

СОГЛАСОВАНО
Председатель БОО «Позитивное
движение» / И.Е. Статкевич /
«02» июня 2025 г.

СОГЛАСОВАНО
Руководитель отделения ВИЧ-
инфекции отдела управления
грантами Глобального фонда
РНПЦ МТ
/ Д.С. Падуго /
«02» июня 2025 г.

УТВЕРЖДЕНО
решением Правления
РССО «Твой шанс»
Протокол № 6 от 30.05.2025 г.
Председатель Правления
/ С. М. Крыжевич /

**Положение «Об оказании социальной поддержки пациентам ОЗТ,
находящимся на социальном сопровождении, и пациентам ОЗТ при
оказании «разовой поддержки»»**

в рамках реализации Проекта МТП 2/25/001177 «Укрепление национальных систем профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и туберкулезом в Республике Беларусь»

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Положение определяет порядок оказания социальной поддержки: 1. пациенту с наркологической зависимостью, применяющему заместительную терапию опиоидными анальгетиками (далее - пациент ОЗТ), находящемуся на социальном сопровождении (далее - СС) равного консультанта с функцией социального работника (далее - РК с функцией СР) БОО «Позитивное движение»; 2. пациенту ОЗТ при оказании «разовой поддержки».

2. Цели оказания социальной поддержки:

- мотивация к приему заместительной терапии опиоидными анальгетиками;
- поддержание/повышение приверженности к приему заместительной терапии опиоидными анальгетиками;
- содействие социальной адаптации/мобилизации пациентов ОЗТ в обществе.

3. Настоящее Положение устанавливает требования к размеру и составу социальной поддержки, критериям и порядку ее предоставления.

РАЗМЕР И СОСТАВ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

4. Социальная поддержка оказывается в виде сертификатов

Координатор по работе с
суб-получателями
ОУГ ГФ РНПЦ МТ
Тарасенко Галина Анатольевна

гипермаркета/супермаркета номиналом 20 руб. (далее – сертификаты) на приобретение продуктов питания, средств гигиены, а также предметов ухода.

КРИТЕРИИ ПОЛУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

5. Право на получение социальной поддержки имеют пациенты ОЗТ, соответствующие критериям, указанным в п.6.

6. Социальная поддержка пациентам ОЗТ оказывается в соответствии со следующими критериями:

6.1. для поддержки изменений у пациентов ОЗТ, состоящих на социальном сопровождении, находящихся в сложной жизненной ситуации, используется система мотивации, а именно оказание социальной поддержки в виде сертификатов:

- за изменение рискованного поведения/снижения вреда от заболеваний, связанных с наркологической зависимостью (за визиты к профильным специалистам при документальном подтверждении);

- инвалидам 1 группы и безработным инвалидам 2 группы;

- безработным одиноким матерям/отцам, воспитывающим несовершеннолетних детей в возрасте от 3-х до 10 лет; родителям, имеющим на иждивении детей-инвалидов;

- безработным (при постановке на учет в качестве безработного), а также в случае трудоустройства и удержания на рабочем месте в течение месяца.

6.2. мотивация пациентов с наркологической зависимостью за начало применения, удержание и приверженность ОЗТ:

- пациентам, начавшим принимать ОЗТ, находящимся на социальном сопровождении и удержавшимся на приеме ОЗТ в течение трёх месяцев;

- пациентам, начавшим принимать ОЗТ, находящимся на социальном сопровождении и удержавшимся на приеме ОЗТ в течение шести месяцев;

- пациентам, которые начали получать препарат ОЗТ для самостоятельного приема (на руки) в течение месяца до даты обращения за помощью.

6.3. Для клиентов, не состоящих на СС, оказание социальной поддержки в случае «разовой поддержки» может осуществляться по тем же основаниям при обращении к специалисту по взаимодействию с пациентским сообществом РСОО «Твой шанс», с последующим проведением мотивационного интервью на установление связи с РК с функцией СР и включение в социальное сопровождение.

7. Социальная поддержка оказывается при наличии заявления пациента ОЗТ и документов, подтверждающих право на ее получение.

