

Общероссийское общественное движение «Гражданское достоинство»
Всероссийский союз общественных объединений пациентов

Сборник обучающих материалов для пациентов

2015

Настоящий сборник подготовлен Всероссийским союзом общественных объединений пациентов в рамках проекта «Оказание правовой и информационно-консультационной поддержки в сфере защиты прав пациентов для социально-ориентированных НКО», поддержанного грантовыми средствами, предоставленными Общероссийским общественным движением «Гражданское достоинство».

Сборник включает в себя обучающие программы для пациентов и активистов некоммерческих общественных организаций, действующих в сфере здравоохранения и социальной защиты и представляющих интересы граждан, как пациентов.

Материалы программ описывают права пациентов, механизмы защиты прав пациентов, основы здоровьесбережения.

Программы подготовлены для проведения обучающих мероприятий проекта «Оказание правовой и информационно-консультационной поддержки в сфере защиты прав пациентов для социально-ориентированных НКО», но могут быть использованы и для самостоятельного обучения пациентов и людей, заинтересованных в представлении прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты.

Издание будет так же полезно активистам некоммерческих общественных организаций, общественным деятелям, представителям государственных и иных структур, ответственным за взаимодействие с пациентами и широкой общественностью.

Настоящее издание осуществлено на средства государственной поддержки, выделенные Всероссийскому союзу общественных объединений пациентов в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 17.01.2014 № 11-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийским общественным движением «Гражданское достоинство».

Подписано в печать 14.05.2015 г.

Формат А4 210 х 297.

Тираж 2000 экз.

Отпечатано в ООО «ШЕЛКОВЫЙ ПУТЬ».

Распространяется бесплатно.

© Всероссийский союз общественных объединений пациентов

© Общероссийское общественное движение «Гражданское достоинство»

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ПРАВА ИНВАЛИДОВ И ПАЦИЕНТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	6
1.1. Основы прав пациентов в Российской Федерации	6
1.2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Извлечения	28
1.3. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Извлечения	39
1.4. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» с изменениями и дополнениями на 2 июля 2013 г. Извлечения	42
1.5. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ (ТК РФ). Извлечения	46
1.6. Федеральный закон от 21 июля 2014 г. № 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации»	48
1.7. Декларация о правах пациентов в России	65
2. МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ИНВАЛИДОВ И ПАЦИЕНТОВ	76
2.1. Общие положения правовой защиты пациентов в Российской Федерации	76
2.2. Возможности защиты прав пациентов через общественные контроль и оценку	78
2.3. Поддержка пациента общественной организацией во взаимодействии с медицинскими специалистами	90
2.4. Деловая письменная коммуникация, как средство защиты прав пациентов	95
2.5. Механизмы решения распространенных проблем пациентов	102
3. ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ДЛЯ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ	126
3.1. Рекомендации по психологической поддержке инвалидов	126
3.2. Физкультура для пациентов с ограничениями в передвижении	130
3.3. Развитие мелкой моторики: пальчиковый тренинг	148

ВВЕДЕНИЕ

Защитой прав граждан, как пациентов, сегодня занимается множество государственных структур: органы управления здравоохранением и социальной защиты, контролирующие государственные службы, силовые структуры и судебные органы, институты уполномоченных по правам человека и так далее.

Однако сфера здравоохранения и социальной защиты является не только социально – значимой, но и чрезвычайно ресурсоемкой. Данная сфера слишком многогранна и сегментирована и дифференцирована по нуждам поддерживаемых. Государственные структуры, гарантировав общие права людей с ограниченными физическими возможностями (пациентов) часто не обладают возможностями изучения персональных ситуации и удовлетворения персональных запросов. Часто государственные услуги оказываются невостребованными или неэффективными в силу их неизвестности пациентам, неадаптированности к нуждам групп пациентов и отдельных граждан, неготовности и неумения пациентов сформулировать свои запросы и проблемы, неспособности государственных структур производить мониторинг мнений пациентов, текущее консультирование пациентов и организовывать изменения системы под нужды пациентов.

Для повышения качества взаимодействия государственных институтов и массы пациентов необходим посредник – общественные организации, которые погружены в ситуации пациентов, способны изучить и выразить мнение пациентов. НКО как официальные структуры с определенным статусом и ответственностью, в рамках налаженных контактов с органами власти способны сформулировать и представить ситуации, мнения и предложения групп пациентов соответствующим органам власти. НКО способны выделить проблемы и предложить от имени пациентского и экспертных сообществ проекты их решения, организовать их обсуждение. НКО могут содействовать органам власти в коммуникации с пациентами (что особенно важно в работе с такими трудно доступными группами пациентов, как люди с физическими ограничениями) и помогать пациентам в их взаимодействии с органами власти и учреждениями. НКО могут сами вести как текущую поддержку пациентов (психологическую, консультативно-информационную, обучающую, организационную) так и организовывать локальные мероприятия и оказывать локальные услуги по точечно и групповой социальной поддержке и реабилитации пациентов – досуговые, развивающие, обучающие, реабилитационные, консультационные и другие.

Некоммерческие общественные организации (у них много названий - неправительственные организации, негосударственные организации, общественные организации, ННО, НГО. Мы для краткости далее будем пользоваться сокращением НКО) сегодня стали важным звеном в общественно – государственном взаимодействии.

С одной стороны, НКО удовлетворяют запрос общественности решение определенных проблем или удовлетворение интересов общественных групп, на самореализацию, самоорганизацию, а с другой - являются связующим звеном между обществом и государством, обществом и различными секторными структурами – из бизнеса, из различных профессиональных сфер. Они являются репером социальных проблем и активности, проводником информации, делегатом общественности в органах власти и в социальных структурах. А с третьей стороны, некоммерческие организации – это катализатор, организатор и инноватор процессов в интересах целевых групп. Они привлекают внимание, ставят задачи, вовлекают социальных партнеров и их ресурсы. Они несут инновационные идеи, предлагают новые подходы и технологии для удовлетворения общественных интересов. Они создают

дискуссионное пространство обмена запросами, опытом и предложениями. Они показывают куда, в какую точку должны быть направлены ресурсы государства, общества, социальной группы, гражданина. НКО содействуют созданию социального капитала и способствуют наиболее оперативному и эффективному его вложению.

Некоммерческие общественные организации независимы и могут выражать мнение пациентов без оглядки на властную и административную ситуацию. Они могут существовать без государственных дотаций. Единственный ресурс, без которого НКО пациентов не возможна – это заинтересованные граждане.

Пациенты являются наиболее заинтересованной в успешной работе системы здравоохранения группой. Но оставаясь не включенными в процесс управления, пассивными потребителями системы, пациенты не смогут добиться полноценного удовлетворения своих интересов в здравоохранении. Под лежащий камень вода не течет. Какие бы усилия не прилагали организаторы здравоохранения и посредники – НКО, без массового гражданского участия система будет однобокой – действующей без достаточно четкой ориентации в пространстве. Пациентское сообщество чрезвычайно значительно и в совокупности обладает более чем значительными и разнообразными ресурсами – трудовыми, интеллектуальными, информационными и так далее. Государственная система нуждается в этих ресурсах. А система общественная вообще не способна без них существовать.

Чаще всего пациенты с большой неохотой подписывают жалобы, участвуют в текущей деятельности и мероприятиях НКО, информируют государственные и общественные структуры о недочетах в работе системы здравоохранения. И еще реже выступают с конструктивными предложениями. Между тем именно пациенты могут дать государству столь необходимую любой управляющей системе обратную связь – оценку услуг, алгоритмов и стандартов - оценку того, насколько удобны и насколько они соблюдаются. Без обращения пациентов ни государственная структура, ни общественная не имеют информации о проблеме и не имеют возможности запустить деятельность по ее решению. Без текущего участия пациентов хиреет работа общественной организации, без обмена опытом и поддержкой, тяжелее становится каждому из пациентов. Без работы пациента над своим здоровьем втуне пропадают государственные средства и усилия всех организаторов системы здравоохранения. По статистике Всемирной организации здравоохранения примерно в 25-30% случаев тяжелые осложнения у пациентов случаются в результате несоблюдения рекомендации врача.

Нам всем, гражданам, необходимо понимать – без нашего участия, система здравоохранения, система общественного участия в государственном управлении, само государственное управление и качество медицинских услуг не станут лучше.

За своим здоровьем, за качеством и доступностью услуг, за соблюдением своих прав граждане должны в первую очередь следить самостоятельно, должны сами помогать общественным и государственным органам в выявлении и решении проблем. В этом их основной вклад в систему здравоохранения.

Настоящий сборник включает в себя обучающие программы для пациентов и активистов некоммерческих общественных организаций, действующих в сфере здравоохранения и социальной защиты и представляющих интересы граждан как пациентов. Материалы программ описывают права пациентов, механизмы защиты прав пациентов, основы здоровья сбережения. Программы подготовлены для проведения обучающих мероприятий в рамках проекта «Оказание правовой и информационно-консультационной поддержки в сфере защиты прав пациентов для социально-ориентированных НКО», но могут быть использованы и для самостоятельного обучения пациентов и людей, заинтересованных в представлении прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты.

1. ПРАВА ИНВАЛИДОВ И ПАЦИЕНТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Настоящий раздел описывает основные права пациентов и инвалидов в Российской Федерации согласно действующему законодательству.

В разделе приведен обзор основных документов, регламентирующих права пациентов, выдержки из законодательных актов, а так же ответы экспертов на наиболее распространенные вопросы пациентов по защите своих прав.

1.1. ОСНОВЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Общие понятия

Основные права инвалидов, порядок установления инвалидности указаны в Законе РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 20.02.2006. № 95 и Постановлении Правительства РФ «О порядке и условиях признания лица инвалидом» от 20 февраля 2006 г. N 95, утвердившим «Правила признания лица инвалидом».

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Основное право пациентов¹

Фундаментальным источником пациентского права является Конституция России.

Согласно ч.2 статьи 7 Конституции РФ «В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей...»

Согласно ч.1 ст. 41: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Преамбула Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (с изменениями и дополнениями) закрепляет приоритет прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья.

Ст. 20 Основ гласит (основное право пациентов), что *«При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно - ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными,*

¹ Пациент – лицо, получающее медицинскую помощь или нуждающееся в ней.

нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности».

Там же: «Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

Ежегодно Правительство РФ принимает постановления о программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению, в которых перечислены, фактически все известные виды медицинской помощи, которые и входят в бесплатную медицинскую помощь.

В рамках Программы² бесплатно предоставляются:

- «первичная медико-санитарная помощь;
- неотложная медицинская помощь;
- скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);
- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная.

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других требующих неотложной помощи состояний, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров, диспансерного наблюдения здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, а также по предупреждению аборт, санитарно-гигиеническое просвещение граждан и проведение других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается гражданам в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Неотложная медицинская помощь оказывается гражданам в амбулаторно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, а также при других состояниях и заболеваниях), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Медицинская помощь предоставляется в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях в случаях плановой или экстренной госпитализации, требующих применения

² Цитируется Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год, утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. N 286 (в ред. Постановления Правительства РФ от 30.04.2008 N 327).

интенсивных методов диагностики и лечения, круглосуточного медицинского наблюдения и (или) изоляции, в том числе по эпидемиологическим показаниям:

- при заболеваниях, в том числе острых, и при обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах;
- при патологии беременности, родах и абортах;
- в период новорожденности.

Мероприятия по медицинской реабилитации (долечиванию) больных осуществляются в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, а также в санаториях, включая детские санатории и санатории для детей с родителями.

В медицинских учреждениях и других медицинских организациях, а также на дому гражданам может предоставляться медицинская помощь в условиях дневного стационара.

При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также обеспечение детей-инвалидов специализированными продуктами питания».

Данный перечень включает в себя, фактически, все существующие виды медицинской помощи, что является правовым основанием для ее бесплатного получения.

Так же следует отметить, что упомянутая ст. 41 Конституции РФ предполагает, что государственные и муниципальные учреждения не вправе оказывать медицинскую помощь гражданам платно. Исключением могут быть сервисные услуги (при этом очевидно, что наличие холодильника в палате на шесть человек не может обходиться дороже самого холодильника за неделю пребывания в стационаре).

Имеется Письмо Минздравсоцразвития № 5985 от 18.08.2008 о платных медицинских услугах (ответ на запрос Росздравнадзора), из которого, в частности, следует «Замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения недопустимо ... Следует отметить, что дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий в субъектах Российской Федерации не является обоснованным аргументом обязательств государства по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами»;

Дополнительные права пациентов

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

Комментарий. На первый взгляд данная норма права кажется декларативной, поскольку невозможно заставить врача быть внимательным, гуманным и т.п., и уж совсем непросто заставить медицинский персонал отвечать за хамство, грубость и невнимательность.

На самом деле, это не совсем так...

За нарушение этих норм может следовать дисциплинарная ответственность вплоть до увольнения. Нарушение этой нормы может служить основанием для иска о компенсации морального вреда (нравственных страданий), вызванных хамством и грубостью врача.

В таком иске возрастает роль доказательств, к которым относятся, как показания свидетелей, так и аудио и -видеозаписи.

2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно - профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

Комментарий. Если вы столкнулись с грубостью и хамством, взаимным недопониманием в отношениях с врачом, его неквалифицированностью или не можете построить с врачом партнерскую (договорную) модель отношений, у вас есть право выбрать другого врача. Однако это право имеет условия реализации: другой врач должен быть согласен стать вашим лечащим врачом. Для этого необходимо обратиться к нему лично, однако без решения главного врача медучреждения этот вопрос так же не решится, - поэтому придется обращаться с заявлением и к администрации.

В том случае, если вы понимаете, что учреждение здравоохранения вас не устраивает, и вы хотите его поменять, или вы поменяли место жительства, вам необходимо обратиться с этим вопросом в ту страховую компанию, с которой ЛПУ, где вы хотите лечиться, имеет договор. Об этом вам сообщат в самом ЛПУ. Отмечу, что в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения вам не вправе отказать от оказания медицинской помощи. Любые отказы на основе отсутствия регистрации по месту жительства (в районе ЛПУ) или иных причин, могут быть расценены как отказ в медицинской помощи или оставление в опасности (ст.ст. 124, 125 УК РФ).

3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно - гигиеническим требованиям;

Комментарий. В ст. 11 Закона РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» сказано: «... юридические лица в соответствии с осуществляемой ими деятельностью обязаны:

- обеспечивать безопасность для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг...»

В ст. 8 того же Закона сказано, что «Граждане имеют право:

- на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека».

Таким образом, смысл права на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям (то есть это такое обследование, лечение и т.д., которое обеспечивает безопасность для здоровья человека оказываемых услуг), раскрывается через норму о том, что содержание в ЛПУ не должно оказывать вредного воздействия на человека.

Существуют тысячи приказов, стандартов, методических указаний и рекомендаций, писем и т.п., действующих еще со времен СССР и дополненных (измененных) уже в наше время, которые направлены на санитарно-гигиеническую безопасность пациента (и персонала, что немаловажно).

Немалое их количество посвящено такой проблеме, как внутрибольничная инфекция (ВБИ). Здесь, пользуясь случаем, нужно отметить, что выработанное в СССР отношение наших граждан к больнице, как к месту отдыха (типа пансионата), не верно и опасно для них самих. Между некоторыми видами инфекции и фарминдустрией ведется многолетняя борьба, в результате которой инфекция мутирует и приспосабливается к новым видам антибиотиков и воздействующих на нее лекарств, что делает ее устойчивой к этим препаратам, вызывая необходимость в создании новых. Эта мутация делает такие штаммы весьма опасными для пациентов и затрудняет лечение таких заболеваний. В частности, в развитых странах максимальное количество медицинской помощи оказывается не в стационарах, а в

амбулаторных условиях (у нас наоборот), - это не только экономически целесообразно, но и наиболее безопасно для пациентов с точки зрения опасности заражения ВБИ. Считается, что относительно безопасным считается пребывание в стационаре не более 5 дней.

В последние 10 лет разработаны около 800 стандартов медицинской помощи при различных заболеваниях и состояниях. Почти все они содержат элементы санитарно-гигиенической безопасности.

Важнейшим документом является Инструкция по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц (отделений), утвержденная Приказом Минздрава СССР от 04.08.1983 № 916. Она весьма объемна, и вот лишь некоторые ее положения:

«В помещении приемного отделения или в боксе проводят влажную уборку с применением дезинфицирующих средств после приема каждого больного. Уборочный материал маркируют и применяют строго по назначению. После использования уборочный инвентарь обеззараживают...

Из смотрового кабинета больного направляют в специально отведенное помещение для санитарной обработки. Санитарную обработку больного проводят в приемном отделении в зависимости от назначения врача и состояния больного. При тяжелом состоянии больного ограничиваются частичной обработкой или влажным протиранием отдельных частей тела...

В случаях поступления больного в бокс или полубокс санитарную обработку проводят непосредственно в этих помещениях.

Санитарная обработка больного сводится к следующим процедурам:

- а) стрижка волос по медицинским показаниям с последующим сжиганием их или обработкой в паровых стерилизаторах (0,5 кгс/ кв. см - 110 - 111 град. С - 20 мин.) ³;
- б) стрижка ногтей (на ногах и руках);
- в) мытье в ванной или под душем;
- г) сбор вещей (одежда, белье, обувь больного), подлежащих дезинфекции, в индивидуальные мешки для последующей отправки их для обеззараживания в дезинфекционной камере. До камерного обеззараживания вещи инфекционных больных родственникам не выдают⁴».

4) проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов;

Комментарий. Об этой норме мало кто знает из пациентов, однако просьба о проведении консилиума или консультаций других специалистов, как очевидно, вполне законна. Важно, что данная норма права не имеет условий и ограничений. Для ее реализации необходимо обратиться к своему лечащему врачу; если вопрос не решается – к заведующему отделением; если вопрос не решается - к главному врачу; если вопрос не решается – в управление здравоохранения; если вопрос не решается – в суд или в прокуратуру в порядке надзора с жалобой на действия должностных лиц и нарушение права. Суд может обязать выполнить норму закона, а прокуратура вынести представление об устранении нарушенного права.

³ При наличии педикулеза и оставлении волос они должны быть обработаны педикулицидными средствами.

⁴ Личные вещи больных гриппом и другими ОРЗ, корью, паротитом, ветряной оспой и коклюшем обеззараживать не обязательно. Эти вещи разрешают забирать родственникам домой.

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

Комментарий. Сфера действия этой нормы понятна: врач всегда должен использовать обезболивающее, когда есть боль или когда она может возникнуть, и при этом вред от применения обезболивающего не должен превышать вред самой боли (последствия болевого шока).

Обезболивание является необходимой частью алгоритма оказания медицинских услуг, упоминаемое в рядке приказов, стандартов, инструкций и рекомендаций Минздравсоцразвития.

Например, обезболивание для беременных женщин - больных рассеянным склерозом, не отличается от обычных беременных женщин. А согласно Инструкции «О порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям», утвержденной Приказом Минздрава России от 14.10.2003 г. N 484:

«Объем квалифицированной медицинской помощи при искусственном прерывании беременности должен включать эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий (прерывание беременности в ранние сроки, медикаментозные методы, адекватное обезболивание), контрацепцию и реабилитацию после аборта».

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении пациента;

Комментарий. Приведенная норма имеет развитие в ст. 61 тех же Основ:

Статья 61. Врачебная тайна

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему возрасту, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

б) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Правительством Российской Федерации.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Приведенная статья содержит исчерпывающий (закрытый) перечень случаев, когда допускается передача сведений третьим лицам. Под третьим лицом следует понимать любое лицо, которому переданы указанные сведения без согласия пациента. К таким случаям следует относить даже случаи приглашения врачей-консультантов, работу страховых компаний по экспертизе качества медицинской помощи, приглашение студентов-медиков для обучения на конкретном пациенте и т.п. Все эти случаи и подобные им, если происходят без согласия пациента, следует расценивать, как нарушение врачебной тайны. В подобных ситуациях врач, страховщики обязаны испрашивать согласия пациента.

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

Комментарий. Обязанности пациента – исключение, а не правило. И это вполне обосновано тем, что медицина – это область интересов граждан, а не их обязанностей. Предполагается, что пациент в своих интересах будет добровольно и без понуждения исполнять предписания врача, в частности, выполнять ту часть внутреннего распорядка, которая продиктована удобством и безопасностью пациентов. Граждан нельзя обязать лечиться, если только они не представляют опасности для других людей.

Но правила внутреннего распорядка не могут противоречить закону, нормативно-правовым актам и основным свободам граждан. Если обнаружится, что это так, они подлежат в этой части отмене.

Так, режим посещения большинства ЛПУ, формально, когда речь идет «о часах посещения», противоречит свободе передвижения граждан, а так же противоречит праву членов семьи находиться рядом друг с другом или вообще быть рядом с людьми, которых любишь или которые важны для человека.

В случае выявления таких обстоятельств следует указать на это главному врачу ЛПУ, написав соответствующее заявление, а в случае отсутствия ожидаемой реакции, обжаловать правила внутреннего распорядка в суде или в прокуратуре.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Комментарий. Обращает на себя внимание то, что не врач обязан информировать, а пациент имеет право получить... Чтобы получить, нужно

попросить. Здесь предполагается активность и желание самого пациента знать то, что перечислено в норме. Правильный алгоритм реализации этой нормы выглядит, как алгоритм: «вопрос-ответ». Это увеличивает значение культуры самого пациента, знание им своей болезни, чтобы уметь задать правильные вопросы врачу.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ (старше 15 лет – прим. авт.), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Комментарий. Законный представитель - гражданин, который в силу закона выступает во всех учреждениях, в том числе судебных, в защиту личных и имущественных прав и законных интересов недееспособных, ограниченно дееспособных, либо дееспособных, но в силу физического состояния (по старости, болезни и т.п.) не могущих лично осуществлять свои права и выполнять свои обязанности.

В уголовном процессе законными представителями являются родители, опекуны, попечители подозреваемого (обвиняемого), потерпевшего, свидетеля, а также представители таких учреждений, как детский дом, дом инвалидов и т.п., на попечении которых находится не полностью дееспособный участник процесса, представители органов опеки и попечительства (если не полностью дееспособный участник процесса не имеет других законных представителей или они не допущены к процессу).

В гражданском процессе - родители, усыновители, опекуны и попечители⁵.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Комментарий. Бытует ошибочное представление, основанное в частности на том, что во многих поликлиниках медицинская карта находится на руках у пациента, - представление о том, что пациент имеет право получить оригиналы документов. Как видно, из приведенной нормы закона, это – не так, а с учетом того, что меддокументы хранятся в архивах медучреждений от 5 лет до бессрочного хранения (в зависимости от статуса и важности), наличие документов на руках пациента является формальным нарушением со стороны ЛПУ приказов Минздравсоцразвития. В то же время, очевидно, что по запросу пациента ему обязаны предоставить копии всех медицинских документов. К сожалению, родственники даже после смерти близкого человека не вправе получить его документы, если они не имеют доверенности или не являются законными представителями.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

⁵ Большой юридический словарь / Под ред. А.Я. Сухарева, В.Е. Крутских.-2-е изд., перераб. и доп.-М.: ИНФРА-М, 2002.-704 с.- (Б-ка слов. "ИНФРА-М").

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Комментарий. Как видно из статьи, норма не требует письменного согласия. Трудность состоит в том, что врачи впоследствии не могут доказать того, что информированность была надлежащей. Поэтому в ЛПУ появляются различные формы письменных «согласий на медицинское вмешательство». Среди них встречаются и такие, которые трактуются так: согласен на все, включая летальный исход. Такие расписки, как правило, свидетельствуют как раз о том, что надлежащего информирования не было, но при любом исходе никто не должен давать согласия на оказание медицинской помощи с дефектом, результатом которого стало ухудшение здоровья или даже смерть. Это означает, что при наличии дефектов медицинской помощи наличие такой расписки далеко не всегда препятствует обращению пациента или родственников в суд.

Интересно, что законным представителям перед медицинским вмешательством в отношении их подопечных, сведения должны сообщаться в полном объеме безотносительно их вопросов об этом, как это действует в отношении процедуры информирования взрослых лиц.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Комментарий. В этой статье мы как раз видим одну из редких обязанностей пациентов – обязанность подписать отказ от медицинского вмешательства.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противозидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

Комментарий.

Согласно ст. 1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» добровольное медицинское страхование обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

То есть добровольное страхование не может быть использовано для видов помощи, которые гражданин имеет право получить бесплатно. В реальности мы постоянно видим программы ДМС, которые включают в себя полный набор медицинской помощи, который входит в перечень бесплатных видов.

11) возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи;

Комментарий.

Эта норма дублирует нормы гражданского законодательства. В наиболее полном объеме этот вопрос урегулирован Главой 59 Гражданского Кодекса РФ.

12) допуск адвоката или иного законного представителя для защиты прав пациента;

13) допуск священнослужителя, а в больничном учреждении - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

Комментарий.

