю:

1. Утвердить:

перечень медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, согласно приложению № 1;

форму заключения уполномоченной медицинской организации о наличии
(об отсутствии) противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину
или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно,
в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, согласно приложению № 2.

1. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 апреля 2015 г. № 216н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2015 г. регистрационный № 37608).

Министр М.А. Мурашко

|  |
| --- |
| Приложение № 1к приказу Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. № \_\_\_\_\_ |

**Перечень
медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину
или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме,
или в стационарной форме**

I. Перечень медицинских противопоказаний,
в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг
может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг
в форме социального обслуживания на дому

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование или характеристика заболевания (состояния) | Код заболевания (состояния) по МКБ-10[[1]](#footnote-1) |
| 1. | Туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом микроскопии, или методом посева, или с выделением ДНК микобактерии туберкулеза методом молекулярно-генетического исследования | A15;A17-A19 |
| 2. | Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ | F01;F03-F09;F10-F16;F18-F19;F20-F33 |
| 3. | Острые инфекционные заболевания либо хронические инфекционные заболевания[[2]](#footnote-2) в стадии обострения, тяжелого течения и (или) заразные для окружающих, а также лихорадки, сыпи неясной этиологии | А00-А09,А20-А28,А31-В99,R50,J00-J06,J09-J18,J20-J22,U07.1, U07.2,Z03.8,Z20.8,Z22.8,Z29.0 |

II. Перечень медицинских противопоказаний,
в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг
может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг
в полустационарной форме или в стационарной форме

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование или характеристика заболевания (состояния) | Код заболевания (состояния) по МКБ-101 |
| 1. | Туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом микроскопии, или методом посева, или с выделением ДНК микобактерии туберкулеза методом молекулярно-генетического исследования | A15;A17-A19 |
| 2. | Лепра | A30 |
| 3. | Острые инфекционные заболевания либо хронические инфекционные заболевания[[3]](#footnote-3) в стадии обострения, тяжелого течения и (или) заразные для окружающих, а также лихорадки, сыпи неясной этиологии | А00-А09,А20-А28,А31-В99,R50,J00-J06,J09-J18,J20-J22,U07.1, U07.2,Z03.8,Z20.8,Z22.8,Z29.0 |
| 4. | Злокачественные новообразования, сопровождающиеся обильными выделениями | C00-C97 |
| 5. | Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ | F01;F03-F09;F10-F16;F18-F19;F20-F33 |
| 6. | Эпилепсия с частыми припадками | G40-G41 |
| 7. | Гангрена и некроз легкого, абсцесс легкого | J85.0-J85.2 |
| 8. | Трахеостома, каловые, мочевые свищи, пожизненная нефростома, стома мочевого пузыря (при невозможности выполнения реконструктивной операции на мочевых путях и закрытия стомы), не корригируемое хирургически недержание мочи, противоестественный анус (при невозможности восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта) | Z93.0;Z93.2-Z93.6;K63.2;N28.8;N32.1-N32.2;N36.0;N39.4;N82 |
| 9. | Тяжелые хронические заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым | L10;L12.2; L12.3;L13.0;L88;L98.9 |
| 10. | Пороки развития лица и черепа с нарушением функции дыхания, жевания, глотания | Q35-Q37;Q67.0-Q67.4 |
| 11. | Заболевания, осложненные гангреной конечности | A48.0;E10.5;E11.5;E12.5;E13.5;E14.5;I70.2;I73.1;I74.3;R02 |

|  |
| --- |
| Приложение № 2к приказу Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. № \_\_\_\_\_ |

**Форма**

**Заключение
уполномоченной медицинской организации
о наличии (об отсутствии) противопоказаний, в связи с наличием
которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме,
или в стационарной форме**

1. Выдано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания,
предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания
на дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.  Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Адрес места жительства (места пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_7. Заключение:

Выявлено/Не выявлено наличие заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания
на дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (нужное подчеркнуть).

Председатель врачебной комиссии:

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

(Ф.И.О.) (подпись) (дата)

М.П.

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра. [↑](#footnote-ref-1)
2. За исключением заболеваний, указанных в пунктах 1-2 настоящего Перечня. [↑](#footnote-ref-2)
3. За исключением заболеваний, указанных в пунктах 1-2 настоящего Перечня. [↑](#footnote-ref-3)