Для пациентов ОЗТ, указанных в п.п.6.1-6.2 пункта 6, подтверждающими документами являются:

- за изменение рискованного поведения/снижения вреда от заболеваний,

связанных с длительным употреблением наркотических веществ – копия медицинской справки, выписки из медицинских документов или консультативного заключения (эпикриза), подтверждающие факт обращения к профильному специалисту, назначения обследований или лечения в отношении заболеваний, связанных с длительным употреблением наркотических веществ;

для инвалидов – копия удостоверения инвалида, при необходимости документы, подтверждающие отсутствие трудоустройства;

для безработных одиноких матерей/отцов, воспитывающих несовершеннолетних детей – копия свидетельства о смерти мужа/жены или копия свидетельства о разводе, копии свидетельств о рождении детей и/или копии соответствующих страниц паспорта о наличии несовершеннолетних детей, иные документы, подтверждающие соответствующий статус; документы, подтверждающие отсутствие трудоустройства;

для имеющих на иждивении детей-инвалидов – копия свидетельства о рождении ребенка, копия паспорта, копия удостоверения инвалида ребенка;

для безработных – копия справки о регистрации в качестве безработного, копии иных подтверждающих документов из органов по труду и социальной защите, иные документы, подтверждающие соответствующий статус;

в случае трудоустройства и удержания на рабочем месте в течение месяца – справка с места работы или копия договора;

для пациентов, начавших применять заместительную терапию опиоидными анальгетиками – копия медицинской справки о состоянии здоровья или выписки из медицинских документов, содержащая сведения о дате начала приема ОЗТ;

для пациентов ОЗТ, начавших получение препарата ОЗТ для самостоятельного приема – копия медицинской справки о состоянии здоровья или выписки из медицинских документов, содержащая сведения о дате начала получения препарата ОЗТ для самостоятельного приема.

Дополнительно при необходимости предоставляются документы, подтверждающие смену фамилии.

ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

8. Социальная поддержка оказывается:

- в рамках социального сопровождения пациентов ОЗТ;
- в виде «разовой поддержки» при мотивировании и перенаправлении для включения в СС.

9. Социальная поддержка оказывается пациенту ОЗТ в случае установления РК ОЗТ с функцией СР БОО «Позитивное движение» потребности в соответствии с критериями п.6 с последующим направлением пациента ОЗТ к специалисту по взаимодействию с пациентским сообществом РСОО «Твой

шанс». Для этого РК ОЗТ с функцией СР заполняет и выдает пациенту ОЗТ талон на получение социальной поддержки (Приложение 2).

Далее пациент ОЗТ с талоном и подтверждающими документами, указанными в п.7, обращается к специалисту по взаимодействию с пациентским сообществом РСОО «Твой шанс», который оформляет и выдает сертификаты клиенту. Талон и подтверждающие документы приобщаются к документам на имя клиента.

10. Пациенты ОЗТ, не находящиеся на СС, для получения социальной поддержки обращаются непосредственно к специалисту по взаимодействию с пациентским сообществом РСОО «Твой шанс». При этом с пациентом ОЗТ проводятся: информирование, мотивационное интервью на включение в СС и перенаправление к РК ОЗТ с функцией СР.

11. Для получения социальной поддержки необходимо в РСОО «Твой шанс» подать заявление (Приложение 1), с приложением документов подтверждающих право ее получения, а также предоставить выписку из медицинских документов пациента, с подтверждением о начале приема ОЗТ. Копия выписки прилагается к заявлению.

12. Заявление, талон на получение сертификатов и иные подтверждающие документы передаются лично работнику или направляются в адрес РСОО «Твой шанс» по почте. Подтверждающие документы, указанные в п.7, могут быть направлены в электронном виде (сканы, фотографии).

13. Заявление регистрируется в Журнале регистрации заявлений на выдачу сертификатов пациентам ОЗТ (Приложение 3) и визируется координатором РСОО «Твой шанс».

Заявления от пациентов ОЗТ, не соответствующих критериям, указанным в п. 6, либо без подтверждающих документов на право получения социальной поддержки, возвращаются без рассмотрения с информированием заявителя о причинах отказа.