Обращает на себя внимание бесправие родственников и близких людей в вопросе допуска к пациенту. К сожалению, обосновать свое право на свидание, например, с супругой можно только лишь через общие нормы права.

Согласно ч.1 ст.27 Конституции РФ: «Каждый, кто законно находится на территории Российской Федерации, имеет право свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства».

Согласно ст. 18 Конституции РФ: «Права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими».

Согласно ст. 1 Семейного Кодекса РФ: «Семейное законодательство исходит из необходимости укрепления семьи, построения семейных отношений на чувствах взаимной любви и уважения, взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов, недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в дела семьи, обеспечения беспрепятственного осуществления членами семьи своих прав, возможности судебной защиты этих прав».

Так, согласно 31 ст. Семейного кодекса РФ: «2. Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами совместно исходя из принципа равенства супругов.

3. Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей».

Из этой нормы следует, что препятствие доступа одного супруга к другому будет нарушением возможности оказать помощь, нарушением равенства супругов в решении различных семейных вопросах, которые, кстати, относятся к основополагающему праву – праву частной жизни, личной и семейной тайне, которые объявлены ч.1 ст. 23 Конституции РФ неприкосновенными.

Условия признания гражданина инвалидом:

а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Наличие одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом, то есть должны быть в наличии, как минимум, два из этих условий.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет - категория «ребенок-инвалид».

При установлении гражданину группы инвалидности одновременно определяется степень ограничения его способности к трудовой деятельности (III, II или I степень ограничения) либо группа инвалидности устанавливается без ограничения способности к трудовой деятельности.

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп - на 1 год.

Степень ограничения способности к трудовой деятельности (отсутствие ограничения способности к трудовой деятельности) устанавливается на такой же срок, что и группа инвалидности.

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в бюро заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы.

Инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной медико-социальной экспертизы гражданина (переосвидетельствования).

Гражданам устанавливается группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования, а гражданам, не достигшим 18 лет, - категория «ребенок-инвалид» до достижения гражданином возраста 18 лет:

- не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом (установления категории «ребенок-инвалид») гражданина, имеющего заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма по перечню согласно приложению;
- не позднее 4 лет после первичного признания гражданина инвалидом (установления категории «ребенок-инвалид») в случае выявления невозможности устранения или уменьшения в ходе осуществления реабилитационных мероприятий степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма (за исключением указанных в приложении к Правилам).

Установление группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования (категории «ребенок-инвалид» до достижения гражданином возраста 18 лет) может быть осуществлено при первичном признании гражданина инвалидом (установлении категории «ребенок-инвалид») при отсутствии положительных результатов реабилитационных мероприятий, проведенных гражданину до его направления на медико-социальную экспертизу. При этом необходимо, чтобы в направлении на медико-социальную экспертизу, выданном гражданину организацией, оказывающей ему лечебно-профилактическую помощь и направившей его на медико-социальную экспертизу, либо в медицинских документах в случае направления гражданина на медико-социальную экспертизу содержались данные об отсутствии положительных результатов таких реабилитационных мероприятий.

Гражданам, обратившимся в бюро самостоятельно, группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования (категория «ребенок-инвалид» до достижения гражданином возраста 18 лет) может быть установлена при первичном признании гражданина инвалидом (установлении категории «ребенок-инвалид») в случае отсутствия положительных результатов назначенных ему в соответствии с указанным пунктом реабилитационных мероприятий.

Граждане, которым установлена категория «ребенок-инвалид», по достижении возраста 18 лет подлежат переосвидетельствованию. При этом исчисление сроков, предусмотренных абзацами вторым и третьим пункта 13 Правил, осуществляется со дня установления им группы инвалидности впервые после достижения возраста 18 лет.

В случае признания гражданина инвалидом в качестве причины инвалидности указываются общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, инвалидность с детства вследствие ранения (контузии,

увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма, заболевание, полученное в период военной службы, инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска, а также иные причины, установленные законодательством Российской Федерации.

При отсутствии документов, подтверждающих факт профессионального заболевания, трудового увечья, военной травмы или других предусмотренных законодательством Российской Федерации обстоятельств, являющихся причиной инвалидности, в качестве причины инвалидности указывается общее заболевание. В этом случае гражданину оказывается содействие в получении указанных документов. При представлении в бюро соответствующих документов причина инвалидности изменяется со дня представления этих документов без дополнительного освидетельствования инвалида.

Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, независимо от ее организационно-правовой формы, органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, либо органом социальной защиты населения.

Организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

При этом в направлении на медико-социальную экспертизу, форма которого утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, а также орган социальной защиты населения вправе направлять на медико-социальную экспертизу гражданина, имеющего признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающегося в социальной защите, при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушения функций организма вследствие заболеваний, последствий травм или дефектов.

Форма соответствующего направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения, утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Организации, оказывающие лечебно-профилактическую помощь, органы, осуществляющие пенсионное обеспечение, а также органы социальной защиты населения несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В случае если организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, либо орган социальной защиты населения отказали гражданину в направлении на медико-социальную экспертизу, ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно.

Специалисты бюро проводят осмотр гражданина и по его результатам составляют программу дополнительного обследования гражданина и проведения реабилитационных мероприятий, после выполнения которой рассматривают вопрос о наличии у него ограничений жизнедеятельности.

Порядок проведения медико-социальной экспертизы гражданина

Медико-социальная экспертиза гражданина проводится в бюро по месту жительства (по месту пребывания, по месту нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации).

В главном бюро медико-социальная экспертиза гражданина проводится в случае обжалования им решения бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования. В Федеральном бюро медико-социальная экспертиза гражданина проводится в случае обжалования им решения главного бюро, а также по направлению главного бюро в случаях, требующих особо сложных специальных видов обследования.

Медико-социальная экспертиза может проводиться на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) по состоянию здоровья, что подтверждается заключением организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, или в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро.

Медико-социальная экспертиза проводится по заявлению гражданина (его законного представителя).

Заявление подается в бюро в письменной форме с приложением направления на медико-социальную экспертизу, выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения), и медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья.

Медико-социальная экспертиза проводится специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро) путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина.

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина ведется протокол.

В проведении медико-социальной экспертизы гражданина по приглашению руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) могут участвовать с правом совещательного голоса представители государственных внебюджетных фондов, Федеральной службы по труду и занятости, а также специалисты соответствующего профиля (далее - консультанты).

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов его медико-социальной экспертизы.

Решение объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу (его законному представителю), в присутствии всех специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.

По результатам медико-социальной экспертизы гражданина составляется акт, который подписывается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро) и специалистами, принимавшими решение, а затем заверяется печатью.

Заключения консультантов, привлекаемых к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия решения, заносятся в акт медико-социальной экспертизы гражданина или приобщаются к нему.

Порядок составления и форма акта медико-социальной экспертизы гражданина утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Срок хранения акта медико-социальной экспертизы гражданина составляет 10 лет.

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина в главном бюро акт медико-социальной экспертизы гражданина с приложением всех имеющихся документов направляется в главное бюро в 3-дневный срок со дня проведения медико-социальной экспертизы в бюро.

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина в Федеральном бюро акт медико-социальной экспертизы гражданина с приложением всех имеющихся документов направляется в Федеральное бюро в 3-дневный срок со дня проведения медико-социальной экспертизы в главном бюро.

В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности), реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро). Указанная программа доводится до сведения гражданина, проходящего медико-социальную экспертизу, в доступной для него форме.

Программа дополнительного обследования может предусматривать проведение необходимого дополнительного обследования в медицинской, реабилитационной организации, получение заключения главного бюро или Федерального бюро, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина и другие мероприятия.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро) принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом.

В случае отказа гражданина (его законного представителя) от дополнительного обследования и предоставления требуемых документов решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая запись в акте медико-социальной экспертизы гражданина.

Для гражданина, признанного инвалидом, специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро), проводившими медико-социальную экспертизу, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, которая утверждается руководителем соответствующего бюро.

Выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина, признанного инвалидом, направляется соответствующим бюро (главным бюро, Федеральным бюро) в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, в 3-дневный срок со дня принятия решения о признании гражданина инвалидом.

Порядок составления и форма выписки утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных или граждан призывного возраста представляются бюро (главным бюро, Федеральным бюро) в соответствующие военные комиссариаты.

Гражданину, признанному инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности либо с указанием группы инвалидности без ограничения способности к трудовой деятельности, а также индивидуальная программа реабилитации.

Порядок составления и формы справки и индивидуальной программы реабилитации утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Гражданину, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах медико-социальной экспертизы.

Гражданину, имеющему документ о временной нетрудоспособности и признанному инвалидом, группа инвалидности и дата ее установления проставляются в указанном документе.

Порядок переосвидетельствования инвалида

Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп - 1 раз в год, а детей-инвалидов - 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория «ребенок-инвалид».

Переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, может проводиться по его личному заявлению (заявлению его законного представителя), либо по направлению организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, Федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно бюро, главным бюро.

Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно, но не более чем за 2 месяца до истечения установленного срока инвалидности.

Переосвидетельствование инвалида ранее установленного срока проводится по его личному заявлению (заявлению его законного представителя), либо по направлению организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, Федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно бюро, главным бюро.

Порядок обжалования решений бюро, главного бюро, Федерального бюро

Гражданин (его законный представитель) может обжаловать решение бюро в главное бюро в месячный срок на основании письменного заявления, подаваемого в бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в главное бюро.

Бюро, проводившее медико-социальную экспертизу гражданина, в 3-дневный срок со дня получения заявления направляет его со всеми имеющимися документами в главное бюро.

Главное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

В случае обжалования гражданином решения главного бюро главный эксперт по медико-социальной экспертизе по соответствующему субъекту Российской Федерации с согласия гражданина может поручить проведение его медико-социальной экспертизы другому составу специалистов главного бюро.

Решение главного бюро может быть обжаловано в месячный срок в Федеральное бюро на основании заявления, подаваемого гражданином (его законным представителем) в главное бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в Федеральное бюро.

Федеральное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

Решения бюро, главного бюро, Федерального бюро могут быть обжалованы в суд гражданином (его законным представителем) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Комментарий. В последнее время в различные органы и общественные организации поступает значительное число жалоб, связанных с неустановлением инвалидности или занижением группы. Это связано с ужесточившейся политикой государства в этой сфере в связи со значительным ростом числа инвалидов в России за последние несколько лет (с 2004 года по 2007 год рост с 10 до 16 млн., и падение до 13 млн. к 2009 г.). Этот рост был связан с проблемами лекарственного и социального обеспечения, которое можно получить только будучи инвалидом.

К сожалению, невозможно предложить сколько-нибудь эффективный способ защиты своих прав в этом вопросе, поскольку он полностью монополизирован системой МСЭК, представляющих государственную политику. Практика показывает, что если имеет некоторый смысл обжаловать решение МСЭК в вышестоящий орган, то обжаловать эти решения в суде бесперспективно. Причина две: 1) не существует независимых от МСЭК экспертов, способных оценить «необходимость социальной защиты», то есть таким экспертом не может быть просто врач, поскольку он не обладает специальными познаниями в этой сфере, но тогда он не может быть экспертом в суде; 2) суд не может установить гражданину инвалидность (это не его компетенция), он может лишь отменить решение МСЭК. Но для установления инвалидности человек снова вернется в ту же МСЭК. Даже если суд обяжет МСЭК исправить недостатки принятого решения, группу инвалидности и ее необходимость он не может определить. Таким образом, круг, по которому можно ходить без конца, замыкается.

Таким образом, единственной реальной возможностью получить инвалидность является возможность, используя все указанные выше процессуальные права, убедить МСЭК в своей правоте.

Социальная защита инвалидов

Согласно ст. 1 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» государственная социальная помощь – это предоставление малоимущим семьям, малоимущим одиноко проживающим гражданам, а также иным категориям граждан, указанным в указанном Федеральном законе, социальных пособий, субсидий, социальных услуг и жизненно необходимых товаров;

набор социальных услуг - перечень социальных услуг, предоставляемых отдельным категориям граждан в соответствии с указанным Федеральным законом.

В соответствии со статьей 6.1 названного закона право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг имеют следующие категории граждан⁶:

⁶ Приложение N 1 к Порядку предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 N 328

- инвалиды, в том числе в зависимости от степени ограничения к трудовой деятельности (ст. 28.1 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- инвалиды, имеющие III степень ограничения способности к трудовой деятельности;
- инвалиды, имеющие II степень ограничения способности к трудовой деятельности;
- инвалиды, имеющие I степень ограничения способности к трудовой деятельности;
- инвалиды, не имеющие степени ограничения способности к трудовой деятельности;
- дети-инвалиды.

Набор социальных услуг

В состав предоставляемого набора социальных услуг включаются следующие социальные услуги:

1) дополнительная бесплатная медицинская помощь, в том числе предусматривающая обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемые в соответствии с законодательством об обязательном социальном страховании;

2) бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

При предоставлении социальных услуг граждане, имеющие ограничение способности к трудовой деятельности III степени, и дети-инвалиды имеют право на получение на тех же условиях второй путевки на санаторно-курортное лечение и на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица.

Программа дополнительного лекарственного обеспечения (в рамках набора социальных услуг)

Перечень лекарственных средств, в том числе перечень лекарственных средств, назначаемых по решению врачебных комиссий лечебно-профилактических учреждений, перечень изделий медицинского назначения, перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 6.3 ФЗ РФ от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ, и перечень санаторно-курортных учреждений, в которые предоставляются путевки в соответствии с пунктом 1 части 1 указанной статьи, утверждается Минздравсоцразвития.

В этот перечень вошли следующие лекарственные средства (помимо лекарств, предоставляемых больным рассеянным склерозом по программе «7 нозологий» (см. ниже).

Более детально с перечнем можно ознакомиться в приказе Минздравсоцразвития РФ от 18.09.2006 № 665 (ред. от 23.12.2008).

Перечень лекарственных средств

<i>Назначения лекарственного средства</i>
Антихолинэстеразные средства
Опиоидные анальгетики и анальгетик смешанного действия
Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства
Средства для лечения подагры
Прочие противовоспалительные средства
Средства для лечения аллергических реакций
Противосудорожные средства
Средства для лечения паркинсонизма
Анксиолитики
Антипсихотические средства
Антидепрессанты и средства нормотимического действия
Средства для лечения нарушений сна
Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему
Средства для профилактики и лечения инфекций: • Антибиотики; • Синтетические антибактериальные средства.
Противовирусные средства
Противогрибковые средства;
Противопаразитарные средства
Противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства;
Средства для лечения остеопороза;
Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания;
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта: • Средства, используемые для лечения заболеваний, сопровождающихся эрозивно-язвенными процессами в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке; • Спазмолитические средства; • Слабительные средства; • Антидиарейные средства; • Панкреатические ферменты; • Средства, используемые для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей; • Средства для восстановления микрофлоры кишечника.
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему: • Половые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны; • Средства для лечения сахарного диабета; • Гестагены; • Эстрогены.
Средства для лечения аденомы простаты
Средства, влияющие на органы дыхания;
Средства, применяемые в офтальмологии;
Витамины и минералы
Антисептики и средства для дезинфекции;
Прочие средства
Средства, применяемые по решению врачебной комиссии, утвержденному главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

Санаторно-курортное лечение (в рамках набора социальных услуг)

Медицинский отбор и направление больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, осуществляет лечащий врач и заведующий отделением, а там, где нет заведующего отделением, главный врач (заместитель главного врача) лечебно-профилактического учреждения (амбулаторно-поликлинического учреждения (по месту жительства) или медико-санитарной части (по месту работы, учебы) больного при направлении его на профилактическое санаторно-курортное лечение и больничного учреждения при направлении больного на долечивание).

Лечащий врач определяет медицинские показания для санаторно-курортного лечения и отсутствие противопоказаний для его осуществления, в первую очередь для применения природных климатических факторов, на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего лечения (амбулаторного, стационарного), данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований.

В сложных и конфликтных ситуациях по представлению лечащего врача и заведующего отделением заключение о показаниях к направлению на санаторно-курортное лечение выдает врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения.

Санаторно-курортное лечение в соответствии с рекомендацией врача и заявлением больного может быть предоставлено и в амбулаторном виде.

Порядок предоставления социальных услуг

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.12.2004 N 328 утвержден порядок предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан.

Приказом установлено, что заявление об отказе от получения набора социальных услуг (социальной услуги) на следующий год подается гражданином в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации ежегодно в срок до 1 октября текущего года. Граждане вправе отозвать поданное заявление об отказе от получения набора социальных услуг (социальной услуги) на следующий год до 1 октября текущего года.

За предоставлением необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения граждане обращаются в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, за предоставлением специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов - в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медико-генетическую помощь.

В регистратуре лечебно-профилактического учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, или лечебно-профилактического учреждения, оказывающего медико-генетическую помощь (далее - лечебно-профилактические учреждения), на гражданина заводится Медицинская карта амбулаторного больного или История развития ребенка с маркировкой литерой «Л» и указанием страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

При обращении в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение гражданин предъявляет документ, удостоверяющий личность, документ, подтверждающий право на получение набора социальных услуг (удостоверение участника Великой Отечественной войны; справку, подтверждающую факт установления инвалидности, и т.п.), справку, подтверждающую право на получение набора социальных услуг, выданную Пенсионным фондом Российской Федерации. В Медицинской карте амбулаторного больного или Истории развития ребенка

отмечается срок, в течение которого гражданин имеет право на предоставление государственной социальной помощи.

Гражданам рекомендуется представлять также страховой полис обязательного медицинского страхования.

При обращении гражданина в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение врач (фельдшер) по результатам осмотра выписывает рецепт по установленной форме на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и специализированные продукты лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с перечнем лекарственных средств, в том числе перечнем лекарственных средств, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения, перечнем изделий медицинского назначения и перечнем специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов (далее - Перечни), утверждаемыми в установленном порядке Минздравсоцразвития России.

Приказом Минздравсоцразвития России от 12 февраля 2007 г. N 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» утверждены:

- Форма «Специальный рецептурный бланк на наркотическое средство и психотропное вещество»;
- Инструкция по заполнению формы «Специальный рецептурный бланк на наркотическое средство и психотропное вещество»;
- Форма N 148-1/у-88 «Рецептурный бланк»;
- Инструкция по заполнению формы N 148-1/у-88 «Рецептурный бланк»;
- Форма N 107-1/у «Рецептурный бланк»;
- Инструкция по заполнению формы N 107-1/у «Рецептурный бланк»;
- Форма N 148-1/у-04 (л) «Рецепт»;
- Форма N 148-1/у-06 (л) «Рецепт»;
- Инструкция по заполнению формы N 148-1/у-06 (л) «Рецепт» и формы N 148-1/у-06 (л) «Рецепт»;
- Форма N 305-1/у «Журнал учета в лечебно-профилактических учреждениях формы N 148-1/у-88 «Рецептурный бланк», форма N 148-1/у-04 (л) «Рецепт», формы N 148-1/у-06 (л) «Рецепт», форма «Специальный рецептурный бланк на наркотическое средство и психотропное вещество»;
- Форма N 306-1/у «Журнал учета в лечебно-профилактических учреждениях формы N 107-1/у «Рецептурный бланк»;
- Инструкция о порядке назначения лекарственных средств;
- Инструкция о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных;
- Инструкция о порядке назначения и выписывания изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов;
- Инструкция о порядке хранения рецептурных бланков.

На одном рецептурном бланке для отпуска бесплатно или со скидкой выписывается одно наименование лекарственного средства на латинском языке. Указывается форма выпуска и дозировка лекарственного препарата, указанного в Перечне. Курс лечения определяется лечащим врачом и фиксируется соответствующей записью в медицинской карте. Рецепт заверяется печатью лечебно-профилактического учреждения.

Отпуск аптечными учреждениями изделий медицинского назначения и специализированных продуктов питания для детей-инвалидов (за исключением

синонимической и аналоговой замены) осуществляется в порядке, установленном для отпуска лекарственных средств.

Лекарства по льготным рецептам выписываются в количестве, необходимом на курс лечения, который определяет лечащий врач. В отдельных случаях при необходимости проведения длительной поддерживающей терапии по решению врачебной комиссии, которая утверждается главным врачом ЛПУ, допускается выписка препаратов на более длительный срок (до двух месяцев), за исключением лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету.

Для получения необходимого лекарства в аптеке никаких дополнительных документов предъявлять не требуется. Достаточно предъявить рецепт.

Социально-бытовое обслуживание инвалидов

Социально-бытовое обслуживание инвалидов осуществляется в порядке и на основаниях, определяемых органами местного самоуправления с участием общественных объединений инвалидов.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления создают специальные службы социального обслуживания инвалидов, в том числе по доставке инвалидам продовольственных и промышленных товаров, и утверждают перечень заболеваний инвалидов, при которых они имеют право на льготное обслуживание.

Инвалидам, нуждающимся в постороннем уходе и помощи, предоставляются медицинские и бытовые услуги на дому либо в стационарных учреждениях. Условия пребывания инвалидов в стационарном учреждении социального обслуживания должны обеспечивать возможность реализации инвалидами их прав и законных интересов в соответствии с настоящим Федеральным законом и содействовать удовлетворению их потребностей.

Инвалиды имеют право на изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий и других видов протезных изделий (кроме зубных протезов из драгоценных металлов и других дорогостоящих материалов, приравненных по стоимости к драгоценным металлам) за счет средств федерального бюджета в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами (в том числе для абонентов с дефектами слуха), переговорными пунктами коллективного пользования.

Инвалидам устанавливается 50-процентная скидка за пользование телефоном и радиотрансляционной точкой.

Инвалиды обеспечиваются бытовыми приборами, тифло-, сурдо- и другими средствами, необходимыми им для социальной адаптации; ремонт указанных приборов и средств производится инвалидам бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации.

1.2. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 21 НОЯБРЯ 2011 Г. №323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ». ИЗВЛЕЧЕНИЯ

Глава 1. Общие положения

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее - в сфере охраны здоровья), и определяет:

- 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- 2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- 3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- 4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- 5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Глава 2. Основные принципы охраны здоровья

Статья 4. Основные принципы охраны здоровья

Основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

Статья 8. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья

Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации случаях.

Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

- 1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- 2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- 3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 6) установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;
- 7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;
- 8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.
2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.
3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Глава 4. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Статья 18. Право на охрану здоровья

1. Каждый имеет право на охрану здоровья.
2. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощью.

Статья 19. Право на медицинскую помощь

1. Каждый имеет право на медицинскую помощь.
2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

3. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

4. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством Российской Федерации.

5. Пациент имеет право на:

1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства.

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Статья 21. Выбор врача и медицинской организации

1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача. Особенности выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

2. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

3. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с частью 2 настоящей статьи, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

4. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

6. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выбор медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, осуществляется в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее - сеть «Интернет»), о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

8. Выбор врача и медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста осуществляется с учетом особенностей оказания медицинской помощи, установленных статьями 25 и 26 настоящего Федерального закона.

9. При оказании гражданам медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. В этом случае медицинская организация обязана оказать такому пациенту медицинскую помощь без участия обучающихся.

Статья 22. Информация о состоянии здоровья

1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

3. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

4. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

5. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.
2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.
3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Статья 28. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья

1. Граждане имеют право на создание общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья, формируемых на добровольной основе.
2. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и решении вопросов, связанных с нарушением таких норм и правил.
3. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья не вправе осуществлять рекламу конкретных торговых наименований лекарственных препаратов, биологически активных добавок, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания и заменителей грудного молока.

Глава 5. Организация охраны здоровья

Статья 32. Медицинская помощь

1. Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.
2. К видам медицинской помощи относятся:
 - 1) первичная медико-санитарная помощь;
 - 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
 - 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
 - 4) паллиативная медицинская помощь.
3. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:
 - 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
 - 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
 - 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
 - 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).
4. Формами оказания медицинской помощи являются:
 - 1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

5. Положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам оказания такой помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

2. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

- 1) этапы оказания медицинской помощи;
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

4. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
- 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 4) компонентов крови;
- 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- 6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

5. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Статья 40. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

1. Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

2. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

3. Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.

4. Санаторно-курортное лечение направлено на:

1) активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления;

2) восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

5. Порядок организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, перечень медицинских показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 43. Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих

1. Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается медицинская помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях.

2. Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством Российской Федерации исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

3. Особенности организации оказания медицинской помощи при отдельных заболеваниях, указанных в части 1 настоящей статьи, могут устанавливаться отдельными федеральными законами.

Глава 10. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Статья 80. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

1. В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предоставляются:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- 2) специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная;
- 3) скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
- 4) паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

2. При оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

3. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;

2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;

3) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов - по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

4) создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

5) транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований -

при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

б) транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизация биологического материала.

4. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации.

