



РЕСПУБЛИКА СЛОВЕНИЯ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ДИРЕКЦИЯ ПО РАЗВИТИЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
1000 г. Любляна, Штефанова улица, д. 2.

Тел.: 01 478 60 01  
Факс: 01 478 60 58  
Эл. почта: [gp.mz@gov.si](mailto:gp.mz@gov.si)  
[www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si)

**Учреждения общественного здравоохранения**

**Министерство внутренних дел**

Номер: 181-135/2020/290

Дата: 28.10.2021

**Тема: Объекты размещения, предоставленные для мер по соблюдению самоизоляции (изоляции) или карантина - дополнение**

В связи с письмом Министерства здравоохранения (далее по тексту: Министерство) Объекты размещения, предоставленные для мер по соблюдению самоизоляции (изоляции) или карантина № 181-135/2020/139 от 27.10.2020 г. и письмо № 181-135/2020/219 от 12.04.2021 г., предоставляем вам информацию об изменениях в связи с возможностями размещения, которые в соответствии со статьями 10, 43 и 44 Закона о временных мерах по смягчению и ликвидации последствий COVID-19 (Официальный вестник Республики Словения, № 152/20, 175/20 – ZIUOPDVE, 82/21 – ZNB-C, 112/21 – ZNUPZ и 167/21 – решение Конст. суда)<sup>1</sup> мер по соблюдению самоизоляции (изоляции) или карантина находятся в распоряжении Министерства.

**I. Объекты размещения, предоставленные для мер по соблюдению самоизоляции (изоляции) (для лиц, у которых подтверждено заражение вирусом SARS-CoV-2) или карантина (для лиц, которые находились в высоко рискованном контакте с лицом, у которого подтверждено заражение вирусом SARS-CoV-2) могут быть использованы в случае, если:**

1. речь идет о размещении лица, которое находилось в высоко рискованном контакте с лицом, у которого подтверждено заражение вирусом SARS-CoV-2, или с лицом, у которого подтверждено заражение SARS-CoV-2, но которое полностью самостоятельно в выполнении основных и вспомогательных повседневных задач и его состояние здоровья стабильно, а проживание по его постоянному или временному месту жительства представляет высокий риск передачи инфекции SARS-CoV-2 другим уязвимым группам населения (пожилым людям, людям с сопутствующими хроническими неинфекционными заболеваниями или лицам с ослабленным иммунитетом), поэтому проживание в другом подходящем месте не может быть организовано,
2. лицо соглашается проживать в объекте размещения,
3. Министерство получает от лечащего врача, эпидемиолога или полиции заполненную документацию, которая прилагается к соответствующему письму, и
4. объекты размещения дают возможность размещения.

<sup>1</sup><http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO8254>

**II. Проживание в объекте размещения, предоставленном для мер по соблюдению самоизоляции (изоляции) лица с лабораторно подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2 обеспечивается следующим образом:**