14. Сертификаты выдаются в порядке очередности обращения лично пациенту ОЗТ, отправляются почтой в течение 5 рабочих дней с даты принятия соответствующего решения координатором РСОО «Твой шанс» или передаются через РК ОЗТ с функцией СР.

15. Размер предоставляемой социальной поддержки для пациентов ОЗТ составляет:

за изменение рискованного поведения/снижения вреда от заболеваний, связанных с длительной наркологической зависимостью (за визиты к профильным специалистам при документальном подтверждении) – 1 сертификат; по остальным критериям – 3 сертификата одновременно по одному из оснований, указанных в п.6.

16. Периодичность оказания помощи различным категориям пациентов следующая:

- 16.1. для пациентов ОЗТ, указанных в п.6 п.п.6.1, находящихся на С: при перенаправлении РК ОЗТ с функцией СР в рамках СС – однократно, повторное обращение по одному и тому же критерию возможно не ранее, чем через шесть месяцев, в случае если сохраняется потребность в оказании помощи; для пациентов ОЗТ, указанных в п.6 п.п.6.3 в случае «разового обращения» к специалисту по взаимодействию с пациентским сообществом РСОО «Твой шанс» – однократно в течение года по каждому из оснований;
- 16.2. для пациентов ОЗТ, указанных в п.6 п.п.6.2 – однократно по факту обращения, вне зависимости от того, получали они помощь в соответствии с п.6 п.п.6.1. или нет.
17. Сертификаты, которые остаются невостребованными в текущем месяце, передаются на следующий месяц.
18. При получении сертификатов пациент ОЗТ подписывает следующие документы: 1. ведомость выдачи сертификатов (Приложение 4); 2. обязательство о порядке использования сертификатов по целевому назначению (Приложение 5); 3. согласие на действия в отношении персональных данных (Приложением 6).
19. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания помощи, решаются правлением РСОО «Твой шанс» с привлечением представителей суб-получателя.
20. Информация о возможности получения помощи распространяется посредством размещения информационных материалов в кабинетах ОЗТ, наркологических диспансерах, профильных группах сообщества в мессенджерах, сайте РСОО «Твой шанс» и общественных организаций-партнеров, пунктах профилактики ВИЧ-инфекции и через равных консультантов ОЗТ с функцией социального работника .

Приложение 1
к Положению «Об оказании
социальной поддержки пациентам
ОЗТ находящимся на социальном
сопровождении и пациентам ОЗТ при
оказании «разовой поддержки»

ОБРАЗЕЦ

Координатору
РСОО «Твой шанс»
Крыжевичу С.М.
Пациента ОЗТ

(фамилия, имя, отчество полностью)
Проживающего:

(адрес проживания, телефон)

Заявление

Прошу оказать мне социальную поддержку в связи с (нужное отметить):

- ☐ трудной жизненной ситуацией (нужное подчеркнуть):
изменение рискованного поведения/снижения вреда от заболеваний, связанных с
длительным употреблением наркотических веществ; инвалид 1 группы; инвалид
2 группы; одинокая мать, воспитывающая несовершеннолетних детей; одинокий
отец, воспитывающий несовершеннолетних детей; имеющий на иждивении детей-
инвалидов; безработный;
- ☐ удержанием на приеме ОЗТ в течение трех месяцев;
- ☐ удержанием на приеме ОЗТ в течение шести месяцев;
- ☐ началом получения ОЗТ для самостоятельного приема;
- ☐ трудоустройством.

К заявлению прилагаю _____

(указать подтверждающие документы, прилагаемые к заявлению)

«__» _____ 202__ г. _____ / _____ /
(подпись) (инициалы, фамилия)

Приложение 2
к Положению «Об оказании социальной
поддержки пациентам ОЗТ находящимся
на социальном сопровождении и
пациентам ОЗТ при оказании «разовой
поддержки»