5. В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливаются:

1) перечень форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;

2) перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;

3) категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;

4) базовая программа обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

5) средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;

6) требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности медицинской помощи.

6. В части медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в программе государственных гарантий, устанавливаются:

1) перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

2) перечень заболеваний, состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

3) категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

4) порядок и условия оказания медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, целевые значения критериев доступности медицинской помощи.

7. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Статья 84. Оплата медицинских услуг

1. Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

2. Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

3. При оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи.

4. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

5. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

1) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

2) при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

3) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 настоящего Федерального закона.

6. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.3. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 24 НОЯБРЯ 1995 Г. № 181-ФЗ «О СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ». ИЗВЛЕЧЕНИЯ

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Медико-социальная экспертиза - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Социальная защита инвалидов - система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Социальная поддержка инвалидов - система мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения.

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида - разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями, медико-социальной экспертизы 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 или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Технические средства реабилитации инвалидов - устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

Статья 6. Ответственность за причинение вреда здоровью, приведшего к инвалидности

За причинение вреда здоровью граждан, приведшего к инвалидности, лица, виновные в этом, несут материальную, гражданско-правовую, административную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 10. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду

Государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета.

Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утверждается Правительством Российской Федерации.

Статья 11. Индивидуальная программа реабилитации инвалида

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

Отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от индивидуальной программы реабилитации в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Глава IV. Обеспечение жизнедеятельности инвалидов

Статья 13. Медицинская помощь инвалидам

Оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Статья 17. Обеспечение инвалидов жилой площадью

Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

См. Перечень заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь, утвержденный постановлением Правительства РФ от 21 декабря 2004 г. N 817

Дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, являющиеся сиротами или оставшиеся без попечения родителей, по достижении возраста 18 лет подлежат обеспечению жилыми помещениями вне очереди, если индивидуальная программа реабилитации инвалида предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести ему самостоятельный образ жизни.

Статья 19. Образование инвалидов

Государство поддерживает получение инвалидами образования и гарантирует создание инвалидам необходимых условий для его получения.

Статья 20. Обеспечение занятости инвалидов

Инвалидам предоставляются гарантии трудовой занятости федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации путем проведения следующих специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда

Статья 23. Условия труда инвалидов

Инвалидам, занятым в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, создаются необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

1.4. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 17 ИЮЛЯ 1999 Г. № 178-ФЗ «О ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ» С ИЗМЕНЕНИЯМИ И ДОПОЛНЕНИЯМИ НА 2 ИЮЛЯ 2013 Г. ИЗВЛЕЧЕНИЯ

Статья 1. Основные понятия

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

государственная социальная помощь - предоставление малоимущим семьям, малоимущим одиноко проживающим гражданам, а также иным категориям граждан, указанным в настоящем Федеральном законе, социальных пособий, социальных доплат к пенсии, субсидий, социальных услуг и жизненно необходимых товаров;

социальное пособие - безвозмездное предоставление гражданам определенной денежной суммы за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации;

субсидия - имеющая целевое назначение полная или частичная оплата предоставляемых гражданам социальных услуг;

набор социальных услуг - перечень социальных услуг, предоставляемых отдельным категориям граждан в соответствии с настоящим Федеральным законом;

социальная доплата к пенсии - предоставление гражданину (пенсионеру) денежной суммы к пенсии с учетом денежных выплат и отдельных мер социальной поддержки, предоставляемых в натуральной форме, которые предусмотрены настоящим Федеральным законом, иными федеральными законами, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, до величины прожиточного минимума пенсионера, установленной в соответствии с пунктом 4 статьи 4 Федерального закона от 24 октября 1997 года N 134-ФЗ «О прожиточном минимуме в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон «О прожиточном минимуме в Российской Федерации») в субъектах Российской Федерации по месту его жительства или месту пребывания, за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации. Социальная доплата к пенсии состоит из федеральной социальной доплаты к пенсии или региональной социальной доплаты к пенсии;

социальный контракт - соглашение, которое заключено между гражданином и органом социальной защиты населения по месту жительства или месту пребывания гражданина и в соответствии с которым орган социальной защиты населения обязуется оказать гражданину государственную социальную помощь, гражданин - реализовать мероприятия, предусмотренные программой социальной адаптации;

программа социальной адаптации - разработанные органом социальной защиты населения совместно с гражданином мероприятия, которые направлены на преодоление им трудной жизненной ситуации, определенной в соответствии с законодательством Российской Федерации, и включают в себя виды, объем и порядок реализации этих мероприятий.

Статья 4.1. Полномочия Российской Федерации в области оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации

1. К полномочиям Российской Федерации в области оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относятся следующие полномочия по организации обеспечения граждан,

включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, и не отказавшихся от получения социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 настоящего Федерального закона, лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов:

(см. текст в предыдущей редакции)

1) организация размещения заказов на поставки лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов;

(см. текст в предыдущей редакции)

2) заключение по итогам размещения государственных заказов на поставки лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов соответствующих государственных контрактов;

(см. текст в предыдущей редакции)

3) организация обеспечения населения лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, закупленными по государственным контрактам.

2. Средства на осуществление переданных в соответствии с частью 1 настоящей статьи полномочий предусматриваются в виде субвенций из федерального бюджета.

3. Общий объем средств, предусмотренных в федеральном бюджете в виде субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданных в соответствии с частью 1 настоящей статьи полномочий, определяется на основании методики, утвержденной Правительством Российской Федерации, исходя из:

(см. текст в предыдущей редакции)

1) численности граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, и не отказавшихся от получения социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;

(см. текст в предыдущей редакции)

2) норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, устанавливаемого ежегодно федеральным законом, принимаемым одновременно с федеральным законом о федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и на плановый период.

(см. текст в предыдущей редакции)

4. Субвенции зачисляются в установленном для исполнения федерального бюджета порядке на счета бюджетов субъектов Российской Федерации.

Глава 2. Государственная социальная помощь, оказываемая в виде предоставления гражданам набора социальных услуг

Статья 6.1. Право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг

В соответствии с настоящей главой право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг имеют следующие категории граждан:..

- 8) инвалиды;
- 9) дети-инвалиды.

Статья 6.2. Набор социальных услуг

1. В состав предоставляемого гражданам из числа категорий, указанных в статье 6.1 настоящего Федерального закона, набора социальных услуг включаются следующие социальные услуги:

1) обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;

(см. текст в предыдущей редакции)

1.1) предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний, в санаторно-курортные организации, определенные в соответствии с законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд;

(см. текст в предыдущей редакции)

2) бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

При предоставлении социальных услуг в соответствии с настоящей статьей граждане, имеющие I группу инвалидности, и дети-инвалиды имеют право на получение на тех же условиях второй путевки на санаторно-курортное лечение и на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица.

(см. текст в предыдущей редакции)

2. Правительство Российской Федерации утверждает перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, перечень медицинских изделий, перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии с пунктом 1 части 1 настоящей статьи, и порядки формирования таких перечней.

(см. текст в предыдущей редакции)

3. Длительность санаторно-курортного лечения в рамках предоставляемого гражданам набора социальных услуг в санаторно-курортной организации составляет 18 дней, для детей-инвалидов - 21 день, а для инвалидов с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга - от 24 до 42 дней.

(часть 3 введена Федеральным законом от 08.12.2010 N 345-ФЗ, в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

Статья 6.5. Оплата предоставления гражданину социальных услуг

1. На оплату предоставления гражданину набора социальных услуг направляется 705 рублей в месяц, в том числе:

на оплату социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 настоящего Федерального закона, 543 рубля;

на оплату социальной услуги, предусмотренной пунктом 1.1 части 1 статьи 6.2 настоящего Федерального закона, 84 рубля;

на оплату социальной услуги, предусмотренной пунктом 2 части 1 статьи 6.2 настоящего Федерального закона, 78 рублей.

(см. текст в предыдущей редакции).

1.5. ТРУДОВОЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 30 ДЕКАБРЯ 2001 Г. № 197-ФЗ (ТК РФ). ИЗВЛЕЧЕНИЯ

Статья 93. Неполное рабочее время

Работодатель обязан устанавливать неполный рабочий день (смену) или неполную рабочую неделю по просьбе беременной женщины, одного из родителей (опекуна, попечителя), имеющего ребенка в возрасте до четырнадцати лет (ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет), а также лица, осуществляющего уход за больным членом семьи в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Статья 94. Продолжительность ежедневной работы (смены)

Продолжительность ежедневной работы (смены) для инвалидов - в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Статья 96. Работа в ночное время

К работе в ночное время не допускаются: женщины, имеющие детей в возрасте до трех лет, инвалиды, работники, имеющие детей-инвалидов, а также работники, осуществляющие уход за больными членами их семей в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации,

Статья 115. (извлечения) Продолжительность ежегодного основного оплачиваемого отпуска

Ежегодный основной оплачиваемый отпуск предоставляется работникам продолжительностью 28 календарных дней.

Ежегодный основной оплачиваемый отпуск продолжительностью более 28 календарных дней (удлиненный основной отпуск) предоставляется работникам в соответствии с настоящим Кодексом и иными федеральными законами.

Статья 128. Отпуск без сохранения заработной платы. (извлечения)

Работодатель обязан на основании письменного заявления работника предоставить отпуск без сохранения заработной платы:

работающим инвалидам - до 60 календарных дней в году;

Статья 224. Дополнительные гарантии охраны труда отдельным категориям работников

В случаях, предусмотренных настоящим Кодексом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, работодатель обязан: создавать для инвалидов условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации; проводить другие мероприятия.

Статья 259. Гарантии беременным женщинам и лицам с семейными обязанностями при направлении в служебные командировки, привлечении к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни

Запрещаются направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни беременных женщин. Направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные

дни женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, допускаются только с их письменного согласия и при условии, что это не запрещено им в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. При этом женщины, имеющие детей в возрасте до трех лет, должны быть ознакомлены в письменной форме со своим правом отказаться от направления в служебную командировку, привлечения к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни. Гарантии, предусмотренные частью второй настоящей статьи, предоставляются также матерям и отцам, воспитывающим без супруга (супруги) детей в возрасте до пяти лет, работникам, имеющим детей-инвалидов, и работникам, осуществляющим уход за больными членами их семей в соответствии с медицинским заключением.

Статья 262. Дополнительные выходные дни лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами, и женщинам, работающим в сельской местности

Одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами по его письменному заявлению предоставляются четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из указанных лиц либо разделены ими между собой по их усмотрению. Оплата каждого дополнительного выходного дня производится в размере среднего заработка и порядке, который устанавливается федеральными законами.

Женщинам, работающим в сельской местности, может предоставляться по их письменному заявлению один дополнительный выходной день в месяц без сохранения заработной платы.

Статья 263. Дополнительные отпуска без сохранения заработной платы лицам, осуществляющим уход за детьми

Работнику, имеющему двух или более детей в возрасте до четырнадцати лет, работнику, имеющему ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет, одинокой матери, воспитывающей ребенка в возрасте до четырнадцати лет, отцу, воспитывающему ребенка в возрасте до четырнадцати лет без матери, коллективным договором могут устанавливаться ежегодные дополнительные отпуска без сохранения заработной платы в удобное для них время продолжительностью до 14 календарных дней. Указанный отпуск по письменному заявлению работника может быть присоединен к ежегодному оплачиваемому отпуску или использован отдельно полностью либо по частям. Перенесение этого отпуска на следующий рабочий год не допускается.

1.6. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 21.07.2014 № 212-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Принят Государственной Думой 4 июля 2014 года.

Глава 1. Общие положения

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые основы организации и осуществления общественного контроля за деятельностью органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

Статья 2. Правовая основа общественного контроля

1. Осуществление общественного контроля регулируется настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

2. Осуществление общественного контроля за деятельностью в области обеспечения обороны страны и безопасности государства, общественной безопасности и правопорядка, за деятельностью полиции, органов следствия, прокуратуры и судов, а также за деятельностью, связанной с исполнением наказаний, контролем за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, содержанием детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, оказанием психиатрической помощи, регулируется соответствующими федеральными законами.

3. Действие настоящего Федерального закона не распространяется на общественные отношения, регулируемые законодательством о выборах и референдумах.

4. Не допускается принятие нормативных правовых актов в целях воспрепятствования осуществлению общественного контроля.

Статья 3. Право граждан на участие в осуществлении общественного контроля

1. Граждане Российской Федерации (далее также - граждане) вправе участвовать в осуществлении общественного контроля как лично, так и в составе общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

2. Участие гражданина в осуществлении общественного контроля является добровольным. Никто не вправе оказывать воздействие на гражданина с целью принудить его к участию или неучастию в осуществлении общественного контроля, а также препятствовать реализации его права на участие в осуществлении общественного контроля.

3. Граждане участвуют в осуществлении общественного контроля в качестве общественных инспекторов и общественных экспертов в порядке, установленном настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами.

4. Общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации вправе участвовать в осуществлении общественного контроля в соответствии с настоящим Федеральным законом и другими федеральными

законами.

5. Общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации могут являться организаторами таких форм общественного контроля, как общественный мониторинг, общественное обсуждение, а также принимать участие в осуществлении общественного контроля в других формах, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

6. В случаях, предусмотренных федеральными законами, общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации, осуществляющие деятельность в отдельных сферах общественных отношений, могут быть наделены указанными федеральными законами дополнительными полномочиями по осуществлению общественного контроля.

7. Особенности осуществления общественного контроля профессиональными союзами и общественными объединениями потребителей могут устанавливаться соответствующими федеральными законами.

Статья 4. Общественный контроль

1. Под общественным контролем в настоящем Федеральном законе понимается деятельность субъектов общественного контроля, осуществляемая в целях наблюдения за деятельностью органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, а также в целях общественной проверки, анализа и общественной оценки издаваемых ими актов и принимаемых решений.

2. Общественный контроль может осуществляться как в формах, предусмотренных настоящим Федеральным законом, так и в иных формах, предусмотренных другими федеральными законами. При этом субъекты общественного контроля могут наделяться иными правами и нести иные обязанности помимо предусмотренных настоящим Федеральным законом.

Статья 5. Цели и задачи общественного контроля

1. Целями общественного контроля являются:

1) обеспечение реализации и защиты прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций;

2) обеспечение учета общественного мнения, предложений и рекомендаций граждан, общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций при принятии решений органами государственной власти, органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия;

3) общественная оценка деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, в целях защиты прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

2. Задачами общественного контроля являются:

1) формирование и развитие гражданского правосознания;

2) повышение уровня доверия граждан к деятельности государства, а также обеспечение тесного взаимодействия государства с институтами гражданского общества;

- 3) содействие предупреждению и разрешению социальных конфликтов;
- 4) реализация гражданских инициатив, направленных на защиту прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций;
- 5) обеспечение прозрачности и открытости деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия;
- 6) формирование в обществе нетерпимости к коррупционному поведению;
- 7) повышение эффективности деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

Статья 6. Принципы общественного контроля

Общественный контроль осуществляется на основе следующих принципов:

- 1) приоритет прав и законных интересов человека и гражданина;
- 2) добровольность участия в осуществлении общественного контроля;
- 3) самостоятельность субъектов общественного контроля и их независимость от органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия;
- 4) публичность и открытость осуществления общественного контроля и общественного обсуждения его результатов;
- 5) законность деятельности субъектов общественного контроля;
- 6) объективность, беспристрастность и добросовестность субъектов общественного контроля, достоверность результатов осуществляемого ими общественного контроля;
- 7) обязательность рассмотрения органами государственной власти, органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, итоговых документов, подготовленных по результатам общественного контроля, а в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами, учет указанными органами и организациями предложений, рекомендаций и выводов, содержащихся в этих документах;
- 8) многообразие форм общественного контроля;
- 9) недопустимость необоснованного вмешательства субъектов общественного контроля в деятельность органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и оказания неправомерного воздействия на указанные органы и организации;
- 10) презумпция добросовестности деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, за деятельностью которых осуществляется общественный контроль;

11) недопустимость вмешательства в сферу деятельности политических партий;

12) соблюдение нейтральности субъектами общественного контроля, исключающей возможность влияния решений политических партий на осуществление общественного контроля.

Статья 7. Информационное обеспечение общественного контроля

1. В целях информационного обеспечения общественного контроля, обеспечения его публичности и открытости субъектами общественного контроля могут создаваться специальные сайты, а также в соответствии с законодательством Российской Федерации могут использоваться официальные сайты органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, общественных палат субъектов Российской Федерации и общественных палат (советов) муниципальных образований.

2. Субъекты общественного контроля осуществляют информационное взаимодействие между собой, а также с органами государственной власти и органами местного самоуправления, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Субъекты общественного контроля размещают на сайтах, информацию о своей деятельности с указанием адресов электронной почты, по которым пользователем информацией может быть направлен запрос и получена запрашиваемая информация, а также информация, требования об обеспечении открытого доступа к которой содержатся в законодательстве Российской Федерации об общественном контроле.

Статья 8. Доступ к информации об общественном контроле

1. Доступ к информации об общественном контроле, за исключением информации, содержащей сведения, составляющие государственную тайну, сведения о персональных данных, и информации, доступ к которой ограничен федеральными законами, является открытым.

2. Доступ к информационным ресурсам, включающим информацию, содержащую сведения, составляющие государственную тайну, сведения о персональных данных, и информацию, доступ к которой ограничен федеральными законами, регулируется законодательством Российской Федерации о государственной тайне, законодательством Российской Федерации об информации, информационных технологиях и о защите информации, законодательством Российской Федерации о персональных данных.

3. Субъекты общественного контроля по запросам средств массовой информации обязаны предоставлять информацию, предусмотренную законодательством Российской Федерации об общественном контроле.

Глава 2. Статус субъектов общественного контроля

Статья 9. Субъекты общественного контроля

1. Субъектами общественного контроля являются:

- 1) Общественная палата Российской Федерации;
- 2) общественные палаты субъектов Российской Федерации;
- 3) общественные палаты (советы) муниципальных образований;
- 4) общественные советы при федеральных органах исполнительной власти, общественные советы при законодательных (представительных) и исполнительных

органах государственной власти субъектов Российской Федерации.

2. Для осуществления общественного контроля в случаях и порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации, могут создаваться:

- 1) общественные наблюдательные комиссии;
- 2) общественные инспекции;
- 3) группы общественного контроля;
- 4) иные организационные структуры общественного контроля.

Статья 10. Права и обязанности субъектов общественного контроля

1. Субъекты общественного контроля вправе:

1) осуществлять общественный контроль в формах, предусмотренных настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами;

2) выступать в качестве инициаторов, организаторов мероприятий, проводимых при осуществлении общественного контроля, а также участвовать в проводимых мероприятиях;

3) запрашивать в соответствии с законодательством Российской Федерации у органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, необходимую для осуществления общественного контроля информацию, за исключением информации, содержащей сведения, составляющие государственную тайну, сведения о персональных данных, и информации, доступ к которой ограничен федеральными законами;

4) посещать в случаях и порядке, которые предусмотрены федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами, соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия;

5) подготавливать по результатам осуществления общественного контроля итоговый документ и направлять его на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и в средства массовой информации;

6) в случае выявления фактов нарушения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций направлять в соответствии с федеральным законодательством материалы, полученные в ходе осуществления общественного контроля, Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченному при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, Уполномоченному при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей, уполномоченным по правам человека, по правам ребенка, по защите прав предпринимателей, по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации и в органы прокуратуры;

7) обращаться в суд в защиту прав неопределенного круга лиц, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций в случаях, предусмотренных федеральными законами;

8) пользоваться иными правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации.

2. Субъекты общественного контроля при его осуществлении обязаны:

- 1) соблюдать законодательство Российской Федерации об общественном контроле;
- 2) соблюдать установленные федеральными законами ограничения, связанные с деятельностью государственных органов и органов местного самоуправления;
- 3) не создавать препятствий законной деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия;
- 4) соблюдать конфиденциальность полученной в ходе осуществления общественного контроля информации, если ее распространение ограничено федеральными законами;
- 5) обнародовать информацию о своей деятельности по осуществлению общественного контроля и о результатах контроля в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 6) нести иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Статья 11. Конфликт интересов при осуществлении общественного контроля

1. Общественный инспектор, общественный эксперт или иное лицо субъекта общественного контроля не допускается к осуществлению общественного контроля при наличии конфликта интересов при осуществлении общественного контроля.

2. Под конфликтом интересов в настоящем Федеральном законе понимается ситуация, при которой личная заинтересованность общественного инспектора, общественного эксперта или иного лица субъекта общественного контроля влияет или может повлиять на объективность и беспристрастность осуществления общественного контроля и при которой возникает или может возникнуть противоречие между личной заинтересованностью общественного инспектора, общественного эксперта или иного лица субъекта общественного контроля и целями и задачами общественного контроля, установленными настоящим Федеральным законом.

3. Под личной заинтересованностью общественного инспектора, общественного эксперта или иного лица субъекта общественного контроля, которая влияет или может повлиять на объективность и беспристрастность осуществления общественного контроля, в настоящем Федеральном законе понимается возможность получения общественным инспектором, общественным экспертом или иным лицом субъекта общественного контроля доходов в виде денег, ценностей, иного имущества, в том числе имущественных прав, либо услуг для себя или для третьих лиц.

4. В случае возникновения у общественного инспектора, общественного эксперта или иного лица субъекта общественного контроля личной заинтересованности, которая приводит или может привести к конфликту интересов, общественный инспектор, общественный эксперт или иное лицо субъекта общественного контроля обязаны проинформировать об этом соответственно субъекта общественного контроля или организационные структуры, указанные в части 2 статьи 9 настоящего Федерального закона, в письменной форме.

Статья 12. Общественная палата Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований

Общественная палата Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований осуществляют общественный контроль в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 4 апреля 2005 года N 32-ФЗ «Об Общественной палате Российской Федерации», законами субъектов Российской Федерации и муниципальными нормативными правовыми актами о соответствующих общественных палатах.

Статья 13. Общественные советы при федеральных органах исполнительной власти, общественные советы при законодательных (представительных) и исполнительных органах государственной власти субъектов Российской Федерации

1. Общественные советы при федеральных органах исполнительной власти, общественные советы при законодательных (представительных) и исполнительных органах государственной власти субъектов Российской Федерации выполняют консультативно-совещательные функции и участвуют в осуществлении общественного контроля в порядке и формах, которые предусмотрены настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, положениями об общественных советах.

2. Общественные советы содействуют учету прав и законных интересов общественных объединений, правозащитных, религиозных и иных организаций при общественной оценке деятельности федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

3. Общественные советы могут создаваться при органах местного самоуправления.

4. В состав общественного совета не могут входить лица, замещающие государственные должности Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, должности государственной службы Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, и лица, замещающие муниципальные должности и должности муниципальной службы, а также другие лица, которые в соответствии с Федеральным законом от 4 апреля 2005 года N 32-ФЗ «Об Общественной палате Российской Федерации» не могут быть членами Общественной палаты Российской Федерации.

5. Общественные советы при федеральных органах исполнительной власти формируются на конкурсной основе, если иной порядок формирования общественных советов при отдельных федеральных органах исполнительной власти не предусмотрен нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации или Правительства Российской Федерации. Организатором конкурса является Общественная палата Российской Федерации.

6. Требования к кандидатурам в состав общественного совета при федеральном органе исполнительной власти разрабатываются соответствующим федеральным органом исполнительной власти совместно с Общественной палатой Российской Федерации. Правом выдвижения кандидатур в члены общественных советов обладают общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации, целями деятельности которых являются представление

или защита общественных интересов и (или) выполнение экспертной работы в сфере общественных отношений. Состав общественного совета, сформированный из числа кандидатур, отобранных на конкурсной основе, утверждается руководителем соответствующего федерального органа исполнительной власти по согласованию с советом Общественной палаты Российской Федерации. Председатель общественного совета избирается членами общественного совета из своего состава.

Статья 14. Общественные наблюдательные комиссии

1. Общественные наблюдательные комиссии осуществляют общественный контроль за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания.

2. Полномочия общественных наблюдательных комиссий по контролю за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и порядок их деятельности регулируются Федеральным законом от 10 июня 2008 года N 76-ФЗ «Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания».

Статья 15. Общественные инспекции и группы общественного контроля

1. Общественные инспекции и группы общественного контроля осуществляют общественный контроль в целях содействия соблюдению законодательства, защиты прав и свобод человека и гражданина, учета общественных интересов в отдельных сферах общественных отношений во взаимодействии с органами государственной власти и органами местного самоуправления, в компетенцию которых входит осуществление государственного контроля (надзора) или муниципального контроля за деятельностью органов и (или) организаций, в отношении которых осуществляется общественный контроль.