1. Если лечащий врач установит, что лицо с лабораторно подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2 (далее по тексту: пациент) по совокупности соответствует условиям из предыдущего пункта, лечащий врач по вопросам размещения может обратиться в Министерство по телефону 030 487 458 или 041 419 150.
2. В случае, если объекты размещения, предоставленные для мер по соблюдению самоизоляции (изоляции) (далее по тексту: объекты размещения для изоляции) дают возможность размещения, лечащий врач заполняет Форму 1, которая прилагается к соответствующему письму. Полностью заполненная и подписанная Форма 1, включая согласие пациента, направляется в Министерство по адресу электронной почты, полученному от компетентного лица Министерства, указанного в предыдущем абзаце.
3. Если у пациента есть выбранный личный врач, пациента во время пребывания в объекте размещения для изоляции наблюдает выбранный личный врач в соответствии с инструкциями, применимыми к наблюдению за пациентами с подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2 на уровне первичного звена. Если пациент в объект размещения для изоляции направлен не выбранным личным врачом, лечащий врач, организующий пребывание в объекте размещения для изоляции, информирует об этом выбранного личного врача.
4. Если у пациента нет выбранного личного врача, пациента во время пребывания в объекте размещения для изоляции наблюдает врач из клиники COVID-19 муниципалитета, где находится объект размещения для изоляции, или из клиники COVID-19 в соседнем муниципалитете. Информирование врача клиники COVID-19 обеспечивает лечащий врач, организующий пребывание в объекте размещения для изоляции.
5. Контактное лицо Министерства заказывает транспортировку пациента у согласованного с Министерством поставщика транспортных услуг (далее по тексту: поставщик транспортных услуг).
6. Лечащий врач сообщает пациенту, что:
  - a) находясь в помещении, где он будет размещен, необходимо иметь документы с информацией, которую он обязан учитывать во время пребывания в объекте размещения для изоляции, необходимые контактные телефоны, а также оксиметр и термометр,
  - b) при внезапном ухудшении самочувствия или внезапной сильной усталости, сонливости, одышке, сатурации ниже 92% или других проблемах **пациент немедленно сам обращается в службу скорой медицинской помощи по телефону 112,**
  - c) пациент должен иметь при себе мобильный телефон, по которому он будет доступен, достаточное количество личного белья, одежды, предметов личной гигиены и любых принимаемых им лекарственных препаратов, как минимум на 10 дней или на предполагаемый период изоляции.
7. Пациент, направляемый в объект размещения:
  - a) из лечебного учреждения или после осмотра другим лечащим врачом: поставщик транспортных услуг по указанию Министерства осуществляет транспортировку пациента в объект размещения для изоляции непосредственно с места нахождения пациента,
  - b) без предварительного осмотра врачом: если лечащий врач считает необходимым обратиться к врачу, поставщик транспортных услуг по указанию Министерства осуществляет транспортировку пациента с места нахождения в клинику COVID-19. Врач в клинике COVID-19 проводит осмотр пациента.

Клиника COVID-19 или выбранный личный врач, который наблюдает пациента, пребывающего в объекте размещения для изоляции:

1. наблюдает за состоянием здоровья пациентов, размещенных в объектах размещения для изоляции, в соответствии с действующими инструкциями Министерства по организации работы медицинских работников первичного звена в связи с SARS-CoV-2 и
2. за день до запланированного завершения изоляции пациента уведомляет Министерство о дате завершения изоляции по телефону 030 487 458 или 041 419 150.

**III. Проживание в объекте размещения, предоставленном для мер по соблюдению карантина:**

Если компетентный эпидемиолог или полиция установит, что домашний карантин для лица, находившегося в высоко рискованном контакте с лицом, у которого подтверждено заражение вирусом SARS-CoV-2, невозможен по постоянному или временному месту проживания лица или в ином

подходящем месте, эпидемиолог или полиция могут предложить размещение в объекте размещения, предоставленном для мер по соблюдению карантина.

Процедура договора о размещении в объекте размещения на домашнем карантине:

1. Если эпидемиолог или полиция установит, что лицо по совокупности соответствует условиям из I. пункта данного письма, по вопросам размещения может обратиться в Министерство по телефону 030 487 458 или 041 419 150.
2. Если объекты размещения для мер по соблюдению карантина дают возможность размещения, эпидемиолог или полиция предоставляют в Министерство заполненную Форму 2, включая согласие лица, прилагаемое к соответствующему письму. Полностью заполненная и подписанная Форма 2, направляется в Министерство по адресу электронной почты, полученному от компетентного лица Министерства, указанного в предыдущем абзаце.
3. Эпидемиолог или полиция информируют лицо, которое будет размещено в объекте размещения для мер по соблюдению карантина, о том, что:
  - а) находясь в помещении, где будет проходить размещение, необходимо иметь документы с информацией, которую оно обязано учитывать во время пребывания в объекте размещения, необходимые контактные телефоны и термометр,
  - б) в случае появления симптомов или признаков коронавирусной болезни необходимо сообщить об этом личному врачу или поставщику медицинских услуг в муниципалитете, где находится объект размещения (контактный номер указан в документации, которая будет у лица в номере, где оно будет размещено), при внезапном ухудшении самочувствия, **следует немедленно позвонить в службу скорой медицинской помощи по телефону 112,**
  - в) лицо должно иметь при себе мобильный телефон, по которому оно будет доступно, необходимое количество личного белья, одежды, предметы личной гигиены и любые принимаемые им лекарственные препараты, как минимум на 7 дней или на предполагаемый период карантина.