ТАЛОН на получение сертификатов	
ФИО пациента ОЗТ	
Кабинет ОЗТ (указать город, для г.Минска – номер кабинета)	
Основание для получения сертификатов (нужное отметить)	☐ изменение рискованного поведения/снижение вреда от заболеваний, связанных с длительным употреблением наркотических веществ; ☐ инвалид 1 группы; ☐ инвалид 2 группы; ☐ одинокая мать, воспитывающая несовершеннолетних детей; ☐ одинокий отец, воспитывающий несовершеннолетних детей; ☐ имеет на иждивении детей-инвалидов; ☐ безработный (ая); ☐ удержание на приеме ОЗТ в течение трех месяцев; ☐ удержание на приеме ОЗТ в течение шести месяцев; ☐ начал (а) получение препарата ОЗТ для самостоятельного приема (на руки); ☐ трудоустройство
ФИО равного консультанта ОЗТ с функцией социального работника	Подпись равного консультанта ОЗТ с функцией социального работника
Дата выдачи талона на получение сертификатов	«_____» _____ 202__ г.

Приложение 3
к Положению «Об оказании социальной
поддержки пациентам ОЗТ находящимся
на социальном сопровождении и
пациентам ОЗТ при оказании «разовой
поддержки»

Журнал
регистрации заявлений на выдачу сертификатов пациентам ОЗТ

№ п/п	ФИО пациента ОЗТ	Дата регистрации заявления	Источник привлечения пациента ОЗТ (самостоятельное обращение/ перенаправление РК)	Дата выдачи/ отправки сертификатов	Подпись специа- листа
1	2	3	4	5	6

Приложение 4
к Положению «Об оказании социальной
поддержки пациентам ОЗТ находящимся
на социальном сопровождении и
пациентам ОЗТ при оказании «разовой
поддержки»

Ведомость
выдачи сертификатов
в рамках проекта международной технической помощи 2/25/001177 «Укрепление
национальных систем профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и
туберкулезом в Республике Беларусь»

Основания для выдачи сертификатов (указать в соответствии с п.6):

Информация о пациенте ОЗТ, получившем сертификаты:

Фамилия, имя, отчество (полностью)	Предъявленный документ, удостоверяющий личность (паспорт, пенсионное удостоверение, удостоверение инвалида и т.п.)

Информация о выданных сертификатах:

Торговая марка	Номинал, руб.	Уникальный номер сертификата (штрих-код)

Дата получения сертификатов:

Сертификат выдал:

_____/_____/_____
(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

Сертификат получил:

_____/_____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Приложение 5
к Положению «Об оказании социальной
поддержки пациентам ОЗТ находящимся
на социальном сопровождении и
пациентам ОЗТ при оказании «разовой
поддержки»

Обязательство
о порядке использования сертификатов по целевому назначению

Я, _____
(фамилия, имя, отчество получателя помощи)

обязуюсь:

- использовать сертификаты лично, не передавать их третьим лицам;
- не использовать сертификаты для приобретения алкогольной и табачной продукции.

Я предупрежден о том, что при выявлении случаев нарушения положений данного обязательства буду лишен возможности получать такую помощь в дальнейшем.

Настоящее Обязательство заполняется с целью предупреждения нецелевого использования помощи, финансируемой Глобальным фондом в рамках реализации мероприятий проекта

Дата: _____ (_____)

(подпись заявителя, Ф.И.О.)

Приложение 6
к Положению «Об оказании социальной
поддержки пациентам ОЗТ находящимся
на социальном сопровождении и
пациентам ОЗТ при оказании «разовой
поддержки»

ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на действия в отношении персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
проживающий(ая) по адресу:

даю согласие на сбор, обработку и предоставление следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные гражданина Республики Беларусь или вида на жительство в Республике Беларусь;
- данные о регистрации по месту жительства и (или) месту пребывания;
- при необходимости – иные персональные данные, необходимые для оказания помощи.

Я уведомлен о возможности передачи своих персональных данных третьим лицам, имеющим отношение к реализации Проекта, исключительно с моего добровольного согласия при соблюдении ими условий конфиденциальности и принятия мер по неразглашению моих персональных данных.

Мне разъяснены: содержание указанных в настоящем согласии персональных данных и действий в отношении их, порядок предоставления персональных данных, права, возникающие в связи с дачей настоящего согласия, право и порядок отзыва согласия, последствия согласия на действия в отношении моих персональных данных и отказа от дачи такого согласия.

Согласие предоставляю на срок действия Проекта.

_____ 202_ г. _____
(дата) (подпись) (инициалы, фамилия субъекта персональных данных)