2. Полномочия, порядок организации и деятельности общественных инспекций и групп общественного контроля определяются федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

Статья 16. Взаимодействие субъектов общественного контроля с органами государственной власти и органами местного самоуправления

1. Органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, рассматривают итоговые документы, подготовленные по результатам общественного контроля, а в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами, учитывают предложения, рекомендации и выводы, содержащиеся в этих документах. В случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами, предложения, рекомендации и выводы, содержащиеся в итоговых документах, учитываются при оценке эффективности деятельности государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, в компетенцию которых входит осуществление государственного контроля (надзора)

или муниципального контроля за деятельностью органов и организаций, в отношении которых осуществляется общественный контроль, рассматривают направленные им итоговые документы, подготовленные по результатам общественного контроля, и направляют субъектам общественного контроля обоснованные ответы.

3. О результатах рассмотрения итоговых документов, указанных в части 2 настоящей статьи, субъекты общественного контроля информируются не позднее тридцати дней со дня их получения, а в случаях, не терпящих отлагательства, - незамедлительно.

4. Органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, при осуществлении общественного контроля вправе:

1) получать от субъектов общественного контроля информацию об осуществлении общественного контроля и о его результатах;

2) направлять субъектам общественного контроля обоснованные возражения на предложения и рекомендации, содержащиеся в итоговых документах, подготовленных по результатам общественного контроля;

3) размещать информацию по вопросам общественного контроля за осуществляемой ими деятельностью на своих официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

5. Органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, при осуществлении общественного контроля обязаны:

1) предоставлять субъектам общественного контроля в случаях и порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации, информацию о своей деятельности, представляющей общественный интерес;

2) рассматривать направленные им запросы субъектов общественного контроля в порядке и сроки, которые установлены законодательством Российской Федерации, регулирующим отдельные сферы общественных отношений, предоставлять запрашиваемую информацию, за исключением информации, содержащей сведения, составляющие государственную тайну, сведения о персональных данных, и информации, доступ к которой ограничен федеральными законами;

3) рассматривать направленные им итоговые документы, подготовленные по результатам общественного контроля, а в случаях, предусмотренных федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации и муниципальными нормативными правовыми актами, учитывать предложения, рекомендации и выводы, содержащиеся в итоговых документах, и принимать меры по защите прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

6. Особенности осуществления общественного контроля за отдельными сферами деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, могут определяться законодательством Российской Федерации.

Статья 17. Ассоциации и союзы субъектов общественного контроля

1. Субъекты общественного контроля в целях координации своей деятельности, объединения усилий и средств для повышения эффективности общественного контроля вправе создавать ассоциации и союзы субъектов общественного контроля, а также проводить совместные мероприятия.

2. Субъекты общественного контроля взаимодействуют между собой на основе принципов открытости, прозрачности, равноправия и сотрудничества.

3. Ассоциации и союзы субъектов общественного контроля вправе разрабатывать и утверждать правила этики субъектов общественного контроля, принципы и механизмы эффективного осуществления общественного контроля.

Глава 3. Формы и порядок осуществления общественного контроля

Статья 18. Формы общественного контроля

1. Общественный контроль осуществляется в формах общественного мониторинга, общественной проверки, общественной экспертизы, в иных формах, не противоречащих настоящему Федеральному закону, а также в таких формах взаимодействия институтов гражданского общества с государственными органами и органами местного самоуправления, как общественные обсуждения, общественные (публичные) слушания и другие формы взаимодействия.

2. Общественный контроль может осуществляться одновременно в нескольких формах.

3. Порядок осуществления общественного контроля, определяется настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами.

Статья 19. Общественный мониторинг

1. Под общественным мониторингом в настоящем Федеральном законе понимается осуществляемое субъектом общественного контроля постоянное (систематическое) или временное наблюдение за деятельностью органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

2. Организаторами общественного мониторинга являются Общественная палата Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований, общественные наблюдательные комиссии, общественные инспекции, общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации.

3. Общественный мониторинг проводится публично и открыто с использованием информационно-телекоммуникационных систем, в том числе информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

4. Порядок проведения общественного мониторинга и определения его результатов устанавливается организатором общественного мониторинга. Организатор общественного мониторинга обнародует информацию о предмете общественного мониторинга, сроках, порядке его проведения и определения его результатов в соответствии с настоящим Федеральным законом.

5. Субъектом общественного контроля по результатам проведения общественного мониторинга может быть подготовлен итоговый документ, который подлежит обязательному рассмотрению органами государственной власти, органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

6. Итоговый документ, подготовленный по результатам общественного мониторинга, обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

7. В зависимости от результатов общественного мониторинга его организатор вправе инициировать проведение общественного обсуждения, общественных (публичных) слушаний, общественной проверки, общественной экспертизы, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных общественных мероприятий.

Статья 20. Общественная проверка

1. Под общественной проверкой в настоящем Федеральном законе понимается совокупность действий субъекта общественного контроля по сбору и анализу информации, проверке фактов и обстоятельств, касающихся общественно значимой деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, а также деятельности, затрагивающей права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций. Общественные проверки проводятся в случаях и порядке, которые предусмотрены федеральными законами.

2. Инициаторами общественной проверки могут быть Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей, уполномоченные по правам человека, по правам ребенка, по защите прав предпринимателей, по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации, Общественная палата Российской Федерации, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований и иные субъекты общественного контроля.

3. Порядок организации и проведения общественной проверки устанавливается ее организатором в соответствии с настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

4. Организатор общественной проверки доводит до сведения руководителя проверяемого органа или организации информацию об общественной проверке, о сроках, порядке ее проведения и определения результатов.

5. Срок проведения общественной проверки не должен превышать тридцать дней.

6. При подготовке общественной проверки ее организатор вправе направить в проверяемые орган или организацию запрос о предоставлении необходимых для проведения общественной проверки документов и других материалов.

7. По результатам общественной проверки ее организатор подготавливает итоговый документ (акт), который должен содержать, в частности, основания для проведения общественной проверки, перечень документов и других материалов, изученных в ходе общественной проверки, установленные и документально подтвержденные факты и обстоятельства нарушения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций или запись об отсутствии таковых, выводы о результатах общественной проверки и предложения и рекомендации по устранению выявленных нарушений.

8. Итоговый документ (акт), подготовленный по результатам общественной проверки, направляется руководителю проверяемого органа или организации, а также иным заинтересованным лицам, размещается субъектами общественного контроля в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Статья 21. Права и обязанности общественного инспектора

1. Общественный инспектор - гражданин, привлеченный на общественных началах для проведения общественной проверки. Общественный инспектор при проведении общественной проверки пользуется необходимыми для ее эффективного проведения правами, установленными законодательством Российской Федерации, регулирующим порядок проведения общественных проверок в отдельных сферах государственного управления, в том числе правом получать информацию, необходимую для проведения общественной проверки, подготавливать по результатам общественной проверки итоговый документ (заключение) и участвовать в его подготовке, а также высказывать особое мнение в итоговом документе.

2. Итоговый документ (заключение), представленный общественным инспектором организатору общественной проверки, должен содержать объективные, достоверные и обоснованные выводы о результатах общественной проверки, а также предложения и рекомендации.

3. Общественный инспектор обязан сообщить организатору общественной проверки о наличии у общественного инспектора конфликта интересов, а также о любых попытках подкупа или давления на него. Информация об этом обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

4. В случае нарушения общественным инспектором обязанностей, установленных частями 2 и 3 настоящей статьи, он не может быть участником данной общественной проверки и в дальнейшем привлекаться к проведению другой общественной проверки.

Статья 22. Общественная экспертиза

1. Под общественной экспертизой в настоящем Федеральном законе понимаются основанные на использовании специальных знаний и (или) опыта специалистов, привлеченных субъектом общественного контроля к проведению общественной экспертизы на общественных началах, анализ и оценка актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, проверка соответствия таких актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов требованиям законодательства, а также проверка соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

2. Проведение общественной экспертизы является обязательным в отношении актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов в случаях, установленных федеральными законами.

3. Общественная экспертиза может проводиться по инициативе органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

4. Инициаторами проведения общественной экспертизы могут быть

Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей, уполномоченные по правам человека, по правам ребенка, по защите прав предпринимателей, по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Общественная палата Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований и иные субъекты общественного контроля.

5. Порядок проведения общественной экспертизы устанавливается ее организатором в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

6. Если проведение общественной экспертизы в соответствии с федеральным законодательством является обязательным, организатор общественной экспертизы может привлечь на общественных началах к проведению общественной экспертизы специалиста в соответствующей области знаний (общественного эксперта) либо сформировать экспертную комиссию. Экспертная комиссия формируется из общественных экспертов, имеющих соответствующее образование и квалификацию в различных областях знаний.

7. Отбор кандидатур для включения в состав общественных экспертов осуществляется организатором общественной экспертизы на основании сведений, предоставленных научными и (или) образовательными организациями, общественными объединениями и иными негосударственными некоммерческими организациями, а также на основании сведений, размещенных на личных страницах общественных экспертов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

8. Срок проведения общественной экспертизы не может превышать сто двадцать дней со дня объявления о проведении общественной экспертизы, если иное не установлено федеральными законами.

9. Итоговый документ (заключение), подготовленный по результатам общественной экспертизы, должен содержать:

1) объективные, достоверные и обоснованные выводы общественных экспертов (экспертной комиссии) о соответствии или несоответствии акта, проекта акта, решения, проекта решения, документа или других материалов, в отношении которых проводилась общественная экспертиза, или их отдельных положений законодательству Российской Федерации, а также о соблюдении или несоблюдении прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций;

2) общественную оценку социальных, экономических, правовых и иных последствий принятия акта, проекта акта, решения, проекта решения, документа или других материалов, в отношении которых проводилась общественная экспертиза;

3) предложения и рекомендации по совершенствованию акта, проекта акта, решения, проекта решения, документа или других материалов, в отношении которых проводилась общественная экспертиза.

10. Итоговый документ (заключение), подготовленный по результатам общественной экспертизы, направляется на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и обнаружится в

соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Статья 23. Права и обязанности общественного эксперта

1. Общественный эксперт при проведении общественной экспертизы пользуется необходимыми для ее эффективного проведения правами, установленными законодательством Российской Федерации, регулирующим порядок проведения общественной экспертизы в отдельных сферах общественных отношений, в том числе правом подготавливать по результатам общественной экспертизы итоговый документ (заключение) либо участвовать в подготовке общего итогового документа (общего заключения).

2. Итоговый документ (заключение), представленный общественным экспертом организатору общественной экспертизы, должен содержать объективные, достоверные и обоснованные выводы о результатах общественной экспертизы.

3. Общественный эксперт обязан сообщить организатору общественной экспертизы о наличии у общественного эксперта конфликта интересов, а также о любых попытках подкупа или давления на него. Информация об этом обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

4. В случае нарушения общественным экспертом обязанностей, установленных частями 2 и 3 настоящей статьи, он не может быть участником данной общественной экспертизы и в дальнейшем привлекаться к проведению других общественных экспертиз.

Статья 24. Общественное обсуждение

1. Под общественным обсуждением в настоящем Федеральном законе понимается используемое в целях общественного контроля публичное обсуждение общественно значимых вопросов, а также проектов решений органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, с обязательным участием в таком обсуждении уполномоченных лиц указанных органов и организаций, представителей граждан и общественных объединений, интересы которых затрагиваются соответствующим решением.

2. Общественное обсуждение проводится с привлечением к участию в нем представителей различных профессиональных и социальных групп, в том числе лиц, права и законные интересы которых затрагивает или может затронуть решение, проект которого выносится на общественное обсуждение.

3. Общественное обсуждение проводится публично и открыто. Участники общественного обсуждения вправе свободно выражать свое мнение и вносить предложения по вопросам, вынесенным на общественное обсуждение. Общественное обсуждение указанных вопросов может проводиться через средства массовой информации, в том числе через информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет».

4. Порядок проведения общественного обсуждения устанавливается его организатором в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами. Организатор общественного обсуждения в соответствии с настоящим Федеральным законом заблаговременно обнародует информацию о вопросе, выносимом на

общественное обсуждение, сроке, порядке его проведения и определения его результатов. При этом организатор обеспечивает всем участникам общественного обсуждения свободный доступ к имеющимся в его распоряжении материалам, касающимся вопроса, выносимого на общественное обсуждение.

5. По результатам общественного обсуждения подготавливается итоговый документ (протокол), который направляется на рассмотрение в органы государственной власти или органы местного самоуправления и обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Статья 25. Общественные (публичные) слушания

1. Под общественными (публичными) слушаниями в настоящем Федеральном законе понимается собрание граждан, организуемое субъектом общественного контроля, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, для обсуждения вопросов, касающихся деятельности указанных органов и организаций и имеющих особую общественную значимость либо затрагивающих права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

2. Общественные (публичные) слушания проводятся по вопросам государственного и муниципального управления в сферах охраны окружающей среды, градостроительной деятельности, закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд и в других сферах в случаях, установленных федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

3. Общественные (публичные) слушания проводятся в помещении, пригодном для размещения в нем представителей различных групп населения, права и законные интересы которых затрагивают вопросы, вынесенные на общественные (публичные) слушания. Организатор слушаний не вправе ограничить доступ в помещение заинтересованных лиц или их представителей.

4. Общественные (публичные) слушания проводятся публично и открыто. Участники общественных (публичных) слушаний вправе свободно высказывать свое мнение и вносить предложения и замечания по вопросу, вынесенному на общественные (публичные) слушания.

5. Порядок проведения общественных (публичных) слушаний и определения их результатов устанавливается их организатором в соответствии с законодательством Российской Федерации. Организатор общественных (публичных) слушаний в соответствии с настоящим Федеральным законом заблаговременно обнародует информацию о вопросе, вынесенном на общественные (публичные) слушания, а также о дате, времени, месте и порядке их проведения и определения их результатов. При этом организатор общественных (публичных) слушаний обеспечивает всем их участникам свободный доступ к имеющимся в его распоряжении материалам, касающимся вопроса, вынесенного на общественные (публичные) слушания.

6. По результатам общественных (публичных) слушаний их организатор составляет итоговый документ (протокол), содержащий обобщенную информацию о ходе общественных (публичных) слушаний, в том числе о мнениях их участников, поступивших предложениях и заявлениях, об одобренных большинством участников

слушаний рекомендаций.

7. Итоговый документ (протокол), подготовленный по результатам общественных (публичных) слушаний, направляется на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Статья 26. Определение и обнародование результатов общественного контроля

1. Определение и обнародование результатов общественного контроля осуществляются путем подготовки и направления в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, итогового документа, подготовленного по результатам общественного контроля: итогового документа общественного мониторинга, акта общественной проверки, заключения общественной экспертизы, протокола общественного обсуждения, протокола общественных (публичных) слушаний, а также в иных формах, предусмотренных федеральными законами.

2. В итоговом документе, подготовленном по результатам общественного контроля, указываются место и время осуществления общественного контроля, задачи общественного контроля, субъекты общественного контроля, формы общественного контроля, установленные при осуществлении общественного контроля факты и обстоятельства, предложения, рекомендации и выводы. К итоговому документу прилагаются иные документы, полученные при осуществлении общественного контроля.

3. Общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации на основании результатов общественного контроля вправе:

1) направлять в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, предложения и рекомендации по совершенствованию их деятельности, а также по устранению причин и условий, способствовавших нарушению прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций;

2) выдвигать общественную инициативу в соответствии с законодательством Российской Федерации;

3) оспаривать в установленном федеральным законом порядке (в том числе в судебном и (или) административном порядке) нормативные правовые акты, решения и действия (бездействие) органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

4. Субъекты общественного контроля в соответствии с настоящим Федеральным законом обнародуют информацию о своей деятельности, о проводимых мероприятиях общественного контроля и об их результатах, в том числе размещают ее в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в средствах массовой информации, а также при необходимости направляют информацию о результатах общественного контроля в органы прокуратуры и (или)

органы государственной власти и органы местного самоуправления, в компетенцию которых входит осуществление государственного контроля (надзора) или муниципального контроля за деятельностью органов и (или) организаций, в отношении которых осуществляется общественный контроль.

5. Органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, обязаны рассматривать направленные им итоговые документы, подготовленные по результатам общественного контроля, и в установленный законодательством Российской Федерации срок направлять соответствующим субъектам общественного контроля обоснованные ответы.

Глава 4. Ответственность за нарушение законодательства Российской Федерации Об общественном контроле

Статья 27. Ответственность за нарушение законодательства Российской Федерации об общественном контроле

1. Субъект общественного контроля в случае нарушения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций вносит предложения в соответствующие органы государственной власти и органы местного самоуправления о привлечении к ответственности виновных должностных лиц.

2. Воспрепятствование законной деятельности субъектов общественного контроля, необоснованное вмешательство субъектов общественного контроля в деятельность органов государственной власти и органов местного самоуправления, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и оказание неправомерного воздействия на указанные органы и организации влекут ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

3. Нарушение субъектом общественного контроля, общественным инспектором, общественным экспертом или иным лицом субъекта общественного контроля настоящего Федерального закона, в том числе размещение в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» искаженных или недостоверных сведений о результатах общественного контроля, влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Президент
Российской Федерации
В.ПУТИН
Москва, Кремль
21 июля 2014 года
N 212-ФЗ

1.7. ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТОВ В РОССИИ

Настоящая Декларация о правах пациентов в России разработана на основе:

- Конституции Российской Федерации;
- законов Российской Федерации;
- Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (принята Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994),
- Европейской хартии прав пациентов (разработана рабочей группой представителей государств-членов ЕС, проект обсужден в Риме 7 сент. 2002 г. при поддержке Инициативы Active Citizenship Network и European Charter of Patients Right);
- Хартии основных прав человека Европейского Союза⁷;
- теории и практики охраны здоровья, медицинской помощи и защиты прав пациентов в России.

Декларация принята на Первом Всероссийском конгрессе пациентов 28 мая 2010 года в Москве.

Преамбула

Несмотря на конституционные и законами определенные права пациентов в России, различные барьеры продолжают ограничивать доступ многих людей к необходимой медицинской помощи, что приводит к ухудшению их здоровья, инвалидизации и преждевременной смерти. Невозможно мириться с тем, что права, установленные законами, не соблюдаются, тем более что Россия стремится к построению правового, социально ориентированного государства, что следует из ст. 7 Конституции Российской Федерации. Государство и общество должны находить механизмы взаимодействия и взаимопонимания, которые позволят решать проблемы, как отдельных граждан, так и больших групп населения. Эти механизмы должны включать в себя неукоснительное соблюдение прав, что достижимо только при открытом диалоге, направленном, в частности, на соблюдение прав граждан на здоровье и медицинскую помощь, при наиболее эффективном использовании ресурсов здравоохранения.

Настоящая Декларация базируется на российском законодательстве и учитывает самые современные мировые достижения в области прав пациентов. Четырнадцать основных прав пациентов признаны в Европе – это права: на профилактику болезней, доступность медицинской помощи, информацию, информированное согласие и отказ, свободу выбора, частную жизнь и конфиденциальность, уважение времени пациента, выполнение стандартов, безопасность, инновации, исключение боли и страданий, индивидуальное лечение, жалобы и компенсации. К этим четырнадцати правам следует добавить еще два права: право членов семьи пациента, а также право пациента на защиту.

Настоящая Декларация выражает консолидированное мнение гражданского общества о необходимости принятия в России мер по созданию более совершенных механизмов реализации прав пациентов, улучшению правовых норм и механизмов защиты прав. Основой этих процессов должна быть максимальная открытость. Ни одно решение, способное повлиять на систему охраны здоровья, не должно приниматься государством без общественных слушаний.

Декларация обращается к гражданскому обществу, институтам государства и ко всем тем, кто может своими действиями содействовать защите или реализации

⁷ 30 марта 2010 г. Европейский Парламент, Совет и Комиссия ЕС приняли новую версию Хартии основных прав человека Европейского Союза (документ 2010/C 83/02, опубликован в Официальном бюллетене ЕС, № 83 за 2010 г.).

этих прав. Реализация положений Декларации должна стать приоритетной задачей любых объединений активных граждан, которые занимаются вопросами прав пациентов, но она обращена также к специалистам и администраторам здравоохранения, к законодателям, государственным и правоохранительным органам.

Первый Всероссийский конгресс пациентов и обществ пациентов считает необходимым принять настоящую Декларацию о правах пациентов в России для применения государством изложенных в Декларации норм, приведения политики и законодательства в соответствие с ними.

Часть 1. Права пациентов

1.8. Право на профилактические мероприятия

Каждый человек имеет право на создание условий для здорового образа жизни, на необходимые и своевременные мероприятия для предупреждения и раннего выявления болезней.

Система здравоохранения должна стремиться не допускать появления заболеваний, а при возникновении устранять их на максимально ранней стадии. Медицинские организации обязаны преследовать эту цель, при этом они должны вести разъяснительную работу среди населения, обеспечивать регулярное проведение бесплатных мероприятий для различных уязвимых групп населения, обеспечивать доступность результатов научного поиска и технологических инноваций для всех граждан.

Государство должно вести ответственную политику в сфере обоснованности профилактических мероприятий, объективно оценивая соотношение рисков профилактической кампании и реальной опасности возникновения и/или распространения заболевания для общества и каждого человека.

1.2. Право на доступность медицинской помощи

Каждый человек имеет право на доступность медицинской помощи, необходимой для обеспечения его здоровья. Каждый человек имеет право на необходимое, своевременное и безопасное лечение*.

Каждый человек имеет право на скорую, неотложную, амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, реабилитацию и уход.

Система здравоохранения должна обеспечивать одинаковую доступность медицинской помощи для всех граждан (в том числе в местах лишения свободы) – без дискриминации на почве финансовых средств, места проживания, вида болезни, дееспособности, времени обращения за медицинской помощью пациента или по любым другим основаниям.

Государство должно устранить барьеры к получению медицинской помощи в виде платности в государственных и муниципальных учреждениях, обязательности представления полисов ОМС, регистрации по месту жительства и иных условий, ограничивающих конституционное право граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Обеспечение необходимыми лекарствами должно быть бесплатным.

Человек, страдающий редкой болезнью, имеет такое же право на необходимое лечение и лекарственные средства, как люди с распространенными заболеваниями.

* Доступность медицинской помощи включает три основных параметра: временная доступность (своевременность оказания помощи), территориальная доступность (помощь максимально приближена к месту проживания пациента) и материальная доступность (снижение или компенсация бремени расходов пациента на покрытие издержек системы здравоохранения).

1.3. Право на информацию

Каждый человек имеет право на доступ к информации о состоянии его здоровья, здравоохранении и возможностях использования системы здравоохранения, обо всех применяемых в медицинской практике методах и средствах, технологиях, порядках, стандартах. Эта информация должна быть основана на результатах соответствующих исследований и технологических инновациях.

Организации и специалисты здравоохранения обязаны предоставлять пациентам полную информацию о правах пациентов.

Органы, организации и специалисты здравоохранения должны предоставлять необходимую пациенту информацию по его требованию или просьбе в ходе реализации пациентом его прав. При этом следует учитывать религиозные, этнические и языковые особенности пациента.

Информация не может предоставляться пациенту в грубой форме или в виде одолжения. Пациент имеет право на уважительное и гуманное к себе отношение.

Письменная форма информирования не должна заменять общение врача и пациента. Информация не может быть предоставлена гражданину против его воли.

Медицинская организация и медицинский персонал должны общаться с пациентом на языке, который он понимает, и таким образом, чтобы сказанное было понятно человеку без медицинского образования в соответствии с его возможностями.

Система здравоохранения должна сделать информацию легко доступной, снять бюрократические барьеры в сфере доступа к информации, обучать медицинские организации и персонал информированию, изготавливать и распространять информационные материалы.

Каждый пациент имеет право на ознакомление со всей медицинской документацией, касающейся состояния его здоровья, а также право копировать эту документацию, задавать вопросы и получать разъяснения по ее содержанию, и требовать исправления возникающих ошибок.

Каждому пациенту должно быть предложено поставить подпись в медицинских документах об ознакомлении с записями в них врача и/или о согласии (несогласии) с предложенным медицинским вмешательством.

Каждый пациент больницы (стационара) имеет право на непрерывное и основательное информирование.

Каждый человек имеет право на прямой доступ к информации о научных исследованиях, возможностях фармакотерапии и технологических инновациях. Такая информация может предоставляться из общественных или частных источников, если она отвечает критериям достоверности, надежности и прозрачности.

1.4. Право на информированное согласие и на отказ от медицинского вмешательства

Каждый человек имеет право на доступ ко всей информации, позволяющей ему полноценно участвовать в решениях, касающихся его здоровья и предстоящей медицинской помощи. Доступ к такой информации является условием проведения всех методов медицинского вмешательства, включая участие в научных исследованиях.

Медицинская организация и медицинский персонал обязаны по требованию или просьбе пациента подробно информировать его о предлагаемом лечении и связанных с ними рисках и осложнениях, побочных эффектах, альтернативных способах диагностики и лечения, их преимуществах и недостатках, о возможных

изменениях плана лечения в процессе лечения (в том числе в процессе операции, при развитии осложнений, побочных нежелательных реакциях).