#### **IV. Организация медицинской транспортировки в объект размещения для изоляции или карантина:**

Лицо, направленное в объект размещения для изоляции, доставляется из места его нахождения в объект размещения с использованием медицинской транспортировки. Транспортировка организована Министерством.

Лицо, помещенное в карантин, может добираться до объекта размещения для мер по соблюдению карантина самостоятельно, без промежуточных остановок. Если лицо не может самостоятельно добраться до объекта размещения, транспорт предоставляется с использованием медицинской транспортировки, организованной Министерством.

#### **V. Объекты размещения, которые для мер по соблюдению самоизоляции (изоляции) или карантина находятся в распоряжении Министерства:**

- Отель «Bellevue», Словения, 4000 г. Крань, Шмарьетна гора, д. 6.

Мы просим Медицинскую палату Словении разослать данное письмо своим членам.

Отвечая на наше письмо, пожалуйста, ссылайтесь на номер данного письма.

С уважением,

маг. Клавдия Кобал Страус  
заведующая Сектором долгосрочного  
попечения

Приложения:

- Форма 1: Оценка выполнения условий для пребывания в объекте размещения для изоляции
- Форма 2: Оценка выполнения условий для пребывания в объекте размещения, предназначенном для мер по соблюдению карантина
- Приложение 1: Алгоритм направления и приема пациента, у которого лабораторно подтверждена вирусная инфекция SARS-CoV-2 в объект размещения, который предоставлен для соблюдения мер по самоизоляции (изоляции)

Вручить:

- Учреждения общественного здравоохранения - по электронной почте
- Министерство внутренних дел. Полиция, [gp.policija@policija.si](mailto:gp.policija@policija.si) - по электронной почте
- Национальный институт общественного здравоохранения, [info@nijz.si](mailto:info@nijz.si) ; [tatjana.frelj@nijz.si](mailto:tatjana.frelj@nijz.si), [epidso@nijz.si](mailto:epidso@nijz.si) - по электронной почте
- Медицинская палата Словении, [gp.zzs@zgs-mcs.si](mailto:gp.zzs@zgs-mcs.si) - по электронной почте
- Инспекционный орган здравоохранения, [gp.zirs@gov.si](mailto:gp.zirs@gov.si) - по электронной почте

Форма 1: **Оценка выполнения условий для пребывания в объекте размещения для изоляции**

Имя и фамилия пациента, нуждающегося в размещении в объекте размещения для изоляции:

\_\_\_\_\_

Дата рождения лица: \_\_\_\_\_

Адрес постоянного/временного места проживания пациента: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты пациента: \_\_\_\_\_

Номер мобильного телефона пациента (указывается номер мобильного телефона, по которому с пациентом можно будет связаться во время его пребывания в объекте размещения для изоляции):

\_\_\_\_\_

Адрес, по которому находится пациент: \_\_\_\_\_

(указывается адрес, по которому поставщик транспортных услуг забирает пациента)

Заполняется лечащим врачом:

У пациента лабораторно подтверждена инфекция SARS-CoV-2

ДА  НЕТ

Перед поступлением в объект размещения требуется осмотр врача (клиника COVID-19)

ДА  НЕТ

У пациента есть адрес постоянного или временного места проживания в Республике Словения

ДА  НЕТ

Пациент по адресу постоянного, временного места проживания или иного подходящего места не может реализовать меры самоизоляции (изоляция)

СООТВЕТСТВУЕТ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ

Пациент при выполнении основных и вспомогательных повседневных задач полностью самостоятелен