Информирование должно производиться своевременно (при плановых вмешательствах не позднее, чем за 24 часа до начала лечения), чтобы пациент мог активно участвовать в терапевтических решениях, касающихся его здоровья.

Пациент имеет право назначить своего представителя устным или письменным заявлением заблаговременно или в момент получения информации и принятия решения о вмешательстве.

Во всех ситуациях, когда согласие после информирования должен дать представитель, законный представитель или член семьи, пациента следует по возможности привлекать к решению, касающемуся его лично, независимо от того, идет ли речь о несовершеннолетнем или о взрослом с ограниченными способностями понимать информацию и принимать решение.

Не допускается изъятие органов гражданина без его прижизненного согласия на изъятие.

Согласие пациента следует получать только на основе этих принципов.

Пациент имеет право отказаться от предложенного вмешательства, а также изменить свое мнение в ходе диагностики и лечения и отказаться от его продолжения. Пациент должен быть проинформирован о последствиях своего отказа. Отказ пациента не может быть причиной его дискриминации при последующих обращениях за медицинской помощью.

1.5. Право на свободу выбора

Каждый человек имеет право свободно выбирать между различными методами диагностики, лечения и реабилитации. Пациент вправе свободно выбирать между медицинскими организациями и своего лечащего врача.

Пациент имеет право на основании данных ему врачом рекомендаций и пояснений выбирать, какие диагностические исследования и методы профилактики, лечения или реабилитации будут ему проводить.

Система здравоохранения обязана гарантировать это право, а именно информировать пациентов о различных организациях и врачах, которые выполняют определенные виды медицинской помощи и об их результатах.

Медицинские организации и врачи не должны препятствовать реализации данного права. Руководители медицинских организаций обязаны содействовать пациенту в реализации его права на выбор врача.

При выборе метода лечения, врача или медицинской организации пациент имеет право получить, как минимум, мнение еще одного врача («второе мнение»), а также имеет право на консилиум. Медицинская организация обязана обеспечить реализацию этого права.

Информация о работе медицинских организаций должна быть доступной, включая сравнительный анализ качественных показателей между учреждениями одного профиля, когда это возможно (рейтинги). Так же должна быть доступна информация о квалификации и результатах работы медицинского персонала.

1.6. Право на защиту частной жизни и конфиденциальность информации

Каждый человек имеет право на конфиденциальность личных данных, включая информацию о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья, диагнозе и рекомендованных диагностических и терапевтических методах, а также на защиту личной жизни во время проведения исследований, визитов к врачам и в ходе лечения в целом.

Все данные и информация о состоянии здоровья человека и медицинских мероприятиях, которым он подвергается, и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, следует рассматривать как личные данные и соответственно защищать.

Общение и лечение должно проходить в соответствующей конфиденциальной обстановке и в присутствии только абсолютно необходимых персон. Пациент должен дать согласие на присутствие других персон или сам просить об этом присутствии.

Понятие врачебной тайны не должно трактоваться, как ограничение права самого пациента на информацию.

1.7. Право на уважение личного времени пациента

Каждый человек имеет право получить необходимое лечение быстро и в установленное время. Это право касается любой фазы лечения. Несвоевременное оказание медицинской помощи следует рассматривать, как неоказание медицинской помощи.

Система здравоохранения обязана на основе стандартов и в зависимости от экстренности случая, определить время ожидания, в течение которого должны быть оказана необходимая медицинская помощь.

Разрабатываемые стандарты оказания медицинской помощи должны содержать временные параметры: оптимальные сроки начала оказания медицинской помощи и требования к ее продолжительности

Система здравоохранения должна обеспечить своевременный доступ каждому пациенту к необходимой ему помощи, и в случае наличия листа ожидания обеспечить немедленное включение в него данного пациента и довести информацию о включении до пациента.

Каждый пациент имеет право по запросу и при условии соблюдения норм защиты персональных данных знакомиться с листом ожидания.

Если система здравоохранения не в состоянии предоставить помощь в необходимый установленный срок, государство должно обеспечить доступ к альтернативным услугам сравнимого качества. При этом все затраты пациента должны быть компенсированы в приемлемые сроки без привлечения судебной системы.

Врачи должны посвящать своим пациентам достаточно времени, в том числе для информирования.

1.8. Право на соблюдение стандартов

Каждый человек имеет право на доступ к качественной медицинской помощи на основе соблюдения стандартов качества медицинской помощи и условий ее оказания. Стандарты должны определять уровень качества медицинской помощи, обеспечивающий максимально возможное излечение или недопущения болезни.

Право на качественную медицинскую помощь требует, чтобы организации и специалисты здравоохранения обеспечивали достаточный уровень профессиональных мероприятий, комфорта (сервиса) и человеческих отношений. Это предусматривает точное формулирование и соблюдение стандартов качества, которые должны утверждаться с использованием процедуры общественных консультаций со всеми заинтересованными сторонами, регулярно перепроверяться и оцениваться для приведения в соответствие с современным уровнем научных знаний и развитием технологий.

1.9. Право на безопасность

Каждый человек имеет право на безопасное для жизни и здоровья оказание медицинской помощи без причинения вреда здоровью вследствие недостатков медицинской помощи, дефектов медицинской деятельности и ошибок и право на доступ к медицинской помощи, отвечающей стандартам качества.

Чтобы гарантировать это право, организации здравоохранения должны постоянно контролировать и подтверждать, что медицинская техника работает должным образом, а обслуживающий персонал хорошо обучен. Специалисты системы здравоохранения должны брать на себя полную ответственность за должную безопасность всех методов и технологий медицинской помощи.

Врачи должны быть в состоянии не допускать возможных ошибок, благодаря непрерывному усовершенствованию и наблюдению прецедентов, для чего государство создает необходимые условия, включая достойную заработную плату и положение врача в обществе. Медицинский персонал, который указывает начальству и/или коллегам на риски или дефекты, должен быть защищен от негативных воздействий.

Государство должно принимать эффективные меры государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения с целью обеспечения качества и безопасности медицинской помощи.

Государство должно принять своевременные и адекватные меры к тому, чтобы в обращении не было лекарственных препаратов, методов и технологий с недоказанной эффективностью и безопасностью. Государство должно принимать жесткие меры к нарушителям в сфере безопасности пациентов.

Государство не должно допускать циркуляции недостоверной информации, вводящей пациентов в заблуждение о свойствах товаров или услуг, как это происходит с биологически активными добавками, различными псевдомедицинскими приборами и изделиями.

1.10. Право на инновации

Каждый человек имеет право на доступ к инновационным методам диагностики и лечения, независимо от экономических или финансовых соображений.

Государство обязано стимулировать и поддерживать биомедицинские исследования, если они не нарушают правовые и этические основы общества.

Права пациентов - участников клинических исследований - должны соблюдаться в соответствии с международными этическими нормами независимо от вида и масштаба клинического исследования.

Результаты исследований следует подобающим образом распространять и внедрять, делая новые технологии доступными в наиболее короткие из возможных сроки.

1.11. Право на исключение боли и страданий

Каждый человек имеет право на то, чтобы в каждой фазе его болезни принимались все возможные меры по недопущению страданий и боли.

Система здравоохранения обязана принять для этого все целесообразные меры, включая паллиативное лечение, и облегчать доступ пациента к нему.

Государство должно выстроить эффективную систему обеспечения обезболивающими препаратами нуждающихся амбулаторных больных.

1.12. Право на индивидуальное лечение

Каждый человек имеет право на планирование диагностики и лечения, которые настолько, насколько это возможно, соответствовали бы его личным потребностям. Стандарты должны позволять врачу делать обоснованные индивидуальные назначения.

Система здравоохранения в этих целях должна обеспечить, чтобы было возможно гибкое, по возможности индивидуальное планирование, а экономические критерии не получали бы преимущества перед правом на необходимую медицинскую помощь.

1.13. Право на жалобы и претензии

Каждый человек имеет право высказать или подать претензию или жалобу и право получить на них ответ.

Система здравоохранения должна обеспечить реализацию этого права, при этом государство должно информировать пациентов с помощью специальных организаций об их правах и дать им возможность распознавать нарушения и подавать претензии или жалобы в соответствующей форме.

На любые жалобы или претензии органы здравоохранения и медицинские организации должны подробно отвечать в течение адекватного ситуации срока, но не более срока, установленного законом. В случае если здоровью или жизни человека что-либо угрожает, ответ должен даваться без промедления.

Претензии могут представляться при поддержке независимых общественных институтов, организаций или экспертов.

Пациент, а в случае его смерти члены его семьи и законный представитель, имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы при наличии сомнений в качестве медицинской помощи и наступлении вреда здоровью или жизни пациента, возникшего на фоне или после медицинского вмешательства. Государство должно обеспечить реализацию этого права.

1.14. Право на возмещение ущерба

Каждый человек имеет право на соответствующее и достаточно скорое возмещение вреда, если ему действием (бездействием) медицинской организации или медицинского работника был нанесен имущественный или моральный ущерб.

Медицинские организации должны гарантировать возмещение независимо от степени тяжести и причины ущерба (от чрезмерного времени ожидания до нарушения стандартов медицинской помощи), в том числе, если не удастся установить, кто именно из оказывавших медицинскую помощь лиц в конечном счете за него ответственен.

В случае возникновения вреда здоровью или жизни гражданина при оказании медицинской помощи исполнитель должен возместить вред, если не докажет, что его действия соответствовали требованиям законов, нормативных актов, условиям договора, а при отсутствии таковых – обычно предъявляемым требованиям, и если имеются основания полагать, что выявленное несоответствие связано с наступившим вредом, как единственная или одна из его причин.

В случае возникновения вреда здоровью или жизни гражданина при обращении за получением медицинской помощи, притом, что лицом, оказывающим медицинскую помощь, не были совершены действия, соответствующие требованиям законов, нормативных актов, условиям договора, а при отсутствии таковых – обычно предъявляемым требованиям (бездействие), исполнитель возмещает вред, если имеются основания полагать, что выполнение соответствующих действий могло предотвратить возникший вред

1.15. Права членов семьи пациента

Права членов семьи (супруг, родители, дети) пациентов, по существу, направлены на наиболее полную и защищенную реализацию прав пациентов, а потому являются их частью.

В случае, если пациент не назначил представителя при оказании ему медицинской помощи, и при этом он не может в явной форме выразить свою волю о предстоящем вмешательстве или имеются основания полагать, что информация воспринимается им не адекватно, лицо, оказывающее медицинскую помощь, предпринимает все необходимые усилия для выяснения воли хотя бы одного из членов семьи или законного представителя, если время, затраченное на такое выяснение, не угрожает здоровью или жизни пациента. В ходе такого выяснения члену семьи или законному представителю пациента предоставляются те же права в отношении пациента, что предоставлены самому пациенту.

В случае противоречия во мнениях членов семьи или законных представителей пациента о предстоящем вмешательстве, врач вправе сам делать выбор о предстоящем лечении, руководствуясь интересами пациента.

Члены семьи и законные представители пациента вправе находиться рядом с ним в любой медицинской организации в любое время, если это не мешает другим пациентам и, если пациент не запретил им находиться рядом.

В случае смерти пациента, члены его семьи и законные представители имеют право знакомиться с оригиналами и получить копии всех медицинских документов, включая результаты патолого-анатомических и судебно-медицинских исследований.

1.16. Право на защиту

Каждый пациент имеет право на защиту своих прав и свобод всеми способами, не запрещенными законом.

Согласно ст. 45 Конституции РФ государственная защита прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации гарантируется.

Для осуществления гарантий государство должно иметь институты, механизмы и инструменты защиты, среди которых:

- уполномоченный по правам пациентов в России при Президенте России, задача которого информирование пациентов об их правах, право на истребование копий медицинских документов с согласия пациента, членов его семьи или законных представителей, юридическое консультирование пациентов и их близких, работа с жалобами и обращениями, организация досудебных разбирательств, обращение в правоохранительные органы и суды, стимулирование создания системы уполномоченных по правам пациентов в медицинских организациях;

- здравоохранная прокуратура – специализированная прокуратура в сфере охраны здоровья и медицинской помощи;

- общества пациентов, которые должны быть наделены правами не меньшими, чем имеют общества по защите прав потребителей в России;

- институт независимой медицинской экспертизы;

- страховые медицинские организации, наделенные полномочиями по досудебному возмещению пациенту вреда, причиненного его жизни и здоровью при оказании ему медицинской помощи;

- единая судебная практика на основе рекомендаций Верховного Суда Российской Федерации судам по рассмотрению дел по возмещению морального и материального вреда, причиненного жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи, и определению правил и сумм компенсации;

- передача патологоанатомической службы в ведение Росздравнадзора;

- передача судебно-медицинских учреждений в ведение Министерства юстиции РФ или прокуратуры РФ;
- бесплатное для гражданина (членов семьи и законного представителя умершего гражданина) выполнение судебно-медицинского исследования по заявлению или жалобе, а также проведение независимой судебной экспертизы по заявлению, иску, жалобе или делу в связи с недостатками медицинской помощи, нарушении прав граждан при ее оказании и/или причинением вреда, в том числе в любом субъекте РФ и с возможностью деперсонализации исследуемых экспертами медицинских документов.

Часть II. Права граждан на активность

Содержащиеся в этой Декларации права относятся не к «гражданам», а к «людям» (индивидуумам), так как основные права, приведенные в первой части, не связаны с понятием гражданства. Тем не менее, каждый человек, который действует в защиту своих прав или прав других лиц, является «активным гражданином государства». Поэтому в данной части применяется термин «гражданин».

Чтобы содействовать реализации перечисленных выше прав пациентов и контролировать их соблюдение, должны быть использованы некоторые гражданские права. В своем большинстве они касаются различных организованных групп граждан (пациентов, потребителей, а так же фондов, консультативных учреждений, групп самопомощи, организаций добровольцев и т.д.), которые выполняют уникальную роль поддерживать и придавать силы отдельным индивидуумам при защите их прав. Эти права связаны с правом на свободу деятельности общественных объединений и закреплены в ст. 30 Конституции РФ.

2.1. Право на деятельность в интересах общества

Граждане, как частные лица и как члены объединений, имеют право на действия по защите прав на медицинскую помощь, как отдельных лиц, так и их групп.

В обязанности органов власти и других участников входит поддержка и стимулирование такой активности.

2.2. Право на деятельность для представления интересов пациентов

Граждане и организации, защищающие права и интересы пациентов, имеют право на действия по защите прав на охрану здоровья и медицинскую помощь, в частности:

- а. право на свободное передвижение людей и информации в системе здравоохранения, в той мере, в которой это допускает уважение частной жизни;
- б. право контролировать на практике соблюдение прав граждан в здравоохранении посредством контрольных и ревизионных мероприятий;
- в. право на действия по предупреждению нарушений прав или недостаточной защиты прав;
- г. право на прямое вмешательство при нарушениях прав или недостаточной защите прав;
- д. право на передачу информации и предложений и вытекающую отсюда обязанность органов управления системы здравоохранения рассматривать и отвечать на них;
- е. право на открытый диалог с органами управления государственным и частным здравоохранением;
- ж. на деятельность в области информирования пациентов.

2.3. Право на участие в формировании политики в области охраны здоровья

Граждане имеют право на участие в формировании, преобразовании и оценке государственных политических мероприятий, касающихся защиты прав на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии со следующими принципами:

- а. принцип двустороннего взаимодействия между гражданами их объединениями и органами государственного и муниципального управления при составлении перспективных планов путем участия в составе наблюдательных (попечительских) советов при медицинских организациях;
- б. принцип обязательности общественных слушаний и консультаций на этапах планирования и принятия решений с обязанностью органов власти прислушиваться к предложениям общественных организаций и иных заинтересованных лиц, которые вправе выражать свое мнение по поводу готовящихся решений. Органы власти обязаны объяснять свои решения, отклоняющиеся от выраженного мнения участниками обсуждений;
- в. принцип партнерских отношений, который означает, что все участники обсуждения политики действуют с полной ответственностью и равноправно;
- г. принцип совместной оценки, который означает, что мнения, высказываемые общественными организациями, рассматриваются как необходимая часть инструмента оценки государственных политических мероприятий.

Часть III. Рекомендации по имплементации Декларации

Распространение и применение содержания этой Декларации должно реализоваться на всех уровнях: общероссийском, уровне субъектов РФ и муниципальных образований.

Информация и образовательная деятельность. Для информирования и обучения граждан и работников здравоохранения Декларацию необходимо представлять в средствах массовой информации, медицинских организациях, школах, вузах и во всех других местах, где обсуждается тема гражданского общества, правового государства, защиты прав граждан и пациентов и т.п.. Особое внимание следует при этом уделять обучающим и образовательным мероприятиям для врачей, среднего персонала и других работников здравоохранения.

Поддержка. Среди работников здравоохранения и общественных организаций можно проводить агитацию за поддержку и признание Декларации. При этом должны устанавливаться особые преференции и обязательства организаций здравоохранения и специалистов, работающих в системе здравоохранения, которые признали Декларацию.

Надзор. Декларация может использоваться группами граждан, средствами массовой информации и независимыми органами в качестве основы для оценок и надзора за ситуацией с правами пациентов в России. Могут публиковаться регулярные отчеты, чтобы повысить чувствительность общества по отношению к правам пациента и определять новые цели.

Защита. Декларация может использоваться, чтобы вызвать действия по защите прав пациентов, нарушение которых необходимо предотвратить, а также для восстановления прав, которые были нарушены. Такие мероприятия могут проводиться общественными организациями, институтами или комиссиями/комитетами, такими как, например, уполномоченные по правам

пациентов, этические комитеты, комиссии по альтернативному улаживанию споров, мировыми судьями или судами, здравоохранной прокуратурой. В этих целях следует применять институты/организации, процедуры и инструменты из «российского правового пространства».

Диалог. Исходя из содержания Декларации, можно вести диалог среди заинтересованных сторон, чтобы вырабатывать программы и мероприятия по защите прав пациентов. Такой диалог должен состояться между общественными организациями, государственными органами власти, муниципальными и частными организациями здравоохранения, а также профессиональными объединениями и профсоюзами.

Предоставление бюджета. Полноценная реализация прав, отраженных в настоящей Декларации, не всегда связана с затратами бюджета.

Государство должно определить тот спектр прав, который должен поддерживаться за счет государственного или муниципального бюджета, а для более полной реализации остального спектра прав должно создать иные условия их реализации.

Государство должно финансировать медицинскую помощь наиболее эффективными способами, позволяющими добиться наибольшего эффекта от лечения при оптимальном расходовании бюджета.

Государство также финансирует программы и механизмы по защите прав пациентов.

Законодательство. Зафиксированные в Декларации права могут полностью или частично вводиться в российские законодательные и нормативно-правовые акты, чтобы сделать реализацию и защиту прав пациентов обязательной частью государственной политики.

Государству надлежит разработать совместно с общественными и иными заинтересованными организациями и принять законодательство о правах пациентов и их защите с учетом положений настоящей Декларации.

2. МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ИНВАЛИДОВ И ПАЦИЕНТОВ

2.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Здравоохранение населения является одной из важнейших функций государства. Соответственно, правовое законодательное регулирование сферы здравоохранения с целью повышения эффективности здоровьесбережения нации является одной из приоритетных задач государственных структур.

Так как здравоохранение, равно как его оптимизация и контроль за соблюдением законодательства являются функциями государства, основной силой, решающей проблемы пациентов являются государственные структуры.

Однако это далеко не единственная сторона решающая проблемы пациента. Прежде всего, необходима личная активность пациента и его близких. Без артикуляции ими своих проблем и потребностей, без значительных усилий, государственная система, являющаяся как любой сложный механизм не достаточной гибкой и не всегда клиенто-ориентированной не получит достаточный толчок к работе. О своем здоровье пациент должен беспокоиться в первую очередь сам.

Действительность такова, что пациент и его близкие должны выступать как организаторы, катализаторы процесса помощи заболевшему. Они должны понять, что есть проблема, понять какие нужно предпринять шаги чтобы задействовать государственную и общественную системы помощи. Они должны разобраться какие системы помощи существуют, как они функционируют, как запускаются.

Так как сегодня система здравоохранения постоянно реформируется, изменяется, а системы общественной помощи и общественно-государственного взаимодействия только создаются, пациент должен взаимодействовать со всеми ними, стать соединяющим звеном между ними – фокусом их активности.

Базовый алгоритм действий пациента и его близких должен включать в себя как минимум следующие шаги:

- Определение наличия проблемы,
- Обращение к специалистам общего профиля по месту жительства,
- Прохождение базовых обследований
- Направление к специалистам
- Постановка диагноза
- Самостоятельное изучение информации о заболевании и алгоритмах оказания помощи государством. Определение своих прав. Поиск общественной организации по профилю.
- Получение услуг в соответствии с рекомендациями специалистов и алгоритмами оказания помощи.
- В случае выявления нарушений обращение за разъяснениями последовательно – к лечащему специалисту, главному врачу учреждения, к общественным экспертам (юристам, пациентской НКО). При этом важно понимать, что пациент и общественные эксперты не могут оценивать решения и действия специалиста в медицинской сфере. Они могут лишь контролировать соблюдение государственных гарантий, регламентов и стандартов оказания помощи. Для оценки медицинских назначений необходимо обращение к врачу.
- Если нарушения выявлены и не удовлетворены на уровне учреждения, пациент должен обратиться с жалобами на следующий, второй уровень: к Уполномоченному по правам человека в регионе, в общественную организацию, Общественный совет при органе власти, в орган управления

здравоохранением, в территориальное управление Росздравнадзора, в органы власти региона (в Аппарат правительства, к вице губернатору и губернатору, в законодательное собрание к профильным депутатам).

- Если жалобы не удовлетворены, то пациент обращается в прокуратуру – областную, а потом федеральную (с копиями в Аппарат Президента, в Правительство, в Министерства). В прокуратуре действуют специальные подразделения, ориентированные на контроль здравоохранения.
- Последней инстанцией является суд. Точнее иерархическая система судов.

На всех этапах пациенту рекомендуется взаимодействовать с общественной организацией пациентов, с общественными юристами. Они помогут составить обращение, направить его в компетентный орган.

Обращение в прокуратуру и суд, конечно, является уже высшей формой борьбы пациента за свои права. На них стоит идти тогда, когда исчерпаны все средства бесконфликтного разрешения проблемы, а ситуация остается критической. Большинство вопросов – около 90% - разрешаются в досудебном порядке. Как говорят общественные эксперты путем обращения к «телефонному праву». И здесь общественные организации являются отличным помощником пациента. Они имеют развитые связи со специалистами, с руководителями органов власти и могут помочь пациенту разрешить его проблему наиболее безболезненно. Государственные органы и учреждения, руководители и специалисты со своей стороны заинтересованы в отсутствии конфликтов. И получив от известной им НКО сигнал о возможности проверок, судебных исков, как правило стараются найти выход из ситуации и разрешить проблему имеющимися средствами в кратчайшие сроки.

Однако без жалобы пациента, без его подписи, процесс разрешения проблемы не будет запущен. Это необходимо помнить.

Кроме того гражданам нужно понимать, что НКО готовы им помогать, но ресурсы общественных организаций небезграничны и нуждаются в подпитке усилиями тех же граждан. Мы не говорим здесь о финансовой помощи, хотя она безусловно НКО нужна, мы говорим об участии пациентов в работе общественной организации, как о взаимопомощи – обмене информацией, участии в мероприятиях, поддержке коллег – пациентов, участии в опросах, сборе информации, помощи организации в текущей работе – ведении сайта, распространении информации, установлении контактов с пациентами и всеми возможными партнерами и так далее.

Процесс взаимодействия пациента с НКО должен быть двусторонним. Пациент получит помощь в НКО, но он не должен быть пассивным благополучателем. Он должен вместе с НКО формировать общественное благо – массив информации о проблеме, жалобы, мероприятия по актуализации проблемы для власть имущих, участие в выработке предложений по решению проблем, участие в поддержке актива организации в их работе и поддержке коллег пациентов и их семей.

Специалистами доказано, что участие в работе пациентской НКО само по себе является эффективным средством социальной реабилитации. Пациенты самореализуются в этой деятельности, развиваются, получают новые навыки и знания, чувствуют собственную важность и полезность. Активизируется их гражданская, социальная, трудовая, творческая позиция. Растет самооценка. Улучшается психологический климат в семьях.

Безусловно, помимо взаимодействия с НКО (и одновременно с ним), граждане могут напрямую защищать свои интересы - через жалобы и обращения напрямую в органы власти, через участие в общественном контроле, через судебные процессы.

Далее в разделе будут описаны основные механизмы такой работы: через систему общественного контроля, через самостоятельные обращения, через взаимодействие с НКО и через судебные процессы.

2.2. ВОЗМОЖНОСТИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ОБЩЕСТВЕННЫЕ КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКУ

В качестве одного из средств защиты гражданами своих прав на доступное и качественное здравоохранение и социальную защиту государством сегодня предлагается участие в системе общественного контроля и участие в общественной оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти и эффективности деятельности руководителей территориальных органов федеральных органов исполнительной власти и их структурных подразделений.