ДА  НЕТ

(примечание: в случае отрицательного ответа, лицо не может быть направлено в объект размещения для изоляции)

Состояние пациента стабильное и не требует стационарного лечения, симптомы коронавирусной болезни отсутствуют или выражены слабо

ДА  НЕТ

(примечание: в случае отрицательного ответа, пациент не может быть направлен в объект размещения для изоляции)

Выбранный личный врач пациента информируется о размещении в объекте размещения для изоляции или врач клиники COVID-19 в случае, если у пациента нет выбранного личного врача, который будет наблюдать за пациентом в соответствии с инструкциями Министерства

ДА  НЕТ

Предоставьте подробную информацию о враче, которого вы уведомили:

\_\_\_\_\_ ( имя и фамилия уведомленного врача), работающий в  
\_\_\_\_\_ ( укажите название учреждения).

Предполагаемая дата завершения меры самоизоляции (изоляции): \_\_\_\_\_

Имя и фамилия лечащего врача  
(печатными буквами):

\_\_\_\_\_

Дата и место:

Подпись и печать врача:

\_\_\_\_\_

### **Согласие лица**

Я, нижеподписавшийся/ -аяся \_\_\_\_\_ (имя и фамилия пациента, который будет размещен в объекте размещения для изоляции), подтверждаю, что не имею возможности по адресу моего постоянного/временного места проживания или в ином подходящем месте для реализации меры самоизоляции (изоляции). Я согласен с пребыванием в объекте размещения для самоизоляции (изоляции) на период изоляции, в соответствии с указаниями лечащего врача. Я даю свое согласие Министерству здравоохранения на сбор и обработку данных для организации транспортировки и размещения в объекте размещения для изоляции, вытекающих из этой формы, а также для нужд выставления счета за ремонт или устранение повреждений, причиненных оборудованию или помещению.

### **Даю свое согласие Министерству здравоохранения на сбор и обработку данных**

- имя и фамилия: \_\_\_\_\_,

- дата рождения: \_\_\_\_\_,

- адрес постоянного/временного места проживания пациента:

\_\_\_\_\_;

- гражданство: \_\_\_\_\_;

- индивидуальный номер гражданина: \_\_\_\_\_;

- налоговый номер: \_\_\_\_\_;

- номер текущего счета и банк, в котором у вас открыт текущий счет:

\_\_\_\_\_.

- номер мобильного телефона \_\_\_\_\_, где вы будете доступны в течение всего срока действия мер по соблюдению карантина и

- адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Заявляю, что я полностью самостоятелен/-на в уходе за собой (умывание, одевание, кормление, перемещение, прием лекарственных препаратов и т.д.).

Имя и фамилия (печатными буквами):

\_\_\_\_\_

Подпись:

Дата и место: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Форма 2: Оценка выполнения условий для проживания в месте размещения, предназначенном для домашнего карантина.**

Имя и фамилия лица, нуждающегося в размещении в объекте размещения, предназначенном для домашнего карантина (далее по тексту: лицо):

\_\_\_\_\_

Дата рождения лица: \_\_\_\_\_

Адрес постоянного/временного места проживания лица: \_\_\_\_\_

Мобильный телефон лица (укажите номер мобильного телефона, по которому с лицом можно будет связаться во время пребывания в месте размещения, предназначенном для мер по соблюдению карантина): \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты лица: \_\_\_\_\_

Адрес, по которому находится лицо: \_\_\_\_\_

(указывается адрес, по которому поставщик транспортной услуги забирает лицо, если лицо не может обеспечить себе размещение для мер по соблюдению карантина самостоятельно)

Эпидемиологическая служба установила, что лицо находилось в высоко рискованном контакте с лицом, у которого лабораторно подтверждена инфекция SARS-COV-2 или прибыло из страны, в отношении которой введен карантин при пересечении границы

ДА  НЕТ

Лицо имеет адрес постоянного или временного места проживания в Республике Словения

ДА  НЕТ

Лицо по адресу постоянного, временного места проживания или иного подходящего места не может обеспечить мер по соблюдению карантина

СООТВЕТСТВУЕТ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ

Лицо заявляет, что полностью самостоятельно в уходе за собой (умывание, одевание, кормление, перемещение, прием лекарственных препаратов и т.д.)

ДА  НЕТ

(примечание: в случае отрицательного ответа, лицо не может быть направлено в объект размещения для мер по соблюдению карантина)

Дата окончания карантина: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия эпидемиолога или  
представителя полиции (печатными  
буквами):

\_\_\_\_\_

Дата и место: \_\_\_\_\_

Подпись и печать эпидемиолога:

\_\_\_\_\_

### **Согласие лица**

Я, нижеподписавшийся/ -аяся \_\_\_\_\_ (имя и фамилия лица),  
\_\_\_\_\_ г.р. (дата рождения), проживающий/-ая по адресу:  
\_\_\_\_\_ (указать адрес), удостоверяю, что не имею возможности для мер по  
соблюдению карантина по адресу моего постоянного/временного места проживания или иного  
подходящего места. Я согласен/ -на с пребыванием в объекте размещения для мер по соблюдению  
карантина на период карантина. Я даю свое согласие Министерству здравоохранения на сбор и  
обработку данных для организации транспортировки и размещения в объекте размещения для мер по  
соблюдению карантина, вытекающих из этой формы, а также для нужд выставления счета за ремонт  
или устранение повреждений, причиненных оборудованию или помещению.

### **Даю свое согласие Министерству здравоохранения на сбор и обработку данных**

- имя и фамилия: \_\_\_\_\_,

- дата рождения: \_\_\_\_\_,

- адрес постоянного/временного места проживания:

\_\_\_\_\_,

- гражданство: \_\_\_\_\_,

- индивидуальный номер гражданина: \_\_\_\_\_,

- налоговый номер: \_\_\_\_\_,

- номер текущего счета и банк, в котором у вас открыт текущий счет:

\_\_\_\_\_.

- номер мобильного телефона \_\_\_\_\_, где вы будете доступны в течение всего  
срока действия мер по соблюдению карантина и

- адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Заявляю, что я полностью самостоятелен/-на в уходе за собой (умывание, одевание, кормление, перемещение, прием лекарственных препаратов и т.д.).

Я осознаю, что в случае, если у меня нет постоянного или временного места проживания в Республике Словения, расходы, связанные с пребыванием в объекте размещения, предоставленном для мер по соблюдению карантина, и расходы, связанные с транспортом до объекта размещения, я оплачиваю сам.

Имя и фамилия (печатными буквами):

\_\_\_\_\_

Подпись:

Дата и место: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NAPOTITEV PREDLAGA LEČEČI ZDRAVNIK -> nujni pogoji: PACIENT, KI SE NAPOTUJE, UKREPA IZOLACIJE IZ UTEMELJENIH RAZLOGOV NE MORE IZVAJATI NA NASLOVU SVOJEGA BILVALIŠČA ALI DRUGEM PRIMERNEM PROSTORU. PACIENT JE PO OCENI LEČEČEGA ZDRAVNIKA PRI ZADOVOLJEVANJU OSNOVNIH IN PODPORNH DNEVNIH OPRAVIL POVSEM SAMOSTOJEN, NJEGOVO ZDRAVSTVENO STANJE JE STABILNO, SIMPTOMI KORONAVIRUSNE BOLEZNI NISO PRISOTNI ALI PA SO BLAGI**

**НАПРАВЛЕНИЕ, ПРЕДЛОЖЕННОЕ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ -> необходимое условие: ПО УВАЖЕННЫМ ПРИЧИНАМ НАПРАВЛЯЕМЫЙ ПАЦИЕНТ НЕ МОЖЕТ РЕАЛИЗОВАТЬ МЕР ПО СОБЛЮДЕНИЮ ИЗОЛЯЦИИ ПО АДРЕСУ СВОЕГО МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ ИЛИ В ДРУГОМ ПОДХОДЯЩЕМ ПОМЕЩЕНИИ. ПАЦИЕНТ ПОЛНОСТЬЮ САМОСТОЯТЕЛЕН В ВЫПОЛНЕНИИ ОСНОВНЫХ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ПОВСЕДНЕВНЫХ ЗАДАЧ И ЕГО СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТАБИЛЬНО, СИМПТОМЫ КОРОНАВИРУСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТСУТСТВУЮТ ИЛИ ВЫРАЖЕНЫ СЛАБО**