Сегодня это два основных инструмента системного воздействия на управление здравоохранением, на качество и доступность услуг пациентам.

Помимо системных, существуют и локальные технологии. О них будет рассказано далее.

В соответствии с ФЗ № 212 «Об основах общественного контроля», осуществлять общественный контроль могут Общественные палаты, Общественные советы при органах власти, а так же общественные объединения специально наделенные такими функциями органами федеральной власти.

Соответственно, для того что бы реализовывать общественный контроль граждан должен быть участником (членом, ассоциированным членом, сотрудником, официальным представителем, экспертом т.п.) либо общественного объединения, наделенного функцией контроля, либо общественной организации, входящей в Общественную палату или Общественный совет.

Если вопрос с общественными объединениями сегодня еще только рассматривается, то второе достаточно просто – общественные палаты и советы в сфере здравоохранения есть в каждом регионе. Пациенту стоит либо войти в общественную организацию и реализовывать общественный контроль в рамках совета непосредственно самому, как эксперту, либо мотивировать общественную организацию к тому, чтобы она отстаивала его интересы в рамках технологии общественного контроля.

Закон регулирующий порядок общественного контроля приведен в первой главе. А то как организуется общественный контроль на практике объединениями пациентов предлагаем рассмотреть на примере модели авторов настоящей брошюры - Всероссийского союза пациентов.

Модель общественного контроля здравоохранения Всероссийского союза пациентов

Общее описание модели общественного контроля здравоохранения Всероссийского союза пациентов

В условиях проводимых реформ в сфере здравоохранения, политики оптимизации бюджетных расходов остро встает вопрос защиты интересов пациентов при принятии решений, которые напрямую или косвенно влияют на вопросы доступности и качества медицинской помощи. К сожалению, система органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья населения децентрализована и решения, принимаемые федеральными органами власти, зачастую искажаются или попросту не реализуются на региональном уровне.

В этой связи все более актуальной становится задача формирования системы общественного контроля в сфере здравоохранения.

В соответствии с федеральным законом №212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» от 21 июля 2014 г., контроль должен реализовываться на уровне регионов и муниципалитетов Российской Федерации силами

Общественных палат и общественных советов при активном участии граждан и общественных объединений.

Основными формами общественного контроля в соответствии с вышеуказанным законом являются: общественный мониторинг, общественная проверка, общественная экспертиза, а также общественные обсуждения, общественные (публичные) слушания.

В связи вышесказанным, одним из основных направлений деятельности Всероссийского союза пациентов (ВСП) в ближайший период будет создание общероссийской системы общественного контроля в здравоохранении.

Основными задачами системы будет:

1) обеспечение реализации и защиты прав пациентов, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций;

2) обеспечение учета общественного мнения, предложений и рекомендаций граждан, общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций при принятии решений органами государственной власти;

3) общественная оценка деятельности органов государственной власти, в целях защиты прав пациентов, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

Базовой структурой для организации системы общественного контроля ВСП станут советы общественных организаций по защите прав пациентов при органах исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан и общественные советы по защите прав пациентов при Федеральной Службе по надзору в сфере здравоохранения. Система будет включать федеральный и региональный уровни.

Для организации общественного контроля в сфере здравоохранения на федеральном уровне Всероссийский союз пациентов обеспечивает методическую, организационную, аналитическую и представительскую поддержку процессов контроля в регионах и в Российской Федерации в целом. Для этого ВСП:

1. В текущем режиме разрабатывает и согласовывает с органами федеральной власти целеполагание, методику и средства общественного контроля; обучает их применению региональные группы экспертов общественного контроля посредством предоставления общего описания модели работы, методических и информационных материалов, проведения дистанционного и очного обучения экспертов; ставит задачи на деятельность и предоставление отчетности по общественному контролю.
2. В текущем режиме осуществляет консультирование региональных экспертов общественного контроля относительно способов и средств решения задач общественного контроля, процессов предоставления отчетности, (через персональное скайп консультирование, персональные письменные ответы, ведение специализированного форума и публикации на сайте ВСП, программы обучения). Осуществляет поддержку региональных организаторов общественного контроля в решении выявленных проблем через информирование компетентных федеральных органов власти, стимулирование их участия в разрешении проблем, проведение в регионах мероприятий с участием представителей органов власти и экспертного сообщества федерального уровня.
3. Организует прием и анализ региональных отчетов по общественному контролю. Готовит общероссийские отчеты по общественному контролю, включающие: статистический отчет, аналитический отчет, рейтинги регионов и содержательных направлений.

4. Предоставляет общероссийские отчеты по общественному контролю региональным организаторам общественного контроля. Представляет результаты общественного контроля на федеральном уровне: органам власти, общественно-государственным и общественным структурам, экспертной и широкой общественности, средствам массовой информации.
5. В текущем режиме осуществляет консультирование региональных организаторов общественного контроля относительно способов преодоления выявленных в регионах проблем (через консультирование по телефонам горячей линии ВСП, консультирование на сайте ВСП, персональное консультирование по запросам, проведение он-лайн и очных образовательных мероприятий, ведение специализированного форума на сайте ВСП, публикацию статей и материалов на сайте ВСП), а так же через организацию действий федеральных общественных советов и органов власти и проведение в регионах мероприятий с участием федеральных экспертов и представителей органов власти.

Для организации Общественного контроля на уровне субъектов РФ региональные группы общественных объединений по защите прав пациентов:

1. Содействуют созданию и активизации Совета общественных организаций по защите прав пациентов при исполнительном органе власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан и Общественного совета по защите прав пациентов при территориальном управлении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, и входят в их состав.
2. Получают во Всероссийском союзе пациентов методику общественного контроля: методические и информационные материалы, формы отчетности, проходят очное и дистанционное обучение, запрашивают и получают текущие консультации.
3. Разрабатывают план мероприятий Советов с учетом задач и методики общественного контроля. При выработке и текущей коррекции плана мероприятий эксперты общественного контроля исходят из задач общероссийского уровня (полученных от Совета общественных организаций по защите прав пациентов при МЗ РФ и Общественного совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения) и регионального уровня (сформированных региональными советами, а так же из задач, которые эксперты самостоятельно формулируют, исходя из видения ситуации экспертами, мониторинга ситуации, обращений граждан, получения информации из других каналов).
4. Активизируют текущую деятельность советов: регламентируют работу, иницируют мероприятия, организуют взаимодействие с сообществом и внешними партнерами, другими советами, распространяют информацию о результатах работы.
5. Организуют текущий общественный контроль, включающий: сбор информации о ситуации в сфере здравоохранения на территории деятельности Совета, анализ информации для выявления актуальных проблем, представление проблем Совету, сообщение компетентным органам о нарушении законодательства, выработку и направление компетентным органам реалистичных предложений по преодолению проблем.
6. Участвуют в обмене информацией внутри системы общественного контроля ВСП: участвуют в работе сайта и форума ВСП на www.patients.ru, предоставляют материалы о ходе и результатах общественного контроля и работы советов. Запрашивают и получают консультации ВСП. Ведут

консультирование коллег. Участвуют в дистанционных и очных образовательных, проектировочных и дискуссионных мероприятиях ВСП.

7. Готовят отчетность об общественном контроле. По запросам ВСП, в соответствии с отчетными формами ВСП, предоставляют в ВСП плановые отчеты о ситуации в здравоохранении своих регионов и результатах общественного контроля (в настоящее время предполагается предоставление плановой отчетности по полугодиям). Участвуют в подготовке отчетов общественных советов по запросам Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (в настоящее время предполагается предоставление плановой отчетности советами по итогам года, до 25 декабря). Предоставляют информацию по текущим запросам ВСП, федеральных и региональных органов власти.

Алгоритм по созданию региональных общественных советов по защите прав пациентов

1. Выяснить в региональном органе управления здравоохранением, а так же в территориальном управлении Росздравнадзора о наличии при данных органах власти Общественных советов по защите прав пациентов.
 - 1.1. При наличии советов, направить от имени руководителя вашей организации пациентов (местной или при ее отсутствии - общероссийской) письма руководителю органа власти с просьбой включить вас в состав совета в связи с высокой социальной значимостью проблемы, которую представляет ваша организация.
 - 1.2. При отсутствии одного или обоих советов, предпринять ниже описанные шаги по их созданию.
2. Создание общественного совета при ТУ Росздравнадзора. Необходимо понимать, что формально советы уже созданы при всех ТУ Росздравнадзора. Однако на практике советы могут действовать формально или вообще бездействовать. Поэтому на первом этапе необходимо выяснить – существует ли совет на практике и можете ли вы в него войти. Для определения ситуации можно провести встречу с руководителем ТУ Росздравнадзора. Для формального обеспечения процесса вхождения в Совет необходимо:
 - 2.1. Направить руководителю Территориального Управления Росздравнадзора письмо с просьбой о включении вас, как представителя НКО пациентов, в состав совета. В письме вы можете опираться на Указ Президента Российской Федерации от 4 августа 2006 г. N 842 «О порядке образования общественных советов», Приказ Росздравнадзора 25 января 2008 г. N 210-Пр/08 «О создании общественных советов при управлениях Росздравнадзора по субъектам РФ», Приказ Росздравнадзора от 29 января 2014 г. N 526 «О деятельности общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре» (см. Приложение.), а так же на то, что ваша НКО занимается социально – значимой проблемой и представляет конкретную и значимую социальную группу, представители которой нуждаются в помощи государства. Копию письма направить Председателю Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре Власову Я.В. в секретариат Совета (sovetrzn@yandex.ru).
 - 2.2. В течении 30 дней вы должны получить от ТУ Росздравнадзора ответ на письмо. Если вас включили в состав совета – запрашиваете подтверждающие документы и приступаете к активизации деятельности совета. Если вас приглашают на заседание совета для рассмотрения вашей

кандидатуры, вы принимаете участие в заседании совета, представляете в ходе доклада (желательно с презентацией) вашу НКО, себя, вашу проблематику, вопросы, которые вы хотели бы внести в работу совета. Если в ходе заседания вас не включают в состав совета - просите, чтобы причины не включения были занесены в протокол заседания. По итогам заседания вы получаете протокол заседания о включении или не включении вас в состав совета. При любом варианте развития событий, ответ на ваш запрос, протокол о включении или не включении вас в совет вы направляете по электронной почте в секретариат Совета (sovetrzn@yandex.ru) на имя председателя Совета Власова Я.В.

2.3. Если вы не включены в состав совета, по причине того, что число его участников не может быть увеличено, выясните срок ротации членов совета и обратитесь с просьбой включить вас в состав совета во время ротации, а до тех пор просите включить вас в качестве ассоциированного члена и/или приглашать вас на заседания совета в качестве участника, эксперта, наблюдателя. Запросите в совете - где именно можно получить информацию о его составе, плане работы, новых заседаниях, результатах заседаний. Транслируйте полученные официальные ответы по электронной почте в секретариат Совета (sovetrzn@yandex.ru) на имя председателя Совета Власова Я.В. Так же к Председателю Совета вы можете обратиться для получения рекомендательных писем и разрешения конфликтных ситуаций, связанных с не включением вас в состав совета, бездейтельностью совета.

3. Для создания общественного совета при региональном органе управления здравоохранением.

3.1. Связаться с коллегами из других обществ пациентов в регионе и договориться о совместной работе по созданию совета. Желательно провести общую встречу, на которой договориться о совместных действиях, распределении обязанностей и общей координации работы. Собрать контактные данные представителей пациентских НКО, желающих принять участие в совете.

3.2. Подготовить совместное письмо с просьбой о создании Общественного совета по защите прав пациентов при региональном органе управления здравоохранением. В письме опираться на Приказ Министерства здравоохранения РФ № 437 от 23.10.12 г. «О Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации», Письмо Министерства здравоохранения РФ 60-0/10/2-2146 от 27.03.2013 о создании советов при органах государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, Письмо Министерства здравоохранения РФ 21-05/10/2-8641 от 20.11.2013 с Рекомендациями по созданию и деятельности советов общественных организаций по защите прав пациентов в субъектах РФ (Приложения 4-7). Подписать письмо могут любые пациентские организации. Внести всех подписантов и их координаты, поставить подписи. Образец письма приведен в Приложении 11.

3.3. Сделать несколько копий письма. До 1 апреля 2015 года отправить письмо заказным с уведомлением о вручении или сдать в канцелярию администрации губернатора (на копии должны расписаться или поставить штамп).

3.4. Через несколько дней узнать входящий номер письма в администрации губернатора и ответственное за это письмо должностное лицо.

- 3.5. Провести встречу с вице-губернатором или с другим ответственным за этот вопрос лицом. Предварительно необходимо определить - в каком составе вы пойдете на встречу (можно идти и всем коллективом организаций, тогда это будет уже совещание). На встрече просить поддержать инициативу, при положительном отношении администрации необходимо договориться о разработке Положения о Совете, сроках и порядке формирования Совета. Если администрация губернатора все перешлет в региональный орган здравоохранения и встречу назначат там – соглашаться, т.к. Совет в любом случае будет при этом ведомстве.
- 3.6. В случае если Совет уже есть – настаивать на том, чтобы представители общероссийских и межрегиональных организаций вошли в Совет. Провести встречу с руководителем органа власти, при котором действует совет. Для формального обеспечения процесса – направить руководителю органа власти письмо с просьбой включить вас, как представителя НКО, которая занимается социально – значимой проблемой и представляет конкретную и значимую социальную группу, в состав совета. Получить письменный ответ на письмо в течении 30 дней. В случае отказа – требовать письменного указания причин.
- 3.7. В случае отказа в создании Совета или включения в него представителей ваших организаций – сообщить об этом факте руководству соответствующей общероссийской пациентской организации, для последующего обсуждения в МЗ РФ. При этом необходимо письменно изложить факты отказа в содействии, кто именно из представителей власти отказал, приложить письмо с отказом.

Механизм общественной оценки гражданами эффективности деятельности органов исполнительной власти и их руководителей

Общественная оценка является вторым «системным» способом защиты пациентами своих прав (или защиты прав пациентов общественными структурами).

О том, каким образом такая оценка может быть реализована, описано в приведенных ниже Постановлении Правительства Российской Федерации и Правилах оценки.

Постановление Правительства Российской Федерации об оценке гражданами эффективности деятельности органов исполнительной власти

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 12 декабря 2012 г. N 1284

ОБ ОЦЕНКЕ ГРАЖДАНАМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ (ИХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ) С УЧЕТОМ КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИМИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ, А ТАКЖЕ О ПРИМЕНЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ УКАЗАННОЙ ОЦЕНКИ КАК ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ О ДОСРОЧНОМ ПРЕКРАЩЕНИИ ИСПОЛНЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮЩИМИ РУКОВОДИТЕЛЯМИ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

В соответствии с подпунктом «и» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 601 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления» Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Правила оценки гражданами эффективности деятельности руководителей территориальных органов федеральных органов исполнительной власти (их структурных подразделений) с учетом качества предоставления ими государственных услуг, а также применения результатов указанной оценки как основания для принятия решений о досрочном прекращении исполнения соответствующими руководителями своих должностных обязанностей.

2. Установить, что Министерство экономического развития Российской Федерации является оператором автоматизированной информационной системы «Информационно-аналитическая система мониторинга качества государственных услуг» (далее - информационная система мониторинга государственных услуг).

3. Установить, что Министерство связи и массовых коммуникаций Российской Федерации является оператором автоматизированной информационной системы «Федеральный телефонный центр сбора мнений граждан о качестве государственных услуг» (далее - федеральный телефонный центр).

4. Министерству экономического развития Российской Федерации:

а) до 1 марта 2013 г.:

по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерством связи и массовых коммуникаций Российской Федерации разработать и утвердить методические рекомендации по внедрению системы оценки гражданами эффективности деятельности руководителей территориальных органов федеральных органов исполнительной власти (их

структурных подразделений);

по согласованию с Министерством связи и массовых коммуникаций Российской Федерации разработать и утвердить положение об информационной системе мониторинга государственных услуг;

по согласованию с Министерством связи и массовых коммуникаций Российской Федерации разработать и утвердить требования к технологическим, программным и организационным средствам сбора данных, предусмотренным Правилами, утвержденными настоящим постановлением, и обеспечивающим возможность обработки и мониторинга результатов оценки в информационной системе мониторинга государственных услуг;

б) до 31 марта 2013 г. создать и ввести в эксплуатацию информационную систему мониторинга государственных услуг.

5. Министерству связи и массовых коммуникаций Российской Федерации до 1 марта 2013 г. по согласованию с Министерством экономического развития Российской Федерации разработать и утвердить положение о федеральном телефонном центре и до 31 марта 2013 г. создать и ввести в эксплуатацию федеральный телефонный центр.

6. Установить, что Правила, утвержденные настоящим постановлением, применяются:

а) в части организации сбора мнений граждан о качестве предоставления государственных услуг посредством использования устройств подвижной радиотелефонной связи:

с 31 марта 2013 г. - в отношении оценки гражданами эффективности деятельности руководителей территориальных органов Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии (их структурных подразделений);

с 1 января 2014 г. - в отношении оценки гражданами эффективности деятельности руководителей территориальных органов иных федеральных органов исполнительной власти (их структурных подразделений), предоставляющих государственные услуги, в соответствии с перечнем, определяемым Правительственной комиссией по проведению административной реформы;

б) в части организации сбора мнений граждан о качестве предоставления государственных услуг посредством использования терминальных устройств, интегрированных с электронной системой управления очередью, - с 31 марта 2013 г. в отношении оценки гражданами эффективности деятельности руководителей территориальных органов федеральных органов исполнительной власти (их структурных подразделений), предоставляющих государственные услуги на базе многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг, перечень которых определяется Правительственной комиссией по проведению административной реформы.

7. Федеральной службе государственной регистрации, кадастра и картографии, а также иным федеральным органам исполнительной власти, указанным в абзаце третьем подпункта «а» пункта 6 настоящего постановления, до 31 марта 2013 г.:

а) обеспечить размещение опросного модуля информационной системы мониторинга государственных услуг на своих официальных сайтах и официальных сайтах своих территориальных органов (при наличии) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

б) определить в центральном аппарате федерального органа исполнительной власти структурное подразделение, ответственное за контроль качества предоставления государственных услуг.

8. Реализация настоящего постановления осуществляется в пределах установленной Правительством Российской Федерации численности работников центрального аппарата и территориальных органов федеральных органов исполнительной власти, а также бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете соответствующим федеральным органам исполнительной власти.

Председатель Правительства
Российской Федерации
Д.МЕДВЕДЕВ

Правила оценки гражданами эффективности деятельности руководителей территориальных органов федеральных органов исполнительной власти (их структурных подразделений) с учетом качества предоставления ими государственных услуг, а также применения результатов указанной оценки как основания для принятия решений о досрочном прекращении исполнения соответствующими руководителями своих должностных обязанностей

1. Настоящие Правила определяют основные критерии и порядок оценки гражданами эффективности деятельности руководителей территориальных органов федеральных органов исполнительной власти (их структурных подразделений) с учетом качества предоставления ими государственных услуг (далее - руководители), а также применения результатов указанной оценки как основания для принятия решений о досрочном прекращении исполнения руководителями своих должностных обязанностей.

2. Оценка эффективности деятельности руководителей проводится гражданами по результатам предоставления государственных услуг.

3. В целях проведения оценки эффективности деятельности руководителей выявляется мнение гражданина о качестве предоставления государственных услуг (с оценкой по 5-балльной шкале), включая оценку по следующим основным критериям:

- а) время предоставления государственных услуг;
- б) время ожидания в очереди при получении государственных услуг;
- в) вежливость и компетентность сотрудника, взаимодействующего с заявителем при предоставлении государственных услуг;
- г) комфортность условий в помещении, в котором предоставлены государственные услуги;
- д) доступность информации о порядке предоставления государственных услуг.

4. В отношении государственных услуг, предоставление которых осуществляется в электронном виде, гражданам обеспечивается возможность их оценки на всех стадиях предоставления государственных услуг (информирование о порядке получения государственных услуг, запись на прием, подача заявления, получение информации о ходе предоставления государственных услуг, получение результата их предоставления) непосредственно после их получения.

Для оценки государственных услуг, предоставляемых в электронном виде, используются такие критерии качества, как доступность информации о порядке предоставления государственных услуг, доступность электронных форм документов, необходимых для предоставления государственных услуг, доступность инструментов совершения в электронном виде платежей, необходимых для получения

государственных услуг, время ожидания ответа на подачу заявления, время предоставления государственных услуг, удобство процедур предоставления государственных услуг, включая процедуры записи на прием, подачи заявления, оплаты обязательных платежей, информирования заявителя о ходе предоставления государственных услуг, а также получения результата предоставления государственных услуг.

5. Оценка гражданами эффективности деятельности руководителей, сформированная по результатам анализа мнений граждан о качестве предоставления государственных услуг, подлежит включению в число показателей эффективности и результативности профессиональной служебной деятельности руководителей, ответственных за предоставление соответствующих государственных услуг, установленных в должностных регламентах руководителей.

6. Мнение гражданина о качестве предоставления государственных услуг выявляется посредством использования:

- а) устройств подвижной радиотелефонной связи;
- б) терминальных устройств, интегрированных с электронной системой управления очередью;
- в) информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее - сеть «Интернет»).

7. Мнения граждан о качестве предоставления государственных услуг обобщаются и анализируются с использованием автоматизированной информационной системы «Информационно-аналитическая система мониторинга качества государственных услуг» (далее - информационная система мониторинга государственных услуг).

8. В целях выявления мнения гражданина о качестве предоставления государственных услуг с использованием устройств подвижной радиотелефонной связи:

а) федеральный орган исполнительной власти, предоставивший государственные услуги, или многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг, принявший заявление о предоставлении государственных услуг, передает контактные данные, необходимые для выявления мнения гражданина о качестве предоставления государственных услуг, оператору автоматизированной информационной системы «Федеральный телефонный центр сбора мнений граждан о качестве государственных услуг» (далее - федеральный телефонный центр);

б) гражданину после получения им государственных услуг федеральным телефонным центром направляется короткое текстовое сообщение с предложением оценить качество предоставления государственных услуг;

в) гражданин сообщает свое мнение о качестве предоставления государственных услуг посредством направления ответного короткого текстового сообщения на номер, определенный оператором федерального телефонного центра;

г) направление короткого телефонного сообщения является для гражданина бесплатным;

д) сотрудник федерального телефонного центра может перезвонить гражданину и провести опрос по всем критериям, определенным пунктом 3 настоящих Правил, в соответствии с методическими рекомендациями по внедрению системы оценки гражданами эффективности деятельности руководителей, утвержденными Министерством экономического развития Российской Федерации по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерством связи и массовых коммуникаций Российской Федерации;

е) результаты оценки направляются федеральным телефонным центром в

информационную систему мониторинга государственных услуг.

9. В целях выявления мнения гражданина о качестве предоставления государственных услуг с использованием терминальных устройств, интегрированных с электронной системой управления очередью:

а) гражданину (до получения государственных услуг) предлагается воспользоваться указанным терминальным устройством для получения номера очереди на обслуживание сотрудником, осуществляющим прием заявлений и (или) выдачу результатов предоставления государственных услуг;

б) после получения государственных услуг гражданину должно быть предложено повторно воспользоваться указанным терминальным устройством и с указанием его номера очереди на обслуживание оценить качество предоставления государственных услуг по критериям, определенным пунктом 3 настоящих Правил;

в) информационная система федерального органа исполнительной власти или многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг, обеспечивающая предоставление государственных услуг и (или) электронное управление очередью, представляет результаты оценки в информационную систему мониторинга государственных услуг.

10. В целях выявления мнения гражданина о качестве предоставления государственных услуг с использованием сети «Интернет»:

а) сотрудник, предоставивший гражданину результаты государственных услуг, обязан проинформировать его о возможности оценить качество предоставления государственных услуг с использованием сети «Интернет»;

б) гражданин вправе оценить качество предоставления услуг посредством опросного модуля информационной системы мониторинга государственных услуг, который размещается на официальных сайтах федеральных органов исполнительной власти, на портале информационной системы мониторинга государственных услуг в сети «Интернет», а также в личном кабинете единого портала государственных и муниципальных услуг;

в) опросный модуль информационной системы мониторинга государственных услуг должен обеспечивать возможность оценки гражданином качества предоставления государственных услуг по критериям, определенным пунктами 3 и 4 настоящих Правил.

11. На основании поступивших в информационную систему мониторинга государственных услуг мнений граждан о качестве предоставления государственных услуг ежеквартально формируется сводная оценка по каждому территориальному органу федерального органа исполнительной власти (его структурному подразделению).

Указанные сводные оценки направляются оператором информационной системы мониторинга государственных услуг в соответствующие федеральные органы исполнительной власти для их рассмотрения и анализа в структурных подразделениях центральных аппаратов указанных органов, ответственных за контроль качества предоставления государственных услуг (далее - подразделение, ответственное за контроль качества предоставления государственных услуг), а также в высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации (в части сводных оценок территориальных органов федеральных органов исполнительной власти (их структурных подразделений), действующих на территории соответствующего субъекта Российской Федерации).

12. Подразделение, ответственное за контроль качества предоставления государственных услуг, ежегодно на основании данных сводных оценок, указанных в пункте 11 настоящих Правил, формирует ежегодную оценку гражданами эффективности деятельности руководителей.

13. В случае если значение показателя ежегодной оценки гражданами эффективности деятельности руководителя составляет менее 70 процентов значения, предусмотренного должностным регламентом, либо менее 70 процентов значения, достигнутого в предшествующем году, в отношении руководителя инициируется проведение служебной проверки в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, если руководитель находится на замещаемой должности менее одного года.

При этом не учитываются значения показателей, поступившие в информационную систему мониторинга государственных услуг с использованием опросного модуля, указанного в пункте 10 настоящих Правил. Указанные показатели используются подразделениями, ответственными за контроль качества предоставления государственных услуг, и руководителями в целях повышения качества предоставления государственных услуг.

14. В случае если в результате проведения служебной проверки был подтвержден факт неисполнения или ненадлежащего исполнения руководителем по его вине возложенных на него служебных обязанностей либо положений должностного регламента, повлекший за собой снижение оценки гражданами эффективности деятельности руководителя, то в отношении руководителя применяются меры дисциплинарного взыскания, предусмотренные законодательством о государственной гражданской службе Российской Федерации.

2.3. ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С МЕДИЦИНСКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ

Права пациентов в Российской Федерации гарантированы Конституцией, сводом федеральных законов и нормативно-правых актов (НПА), а так же комплексом нормативно-правых актов регионального и муниципального уровней, системой подзаконных актов, регламентов и стандартов обслуживания различных групп пациентов в различных ситуациях.

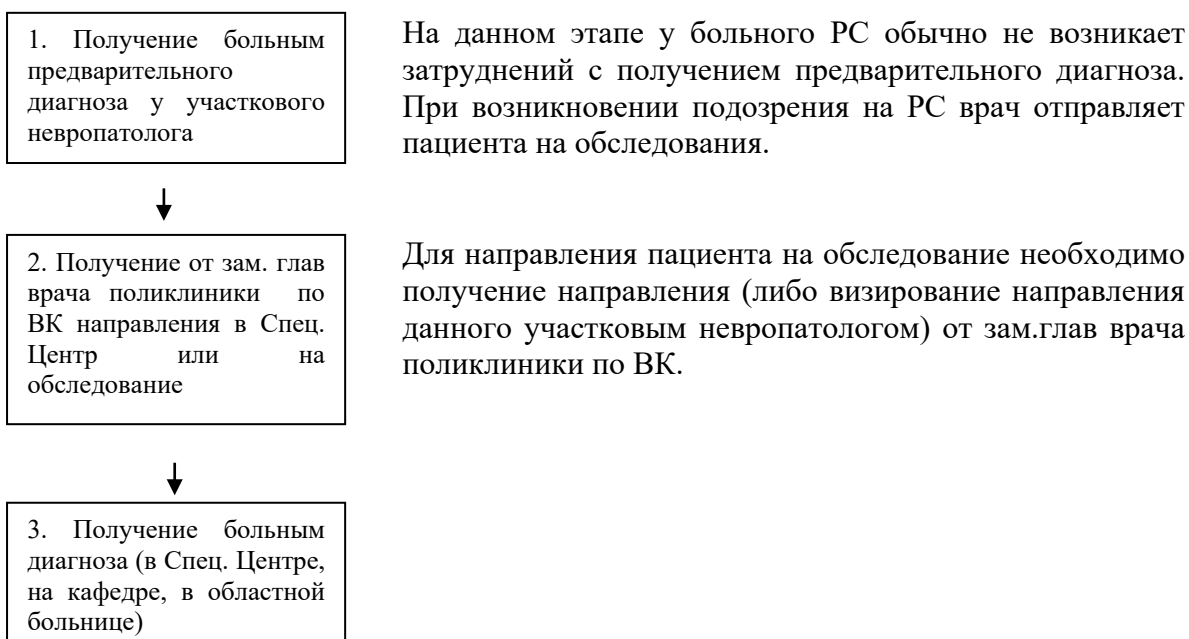
В соответствии с федеральным законодательством некоммерческие организации городского, регионального и общероссийского уровня могут на своих уровнях:

- принимать жалобы и обращения от граждан и юридических лиц, консультировать их, готовить и направлять жалобы от своего лица в компетентные учреждения, структуры и органы власти;
- вести общественный контроль (участвовать в общественно-государственной деятельности) соблюдения прав пациентов, качества оказания им услуг;
- вести общественный мониторинг нужд и запросов пациентов, вести анализ того, насколько действующее законодательство соответствует общественным интересам, насколько конкретные регламенты и стандарты адекватны ситуации и интересам пациентов;
- вести работу по дополнению, развитию, оптимизации действующего законодательства с целью соблюдения общественных интересов.

Одним из сложных моментов, требующих пояснений в силу большого числа возникающих конфликтов, является механизм поддержки пациента общественной организацией в его взаимодействии с медицинскими работниками.

Ниже мы приводим схему, построенную на опыте Общероссийской общественной организации инвалидов – больных рассеянным склерозом (ОООИБРС). Данная схема является универсальной и применимой для работы системы пациент-НКО-врач и в рамках других нозологий.

Схема взаимодействия Врача и Пациента – больного РС





Комиссия часто состоит из одного специалиста. Если Комиссия отказывает больному в назначении ПИТРС (дорогостоящих льготных препаратов изменяющих течение рассеянного склероза), то силами больного необходимо получить **ОБОСНОВАНИЕ** отказа и представить его, через окружного эксперта в Медицинский Совет ООИ-БРС.

Пациент может быть включен в «федеральную» заявку (готовится региональным минздравом, финансируется федеральным бюджетом) в региональную, в лист ожидания.

После прохождения предыдущих шагов, невыдача рецепта врачом является прямым нарушением должностных обязанностей. Жалобы могут направляться в различные органы, вплоть до прокуратуры.

При отсутствии назначенного препарата в аптеке, рецепт приобретает статус «отсроченного». Информацию о наличии отсроченного рецепта необходимо срочно представлять в ООИ-БРС.

С 2009 г. лечение осуществляется под контролем Патронажной медсестры. Для ее прикрепления пациент должен обратиться к эксперту ООИБРС, а тот направит заявку в ООИБРС о наличии вакансии. Заявка должна содержать: ФИО пациента, город его проживания, рекомендуемую (если есть кандидатура) медсестру по каждому виду ПИТРС. Рекомендуемая патронажная медсестра должна быть сертифицирована и иметь опыт работы.

В случае отмены назначения препарата ПИТРС больному, пациент сообщает эксперту ООИБРС, а тот уведомляет ООИБРС о том, кто отменил назначение, по какой причине, когда. Основными причинами отмены назначения обычно являются: неэффективность использования средств, непереносимость препарата, коррекция неверного назначения.

Правила по работе с системой «врач-пациент»

1. Эксперт ООИБРС никогда не вмешивается непосредственно во взаимоотношения между врачом и пациентом. Эксперт ООИБРС не имеет права давать рекомендации медицинского характера.
2. При возникновении конфликтных ситуаций, Эксперт ООИБРС может только обращаться к специалистам имеющим квалификацию и полномочия для оценки ситуации.
3. Эксперт ООИБРС во взаимодействии с медиками жестко опирается на нормативную документацию, регламентирующую действия медицинских работников.

Основные проблемы и действия по ним общественного эксперта ООИБРС

<i>Проблема</i>	<i>Действия общественного эксперта ООИБРС</i>
Не назначение препаратов группы ПИТРС	Присутствие представителя общественной организации на комиссии по назначению ПИТРС, как члена комиссии.
Не выписка рецепта	При наличии диагноза и включении в заявку, это – неисполнение должностных инструкций, преследуемое по закону. Информация об этом доносится в виде жалоб в Минздрав, Росздравнадзор, ООИБРС, в крайнем случае – в прокуратуру.
Не включение в регистр (заявки)	Работа с главным неврологом, с руководителем специализированного центра или его региональных аналогов. При невозможности решить вопрос, обращение к министру здравоохранения региона, председателю думы, депутатам из профильных комитетов, губернатору. Дублирование жалоб в ООИБРС.
Отсутствие препарата в аптеке	Это нарушение принципов логистики закрепленных в постановлении Правительства РФ №115 от января 2009 г. Жалобы. Дублирование в ООИБРС.
Нежелание больного сдавать анализы, получать препараты	Проблема решается в первую очередь патронажной медсестрой. При категорическом и долговременном отказе пациента от назначенного и выделяемого ему препарата возможна инициация действий по передаче препарата другому нуждающемуся пациенту. Для этого необходимо силами Патронажной медсестры, эксперта ООИБРС, лечащего врача-невролога составить акт о том, что пациент необоснованно в течении такого то времени не принимает препарат. Акт направляется главному неврологу, во врачебную комиссию по назначению препарата. Копия- в ООИБРС.
Ангажированность специалистов	При подозрении на ангажированность врача, эксперт ООИБРС имеет право только на сбор информации и предоставление ее в ООИБРС.
Неадекватное предпочтение специалистами одного препарата в ущерб остальным	При подозрении на неадекватные назначения, эксперт ООИБРС имеет право только на сбор информации и предоставление ее в ООИБРС.

Недовольство пациента врачом	При поступлении эмоциональных жалоб пациентов на врачей, эксперт ООИБРС имеет право только на сбор объективной информации и предоставление ее в ООИБРС.
Проблемы участия эксперта ООИБРС в работе комиссии по назначению ПИТРС. Проблемы взаимопонимания и взаимодействия с МСЭК (ВТЭК/КЭК)	Перед экспертом ООИБРС не стоит задача <i>обязательного</i> и <i>полноценного</i> участия в Комиссии. Участие – желательно. Участие может быть реализовано как <i>«присутствие при работе Комиссии»</i>, <i>«наблюдение без права голоса»</i> и т.п. Для этого необходимо постепенное установление отношений сотрудничества. Возможные шаги для этого: -Познакомится с председателем Комиссии, сообщить о своем статусе и представляемой группе. Сообщить о проблемах БРС, о конкретных жалобах, о действиях МСЭК, которые привели к ухудшению состояния БРС. - Предложить провести Круглый стол для обсуждения проблем с представителями заинтересованной общественности. - Предложить создать общественный совет, общественную комиссию или иной коллегиальный орган для обсуждения проблем с представителями заинтересованной общественности. - Попытаться создать Альянс с другими общественными организациями и вести диалог от их имени. - Получить письмо от регионального (при невозможности – Федерального, через ООИБ-БРС) Росздравнадзора к руководителю МСЭК с просьбой позволить присутствовать эксперту ООИБРС на заседаниях (например, в качестве <i>«наблюдателя без права голоса»</i>. МСЭК заинтересованы в снижении числа жалоб. Поэтому одним из инструментов может быть доведение жалоб до ООИБ-БРС, Росздравнадзора, Федерального Бюро МСЭК. Устанавливать договоренности имеет смысл не как физическому лицу, а как представителю общественной организации.
Проблемы доступа эксперта ООИБРС к базе данных больных РС	Основой работы эксперта ООИБРС является создание и ведение базы данных больных РС: - всех людей с диагнозом РС, - БРС, имеющих в соответствии с диагнозом право на ПИТРС, - получающих ПИТРС за счет федерального и регионального бюджетов и иных источников, - по видам препаратов, - по группам инвалидности, - находящихся в листах ожидания, - отказавшихся от приема выписанных препаратов и т.п. Такая база данных должна формироваться за счет сопоставления данных 5 основных источников. Во-первых, эксперт ООИБРС должен иметь собственную базу данных созданную вместе с местными

	организациями РС. Во-вторых, необходимо найти в региональном Минздраве ответственное за базу данных лицо, подготовить для него письмо от Росздравнадзора на основании соглашения между ОООИБРС и РЗН об обмене информацией, на основании письма и наличии собственной базы подключиться к текущей работе министерства по ведению базы. В-третьих, необходимо установить контакт с главным неврологом региона. В-четвертых, база данных имеется у фармпредставителей и они готовы обмениваться информацией с экспертом ОООИБРС. В-пятых, информация о больных есть у патронажных медсестер, всероссийскую службу которых с 2009 г. создает ОООИ-БРС. Кроме того, часть данных можно получить в дирекции ОООИ-БРС и у дистрибьюторов препаратов.
Отмена препаратов группы ПИТРС	Уведомление ОООИ-БРС о том, кто отменил назначение, по какой причине, когда.

2.4. ДЕЛОВАЯ ПИСЬМЕННАЯ КОММУНИКАЦИЯ, КАК СРЕДСТВО ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

Письменная коммуникация является основным средством взаимодействия с государственной системой при отстаивании прав пациентов.

Деловая письменная коммуникация – это «кровь, текущая по венам государственного аппарата. Это основа государственного управления. Она имеет собственные особенности, традиции, язык. Знания правил деловой коммуникации с государственными органами значительно облегчают процесс отстаивания прав пациентов. Поэтому владеть навыками делового письма должны как менеджеры НКО, так и пациенты и их близкие.

Рекомендации по оформлению исходящей документации

1. Все исходящие письма оформляются на официальном бланке (для НКО). Если организация всероссийская, то - дополняемом региональными контактными данными. Официальный бланк допускает использование без синей печати. Если письмо от гражданина, то должны быть указаны паспортные данные – ФИО, прописка, а так же контактные данные – телефон, электронная почта.
2. Письмам присваивается исходящий/входящий номер, включающий в себя: номер письма (для НКО), дату.
3. В адресе должно быть указано, кому направляется письмо, и кому направляются копии. По возможности, все письма должны быть адресованы конкретной персоне (Губернатору М.И. Иванову и т.п.).
4. Если получатель занимает руководящую должность в политической партии, общественной организации, учреждении, необходимо указать должность.
5. В конце письма должен быть указан автор, его должности, контактные данные.
6. Письмо должно уместиться на одной странице. Все дополнительные данные относятся в приложение. Письмо читает руководитель, приложения – специалист.
7. Письма от организаций должны быть выдержаны в деловом, конструктивном тоне. Использование категоричных, требовательных интонаций крайне не рекомендуется. Письма от граждан могут быть более эмоциональными.
8. Письмо не должно допускать «смещения жанров»: информирования, жалобы, запроса. Должна соблюдаться одна интонация: недопустимо смешение обвинений и просьб.
9. Одно письмо должно содержать один вопрос. Если необходимо получить ответы на три вопроса от одного адресата, то ему отправляются три письма. Иначе ответ будет получен ответ на один и самый легкий из трех вопросов.
10. Тексты писем в обязательном порядке должны содержать отсылки к официальным документам с приведением их полных официальных названий.
11. В официальной корреспонденции препараты должны ВСЕГДА называться в соответствии с международным непатентованным наименованием (МНН): Торговые наименования в официальных письмах никогда не упоминаются

Памятка – как написать письмо чиновнику

Зачем нужна переписка с чиновником

- Обмен официальными позициями.
- Информирование власти о существующих вопросах или проблемах.
- Возможность дальнейшего повышения уровня обсуждения проблемы.
- Использование ответа властей в дальнейшей работе, информировании пациентов и врачей.

Прежде чем просить чиновника

- Поймите чего вы хотите.
- Проверьте, что ваши требования правильные.
- Установите взаимодействие с профессионалами, которые могут вам помочь.
- Соберите хорошие данные (регистры, результаты лечения и т.д.).
- Представьте твердые аргументы (социальный, медицинский, экономический, юридический, моральный и этический, политический...).
- Подготовьте «почву»: встречи, публикации и т.д.
- Определите соответствующего чиновника для направления письменного обращения.

Как написать письмо чиновнику: атрибуты

- Бланк.
- Дата.
- Исходящий номер.
- К кому обращаемся – ФИО, должность.
- Правильное оформление текста (размер шрифта, знаки, жирный шрифт, отступ, абзац, восклицательные знаки).
- Подпись.
- Список приложений к письму.

Как написать письмо чиновнику: содержание

- Описание проблемы (одна!).
- Четко сформулированная просьба (одна!).
- Лаконичный текст.
- Аргументы и факты.
- Текст не более одной страницы, но возможно приложение к письму.

Как написать письмо чиновнику: действия

- Письмо должно поступить в официальном порядке: заказное письмо с уведомлением о вручении и описью вложения или сдать в канцелярию под расписку или штамп.
- Выйти на контакт с чиновником, а не ждать ответа.

После получения ответа

- Если отрицательный ответ:
 - Узнайте контрдоводы чиновника.
 - Подготовьте дополнительные аргументы.
 - Определите к какому чиновнику теперь обратиться (уровень выше или другое министерство).

- Проинформируйте общественность через СМИ.
- Если положительный ответ:
 - Установите контакт с чиновником/
 - Узнайте сроки и порядок действия чиновника по Вашему обращению.
 - После выполнения обязательств – поблагодарите чиновника (письменно, через СМИ).

Документы, регламентирующие обработку обращений

- Конституция РФ. Статья 33. Граждане Российской Федерации имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления.
- Федеральный закон «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ.
- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации приказ от 26 декабря 2011 г. №1643н об утверждении административного регламента министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по предоставлению государственной услуги «организация приема граждан, своевременного и полного рассмотрения их обращений, поданных в устной или письменной форме, принятие по ним решений и направление ответов в установленный законодательством российской федерации срок».

Адресаты жалоб и обращений

(Дублирование – губернаторам, председателям областных Зак. Собраний, представителям Росздравнадзора)

Кому	На что
Муниципалитеты, мэрии	▪ Все виды медицинской и реабилитационной помощи, оказываемые в медицинских учреждениях муниципалитета ▪ Проблемы жилплощади ▪ Включение в муниципальные списки материальной поддержки ▪ Необустроенность инфраструктуры, недостатки в организации безбарьерной среды (пандусы, поручни, лифты, подъемники и т.п.)
В региональные министерства (муниципальные департаменты)	▪ Региональные программы обеспечения людей дорогостоящими препаратами (7 нозологий) из регионального бюджета ▪ Все виды медицинской и реабилитационной помощи, оказываемые на территории субъекта федерации ▪ Необеспечение средствами реабилитации в соответствии с федеральным и региональным перечнями ▪ Необустроенность инфраструктуры, недостатки в организации безбарьерной среды (пандусы, поручни, лифты, подъемники и т.п.) ▪ Необеспеченность лекарствами по ОНЛС для льготников-инвалидов с сохраненным соцпакетом ▪ Проблемы получения гражданами ИПР в местных МСЭК ▪ Нарушение трудового кодекса (в сфере занятости и т.п.) ▪ Недостаток кадров в медицинских учреждениях для

	оказания социально-психологической реабилитации инвалидов и членов их семей ▪ Необходимость выделения целевых средств для некоммерческих организаций (НКО), объединяющих инвалидов из средств областного бюджета, заложенных на поддержку НКО ▪ Невозможность размещения информации в СМИ ▪ Обучение и переподготовка инвалидов ▪ Поездки инвалидов по территории и за границу субъекта федерации (социальное такси, посадка в самолет и поезд, оплата места за коляску, оплата сопровождающего и т.п.) ▪ Включение в специальные списки социальной защиты материальной поддержки (для одиноких матерей и т.п.)
Федеральное Министерство здравоохранения и социального развития РФ	▪ Нарушения федерального законодательства – дубль в РЗН ▪ Проблемы связанные с изменениями перечня лекарственных препаратов– дубль в РЗН ▪ Необходимость увеличения объема заявки (лимита) – дубль в РЗН ▪ Листы ожидания, формируемые в регионах – дубль в РЗН ▪ Проблемы с качеством исполнения заявки – дубль в РЗН ▪ Проблемы логистики в исполнении региональной заявки (доставка в регион, оформление на аптечном складе, доставка пациентам) – дубль в РЗН ▪ Необходимость создания в регионе института специальной помощи инвалидам ▪ Необходимость создания в регионе медицинского и реабилитационного Центров для больных рассеянным склерозом
Уполномоченный по правам человека	▪ Все жалобы от конкретных физических лиц

Адресаты запросов

(Дублирование в Росздравнадзор, по необходимости)

Кому	Про что
Лечебно профилактические учреждения	▪ Койко - места ▪ Койко – дни по КСТ ▪ Протоколы ведения пациента ▪ Необходимость введения новых ставок ▪ Все вопросы, связанные с состоянием дел в учреждении в сфере обслуживания людей с РС
Поликлиники	▪ Наличие регистра больных РС, количество людей – для создания и мониторинга полного списка больных РС (и тяжелых, и вновь выявленных – стремиться достичь количества, соответствующего среднестатистической распространенности РС в наших географических широтах – 38-40 брс на 100 тыс. населения, северо-запад – еще выше) ▪ Количество получающих дорогостоящие препараты и услуги ▪ Виды оказания медицинской помощи и препаратов в учреждении

	▪ Количество отсроченных (нереализованных) рецептов, причины их наличия ▪ Помощь участковых специалистов (количество выходов, посещений, обходные листы) ▪ Вопросы, связанные с направлением на ВТЭК, МСЭК ▪ Вопросы, связанные с назначением индивидуальной программы реабилитации (ИПР)
Аптеки	▪ Отсроченные рецепты ▪ Зарегистрированные рецепты ▪ Отоваренные рецепты ▪ Сроки отоваривания рецептов ▪ Возвраты на склад
Аптечный склад	▪ Своевременность (даты) поступления препаратов ▪ Своевременность (период) принятия препаратов на склад ▪ Остатки
Дистрибьютор	▪ Виды, объем и сроки поставок препаратов ▪ Остатки ▪ Способ доставки дорогостоящих ЛП больным РС
Органы социальной защиты (только в интересах инвалидов)	▪ Безбарьерная среда ▪ Объем и содержание местных программ поддержки инвалидов ▪ Предоставление списков нуждающихся в конкретных видах услуг и/или предметов больным РС для возможности оказания им адресной помощи на средства соцзащиты (финансы там есть всегда)
Главные неврологи	▪ Состояние региональной заявки в федеральный центр (количество людей, препараты) ▪ Состояние заявки, финансируемой региональным бюджетом ▪ Состояние листов ожидания, перевод граждан из листов ожидания в заявку ▪ Состояние специализированной помощи на территории (специализированные центры – медицинские и реабилитационные, специализированные ставки, кадровое обеспечение) ▪ Исполнение федеральной и региональной заявок, охват заявленных больных ▪ Направления на санаторно-курортное лечение ▪ Организация научно-практических конференций для обучения неврологов всего региона новым методам диагностики и лечения РС – особенно Южный федеральный округ
В региональное Министерство Здравоохранения	▪ Анализ качества медицинской помощи, оказываемой больным РС ▪ Объем финансирования заявок из регионального и федерального бюджетов ▪ Состояние исполнения заявок ▪ Наличие решений о системе специализированной помощи (Центры РС и др.)