<b>SL</b>	<b>RU</b>
<b>LEČEČI ZDRAVNIK</b>	<b>ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ</b>
pri kontaktni osebi Ministrstva za zdravje GSM 030 487 458 ali 041 419 150 preveri možnost nastanitve v nastavitveni zmožljivosti za izolacijo	у контактного лица в Министерстве здравоохранения по телефонам 030 487 458 или 041 419 150 уточните возможность размещения в объекте размещения для изоляции
Nastanitvene zmožljivosti omogočajo nastanitve	объекты размещения дают возможность размещения
<b>LEČEČI ZDRAVNIK</b>	<b>ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ</b>
<u>O napotitvi v nastavitveno zmožljivost za izolacijo obvesti:</u> a) Izbranega osebnega zdravnika ali b) COVID-19 ambulantno (v primeru, da pacient nima osebnega izbranega zdravnika, ki spremlja zdravstveno stanje pacienta v času bivanja v nastavitveni zmožljivosti za izolacijo)	<u>О направлении в объект размещения для изоляции необходимо уведомить</u> а) выбранного личного врача, или б) клинику COVID-19 (в случае отсутствия у пациента выбранного личного врача), который наблюдает за состоянием здоровья пациента во время пребывания в объекте размещения для изоляции
Izbrani osebni zdravnik / COVID-19 ambulanta	Выбранный личный врач / клиника COVID-19
KONTAKTNA OSEBA MINISTRSTVA GSM 030 487 458 ali 041 419 150	КОНТАКТНОЕ ЛИЦО МИНИСТЕРСТВА тел.: 030 487 458 или 041 419 150
1.Določí objekt in sobo nastanitve	1.определяет объект и номер для проживания
2.Naročí prevoz pacienta	2. заказывает транспортировку пациента
Prevoz pacienta, ki po potrjeni okužbi z virusom SARS-CoV-2 in <u>za katerega je ocenjeno, da potrebuje pregled pri zdravniku</u> , se izvede preko COVID-19 ambulante (v COVID-19 ambulanti zdravnik pregleda pacienta)	Транспортировка пациента, который после подтвержденного заражения вирусом SARS-CoV-2 и <u>который, по мнению врача, нуждается в осмотре врачом</u> , осуществляется через клинику COVID-19 (в клинике COVID-19 врач осматривает пациента)
Prevoz pacienta, ki <u>je bil</u> po potrjeni okužbi z virusom SARS-CoV-2 <u>pregledan pri zdravniku oziroma je ocenjeno, da ne potrebuje pregleda pri zdravniku</u> , se izvede neposredno iz lokacije, kjer se pacient nahaja v nastavitveno zmožljivost	Транспортировка пациента, у которого подтверждено заражение вирусом SARS-CoV-2 <u>осмотрен врачом или оценен как не требующий осмотра врача</u> , осуществляется непосредственно из места нахождения пациента в объекте размещения
Spremljajo zdravstveno stanje pacientov, nastanjenih v nastavitveni zmožljivosti za izolacijo, skladno z aktualnimi navodili ministrstva o organizaciji dela izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni v povezavi so SARS-Cov-2	Наблюдают за состоянием здоровья пациентов, размещенных в объектах размещения для изоляции, в соответствии с действующими инструкциями Министерства по организации работы медицинских работников первичного звена в связи с SARS-CoV-2
<b>NASTANITVENA ZMOGLJIVOST ZA IZOLACIJO</b>	<b>ОБЪЕКТ РАЗМЕЩЕНИЯ ДЛЯ ИЗОЛЯЦИИ</b>