Схема. Запросы и жалобы от имени НКО и пациентов

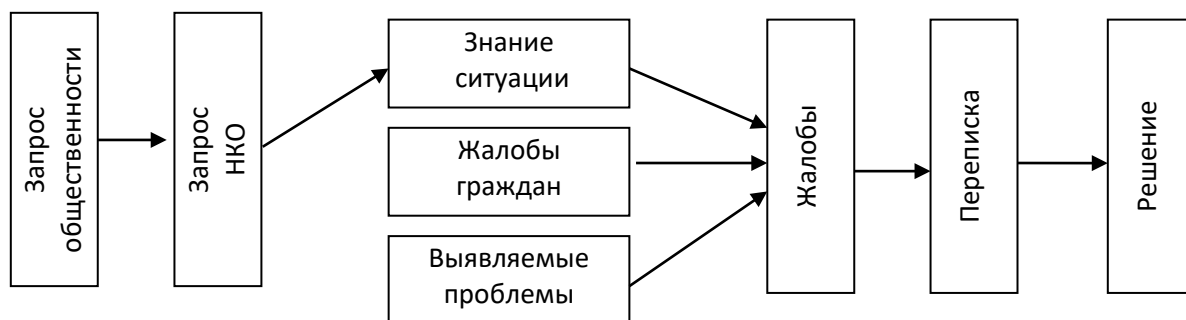
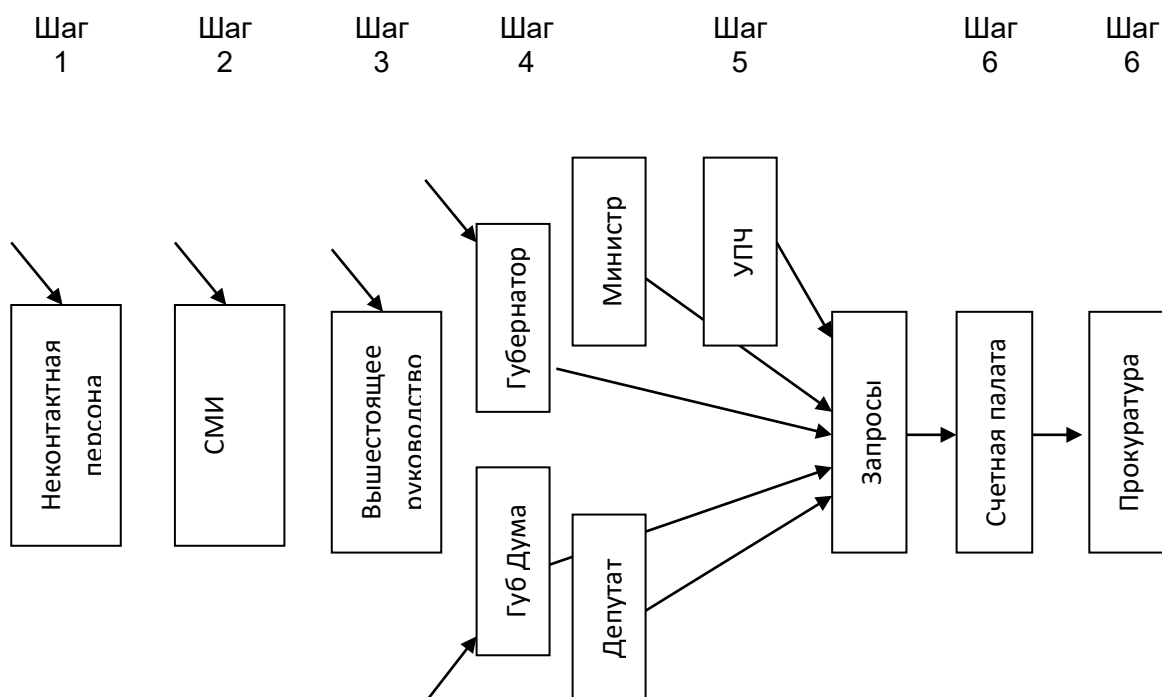


Схема. Последовательность взаимодействия с неконтактными контрагентами



Комментарий

Шаг 1. Официальное обращение к контрагенту. Получение отказа в сотрудничестве, игнорирование вашего запроса или некачественный ответ.

Шаг 2. Точечное (1-2 публикации) распространение информации о нарушениях и недоброжелательном отношении в СМИ.

Шаг 3. Обращение с жалобой к руководству нежелающего сотрудничать контрагента.

Шаг 4. Обращение с жалобой к высшим руководителям на уровне субъекта: к Губернатору, Министру, Председателю областного законодательного органа, профильному (дружественному) депутату областного зак. органа. Инициирование писем от них к данной персоне. Инициирование депутатского запроса. Получение в руки массива переписки.

Шаг 5. Обращение с полученной перепиской к Уполномоченному по правам человека. Инициирование запроса от него.

Шаг 6. В случае наличия нарушений исполнения бюджета инициирование через Депутатов или УПЧ запросов в региональную Счетную Палату.

Шаг 7. Обращение с жалобой и приложенной перепиской в областную Прокуратуру. Данный шаг является крайней мерой, последним аргументом в полемике с неконтактной персоной и НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ к применению без консультации с юристами, общественной организацией, Всероссийским союзом пациентов.

2.5. МЕХАНИЗМЫ РЕШЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ

Каков порядок выписки и оформления льготных рецептов?

Самостоятельно лечащим врачом ЛПУ выписываются льготные рецепты на лекарственные средства, включенные в стандарты медикаментозного лечения основных заболеваний в рамках утвержденного Перечня. Специфические лекарственные средства (иммунодепрессанты, противоопухолевые, противотуберкулезные, ротиводиабетические и другие лекарственные средства, влияющие на деятельность эндокринной системы, а также лекарственные средства, применяемые для лечения СПИДа, муковисцидоза) для бесплатного или с 50-процентной скидкой отпуска выписываются профильными специалистами поликлинического учреждения или врачами соответствующих специализированных амбулаторно-поликлинических учреждений (диспансеров). В отдельных случаях допускается выписка таких средств лечащим врачом по согласованию с врачом-специалистом, о чем делается соответствующая запись в амбулаторной карте.

Как осуществляется ДЛО граждан, которым по специфике заболеваний необходимо обеспечить контроль в приеме лекарств (фтизиатрия, психиатрия)?

В соответствии с Методическими рекомендациями «Организация работы по дополнительному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг» от 12.03.2005 г. дополнительное лекарственное обеспечение таких граждан осуществляется в ЛПУ. В рамках заключенного с аптечным учреждением дополнительного соглашения, уполномоченный специалист ЛПУ получает лекарственные средства в аптечном учреждении по доверенности на группу больных по предъявлению рецептов.

Существует ли перечень изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания, которые отпускаются для детей-инвалидов и других льготников по рецептам врачей бесплатно?

Перечень изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, утвержден приказом Минздравсоцразвития от 9.01.2007 г. № 1.

Перечень изделий медицинского назначения, в соответствии с которым отдельные категории жителей г. Москвы по медицинским показаниям бесплатно по рецептам врачей получают соответствующие изделия медицинского назначения, утвержден приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 12.12.2005 г. № 470.

Как быть работнику аптечного учреждения, если дозировка лекарственного средства, указанная в рецепте, отличается от дозировки лекарства, наличествующего в аптеке?

Согласно Приказу Минздравсоцразвития «О порядке отпуска лекарственных средств» от 14.12.2005 г. № 785 (с изм. от 6.08.2007 г.) при наличии в аптечном учреждении (организации) лекарственных средств с дозировкой, отличной от дозировки, выписанной в рецепте врача, работник аптечного учреждения (организации) может принять решение об отпуске больному имеющихся лекарственных средств в случае, если дозировка лекарственного средства меньше

дозировки, указанной в рецепте врача, с учетом перерасчета на курсовую дозу. В случае если дозировка имеющегося в аптечном учреждении (организации) лекарственного средства превышает дозировку, указанную в рецепте врача, решение об отпуске больному лекарства принимает врач, выписавший рецепт. Больному предоставляется информация об изменении разовой дозы приема лекарственного средства.

Какие документы, помимо льготного рецепта, необходимо предъявить в аптеке для получения необходимого лекарства?

Предъявления дополнительных документов не требуется. Достаточно предъявить рецепт.

Как быть, если гражданин льготной категории не может обратиться в аптечное учреждение лично, чтобы получить назначенный препарат?

Если гражданин не может получить препарат лично по состоянию здоровья или иной причине, за него это может сделать любое другое лицо, которому он доверит свой рецепт. Гражданам, проживающим в стационарном учреждении независимо от его ведомственной принадлежности, не имеющим возможности самостоятельно обратиться в аптечное учреждение, а также осужденным к лишению свободы, лекарственные средства, изделия медицинского назначения и специализированные продукты лечебного питания для детей-инвалидов, выписанные в соответствии с Перечнями, приобретаются соответственно представителями стационарного или исправительного учреждения, на которых администрацией данных учреждений возложена обязанность их получения (приобретения) для нужд учреждений.

Куда обращаться в случае отказа в выписке рецепта или выдаче лекарственного средства?

При отказе в выписке рецепта, в выдаче аптечным учреждением лекарственного средства, предусмотренного Перечнем, гражданин вправе обратиться с заявлением в Департамент здравоохранения города Москвы, Управление федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по г. Москве и Московской области, в прокуратуру по месту отказа для вынесения представления об устранении нарушенного права либо в суд.

Где можно получить информацию о дополнительном лекарственном обеспечении?

Информацию вы можете получить, прежде всего, от вашего лечащего врача.

При каких условиях предоставляется путевка на санаторно-курортное лечение?

Путевка на санаторно-курортное лечение предоставляется при наличии медицинских показаний. При этом нуждающийся в лечении гражданин должен быть внесен в Федеральный регистр и ему должны быть назначены ежемесячные денежные выплаты, которые выплачивает Пенсионный Фонд.

Предоставляется ли компенсация за неиспользованное право на предоставление путевки в санаторий?

Предоставление путевки на санаторно-курортное лечение предусмотрено только при наличии медицинских показаний, при их отсутствии путевка не предоставляется и соответствующая компенсация не выдается.

Имеет ли право сопровождающее лицо получить путевку на санаторно-курортное лечение?

Право на получение путевки на санаторно-курортное лечение имеют лица, сопровождающие граждан с ограничениями к трудовой деятельности III степени и детей-инвалидов (на сопровождающее лицо предоставляются личное заявление, медицинская справка формы 070/у-04, копия паспорта).

Какие документы представляются в санаторий?

По прибытии в санаторно-курортное учреждение предъявляются путевка и санаторно-курортная карта, которая хранится в санаторно-курортном учреждении в течение трех лет. Кроме того, прибывший на лечение должен иметь при себе полис обязательного медицинского страхования и паспорт.

Живу в Волгограде восемь лет без прописки, прописан в Челябинской обл. Могу я пройти хоть какое-то обследование бесплатно, являюсь ветераном боевых действий в Чечне?

Конституция гарантирует медицинскую помощь гражданам на территории всей страны вне зависимости от наличия у пациента полиса ОМС. На деле же получается, что система страхования устроена таким образом, что полис стал препятствием, а не инструментом в оказании медицинской помощи. Страховой полис стал похож на билет в городском транспорте, притом, что с билетом Челябинска вы в Волгограде не проедете.

Ежегодно 5 млн. человек обращается в страховые компании за полисом, а это значит, что они вовремя не получили медицинской помощи. Если речь идет о плановой медицинской помощи, то надо обращаться в местные страховые компании в Волгограде и требовать у них получения этого полиса. Как правило, в субъекте федерации действуют свои страховые компании, у которых есть договоры с лечебными учреждениями области. Другие внешние страховые компании не имеют отношений с волгоградскими лечебными учреждениями. В этом и проблема. Поэтому вам надо получить страховой полис в Волгограде и таким образом решить проблему.

Правила, которые существуют и в Волгоградской области предписывают получать полис по месту жительства, привязывая место жительства к праву получить полис, а полис, приравнивая к праву получить медицинскую помощь. Это неправомерно. В Москве такие правила были отменены в суде, они нарушают права граждан и служат препятствием для получения помощи. В Тихорецке человек умер, потому что даже в экстренной ситуации ему не оказали медицинскую помощь без полиса. Было уголовное дело. Это лишний раз обращает внимание на то, что ст. ст. 124 и 125 УК РФ («Неоказание помощи больному», повлекшее за собой вред или смерть, и оставление в опасности) так же ничего не знают про полисы ОМС.

В целом же, надо помнить, что ни одна федеральная правовая норма в РФ не ставит оказание медицинской помощи в зависимость от предъявления гражданином страхового полиса. Таким образом, существующая практика требования полисов не обоснована законодательно. Понятно, что доказывать этот в регистратуре медучреждения совершенно бессмысленно, а вот в прокуратуре можно.

Если же речь идет об экстренной, неотложной медицинской помощи, то страхование здесь вообще ни при чем, эти расходы идут за счет бюджетных (не страховых) средств.

Полис ОМС нужно оформлять по месту проживания или все-таки через бухгалтерию работодателя? Дело в том, что работодатель фактически отказывается от такого оформления, а оформляясь по месту проживания, получается, я считаюсь безработной.

Безработным считается человек, у которого нет работы. Судя по вашему письму, она у вас, к счастью, есть. Полис ОМС решает другую проблему – возможность наблюдения за пациентом и оказания ему плановой медицинской помощи (экстренная и высокотехнологичная помощь не входит в программу ОМС и полис здесь не нужен совсем). Вы должны понимать, что работодатель, хотя и является страхователем – плательщиком взносов в систему ОМС, - но он не занимается страховой деятельностью, и полисы выдает не он, а страховая медицинская организация.

Согласно ст. 4 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Согласно ст. 9 того же Закона страхователь обязан заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией; вносить страховые взносы в порядке, установленном настоящим Законом и договором медицинского страхования.

Согласно ст. 15 страховая компания обязана с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы.

Как видите, работодатель не обязан выдавать вам полис и заниматься этим, но если он не хочет содействовать вам в получении вами полиса, возникает вопрос о том, а платит ли он за вас взносы?

Итак: от того, что вы получите полис ОМС по месту жительства, вы безработной не станете, а медицинскую помощь получите, - тогда это наименьший путь сопротивления для вас.

Позвонили в разгар рабочего времени из школы: дочь вывихнула ногу на уроке физкультуры. Муж рванул в школу, документы, естественно, не взял, повез ее в травматологию на Большой Полянке. В регистратуре железобетонная тетя даже не дослушала, что случилось, перебила вопросом: полис есть? Полиса, понятное дело, нет, был паспорт отца. Но на него даже не посмотрели – принимать не будем. Муж начал вопить: у вас же неотложная помощь (у мужчин в таких ситуациях нервы сдают быстрее, чем у женщин:-). Тетя вышла из регистратуры и ушла. В конечном итоге дочь приняли в другой травматологии, где муж сходу предложил денег сколько надо. Вопрос: если ребенка привезли в неотложную травматологию и нет с собой полиса, имеют ли право отказывать в осмотре?

Речь, видимо, идет о травмпункте, относящемся к больнице, которую возглавляет Леонид Михайлович Рошаль. Вообще, не мешало бы ему об этом случае знать (напишите заявление на его имя). Здесь дело даже не правовых нормах, а в поведении регистратора. Я, честно говоря, удивлен ситуацией, потому что Л.М. Рошаль очень щепетильно относится к происходящему у него в больнице.

Правовая цепочка здесь такая. В соответствии со статьей 41 Конституции все мы имеем право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и

муниципальных учреждениях. В соответствии со ст. 20 Основ законодательства об охране здоровья граждан правительство ежегодно утверждает базовую программу государственных гарантий, по которой скорая и первичная медико-санитарная помощь оказываются бесплатно.

При этом согласно Базовой программе на 2009 год скорая помощь не входит в систему ОМС (полис не нужен), но оказывается вне стационаров и поликлиник, а вы, вроде как, уже приехали в амбулаторно-поликлиническое учреждение (травмпункт), и потому речь о скорой помощи не идет.

Первичная медико-санитарная помощь, в структуре которой происходит лечение травм, финансируется, как за счет местного бюджета (что исключает требование полиса ОМС), так и за счет ОМС. Последнее, однако, не означает, что эта помощь поставлена в зависимость от предъявления полиса ОМС, поскольку нигде такого не сказано, а у гражданина есть право получения бесплатной помощи в государственных и муниципальных учреждениях без дополнительных условий. В этой ситуации вы имели полное право обратиться в местное отделение милиции. Это ст. 125 УК («Оставление в опасности»). При травмах, чем раньше оказана помощь, тем лучше идет заживление. Впрочем, это касается практически любой болезни.

В то же время, вам, как родителям, не стоит ставить здоровье ребенка в зависимость от настроения регистратора и даже правовой грамотности главврача, а всегда иметь полис ОМС при себе.

Возможно ли в Интернете увидеть: 1) список зарегистрированных мед. препаратов и 2) список бесплатных мед. препаратов? Подскажите, правомерна ли больница отказывать в предоставлении мед. препарата, который показан по диагнозу (онкология), но он дорогостоящий, порядка 450 тыс. рублей на один курс, при этом менее дешевых аналогов нет. И если больница не правомерна, то как поступить и что предпринять, чтобы препарат закупили для проведения лечения? Спасибо.

Списки-перечни есть на сайте Росздравнадзора и Минздрава, а также в электронных правовых системах. Что касается назначения бесплатных препаратов, то есть перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Сейчас они стали во главу угла лекарственного обеспечения, то есть именно по ним идет бесплатное обеспечение пациентов лекарственными средствами. Выписываются они в соответствии со 110-м приказом Минздравсоцразвития, и там есть инструкция по выписке лекарств и в стационаре, и в амбулаторно-поликлиническом режиме.

Так, в стационаре назначение некоторых лекарств производится по согласованию с заведующим отделением, а в экстренных случаях - с ответственным дежурным врачом или другим лицом, уполномоченным приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения, а также с клиническим фармакологом в случаях:

а) одномоментного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному больному;

б) назначения наркотических средств, психотропных веществ, иных лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, анаболических гормонов;

в) необходимости назначения лекарственных средств, не входящих в территориальный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, при нетипичном течении болезни, наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при непереносимости лекарственных средств,

входящих в территориальный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

Назначение лекарственных средств в случаях, указанных в подпунктах а) - в) фиксируется в медицинских документах больного и заверяется подписью лечащего врача (дежурного врача) и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица).

В амбулаторном звене назначение таких препаратов осуществляется врачом-специалистом, а при его отсутствии врачебной комиссией лечебного учреждения.

Поэтому выписанный препарат субъект федерации обязан предоставить.

Меня часто обвиняют в том, что я идеализирую ситуацию, рассказываю про прокуратуру, куда надо бежать. Понимаете, нет другого инструмента защиты прав человека вообще. Есть правоохранительные органы и еще Росздравнадзор. А поскольку мы здесь говорим о нарушении прав по охране здоровья, то этим никто не занимается, кроме правоохранительных органов и еще судов, но обращение в последние – это долго, а здоровье нужно спасать сейчас..

Я говорил о создании уполномоченного по правам пациентов в России, но его нет. Вот и остается милиция, прокуратура, следователи. Если больной не получает жизненно важного препарата, и нет возможности его замены на более дешевый, с правовой точки зрения это может квалифицироваться как оставление в опасности в соответствии со ст. 125 УК РФ («Оставление в опасности»).

Врач-терапевт сказал, что более четырех наименований лекарств бесплатно выписать не может, хотя три из них идут по сердечно-сосудистому направлению, а два – по ревматологии. Являюсь инвалидом 2 гр., ревматолога нет – уволился, а будет ли новый – неизвестно. Как выйти из этой ситуации?

Как я уже говорил выше, эти вопросы регулируются Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12 февраля 2007 г. N 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

Если указанные там варианты пройдены, а лекарство вами не получено, ваше право нарушено.

Тогда необходимо обратиться в Росздравнадзор, на котором лежат обязанности по контролю за выпиской лекарственных препаратов. А также обратиться в свою страховую компанию, которая должна обеспечить и организовать пациенту необходимую медицинскую помощь. В вашем случае можно говорить о применении ст. 125 («оставление в опасности»). В идеале, если человек обращается даже в отделение милиции и говорит, что ему не выписывают жизненно необходимый препарат, милиция вправе принять меры, обеспечить предписание прокурора или произвести иные действия для решения проблемы. Причем милиция реагирует быстро, если не начнет упираться по каким-то причинам, как и Росздравнадзор.

Мой отец 82 лет – инвалид II группы – получает некоторые препараты бесплатно в поликлинике Госпиталя участников войны. Назначенный ему препарат «Предуктал» был заменен аптекой на аналог отечественного производства. Отец был этим взволнован и обратился в Управление лекарственного обеспечения, после вмешательства в которое назначенный врачом препарат был выдан больному. Но в этот же день домой к отцу позвонила зав. поликлиникой с возмущением и упреками, что из-за него кто-то не получит нужный препарат и она накажет лечащего врача за то, что та выписала «Предуктал», а не заменитель отечественного производства. Вопрос: это что, ошибка системы или личностные перегибы?

Дело не только в импорте и отечественных лекарствах. Лечащий врач, когда выписывает препарат, несет за это ответственность перед пациентом. А провизор аптеки никакой ответственности не несет. Здесь ответ на подобные ситуации. Поэтому самодеятельность провизора является поводом для отзыва лицензии. По крайней мере, проверка по этому поводу должна быть. А поведение зав. поликлиникой является обычным хамством. Она ни в каком случае не должна перекладывать проблемы поликлиники на пациента, звонить ему домой с упреками.

В дальнейшем, если такое повторится, надо жаловаться уже на нее. А тот факт, что «Предуктал» является дорогим препаратом предопределяет также и то, что он достаточно эффективен. И то, что вашему отцу больше помогал «Предуктал», а не аналог, как раз и должен был определить лечащий врач. Так что зав. поликлиникой грубо вмешалась еще и в работу лечащего врача, хотя, повторюсь, ответственность несет именно врач (ст. 58 Основ).

У меня рак молочной железы 2«а» стадии (до первой химии была стадия 2 «б», потом почему-то изменили). В группе инвалидности мне отказывают, но я с большим трудом оказалась в списках региональных льготников. Я уже перенесла операцию, химиотерапию, сейчас заканчиваю лучевую терапию, Через 2 недели я должна начать гормонотерапию (аримидекс). Препарат дорогой, на его покупку у меня нет средств. Вовремя принимать гормонотерапию я не смогу. Мне в районной поликлинике сказали, что я буду получать с июля (я не верю) т.к. на учёт региональных льготников я встала в первом полугодии 2009 года. Правы ли они? Что мне делать, чтобы вовремя начать гормонотерапию? Имею ли я, онкобольная, право на группу инвалидности?

Рекомендую по вопросам лекарственного обеспечения обращаться в территориальные органы Росздравнадзора или в сам Росздравнадзор <http://www.roszdravnadzor.ru>. Они в этом очень эффективны вплоть до руководителя службы.

Являюсь пациентом после трансплантации почки. В этой связи вопрос дорогостоящего лекарственного обеспечения - как противостоять аукционной закупке лекарств, не применяемых в мировой цивилизованной практике, в частности, Майсепт индийского пр-ва. Почему власти на местах диктуют больным, какие препараты они должны принимать, а не руководствуются выписками врачей трансплантологов, которые дали нам более качественную жизнь, выходили и сейчас ведут нас по жизни, принимая все необходимые меры. После моей операции прошло полтора года, а я только занимаюсь тем, что добываю жизненноважные препараты, обращаясь в прокуратуру, газету, межрегиональную организацию, хотя надо заниматься собой, семьей, и т.п. Наш областной нефролог настолько зависим от департамента здравоохранения, что наши вопросы совсем не решает, боясь только за свою должность, а не за жизни людей. Подскажите как радикально решить вопрос обеспечения, что нужно делать чтобы во главе МЗСР был МЕДИК из числа грамотных, действующих, неравнодушных специалистов?

Как вы знаете в федеральном бюджете 7 нозологий выделены отдельной строкой. К ним относятся рассеянный склероз, муковисцидоз, болезнь Гоше, гемофилия, онкогематология, гипопизарный нанизм и реабилитация после трансплантации органов и тканей, т.е. самые дорогостоящие в плане фармакологического лечения болезни. Все это очень позитивно и для пациентов, и для ДЛО. Но мы не полностью удовлетворены решением и настаиваем на принятии федерального закона «О лекарственном обеспечении лиц, страдающих тяжелыми

хроническими заболеваниями», (подробности смотрите здесь http://openmed.ru/index.php?D=34&cmd=33&file=NewsArticles_1.0.0&view=1&category=&id=77), гарантирующего лекарственное обеспечение этим категориям - ведь сейчас получается, что никакого источника права у перечисленных пациентов сегодня нет (есть только бюджетные расходы), а если нет права, то можно только просить, а требовать в суде уже сложно.

Кроме того, неясно, как будут выдавать по этой программе лекарства, какие это будут лекарства, где их можно будет получить, в каких количествах, и что будет, если вдруг кончатся деньги или препаратов не будет на складах. К тому же, на эти, без того дорогостоящие препараты предусмотрены большие накрутки — их поставляют через дилеров, аптечные сети и пр. А ведь сейчас уже есть регистры нуждающихся в них пациентов — все они стоят на своеобразном учете. И дешевле было бы создать сеть курьеров, которые доставляли бы людям на дом лекарства прямо со складов субъектов РФ, - это будет дешевле, чем сейчас через дистрибьюторов, аптеки и т.п.

Что касается вашего вопроса о министрах, то я их не назначаю. Мое убеждение, что врачи (особенно, хорошие врачи) должны лечить людей, а министерства пусть возглавляют хорошие управленцы и хозяйственники, которые должны спрашивать у хороших врачей, чего им не хватает для хорошей работы (то есть, чтобы их пациенты не болели или выздоравливали быстрее) и стараться обеспечить им это.

Я больна рассеянным склерозом. Однако в нашем регионе главный невролог занял странную позицию, утверждая, что препараты, предназначенные для лечения РС, не эффективны, а потому он не будет разрешать их выписку специалистами. А, как вы знаете, это – очень дорогие препараты, входя в программу «семи нозологий». Мое самочувствие без этих препаратов сильно ухудшается. Как мне и жителям области В. Быть в этой ситуации?

Согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 14.11.2007 N 706 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с рассеянным склерозом» больные с указанным заболеванием должны получать лекарственную терапию, включая ежедневное получение Интерферонов бета-1a и бета-1b, что видно из ежедневных дозировок, указанных в стандарте. Нет сомнений, что пока установленными правовыми процедурами не доказано обратное, стандарт является единственной легитимной технологией лечения заболевания, отступление от которой должно расцениваться с одной стороны отступлением от приказа и технологии, а с другой является нарушением конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41 Конституции РФ).

Согласно ст. 43 Основ законодательства об охране здоровья граждан в России используются только зарегистрированные методы лечения, к которым относятся и стандарты. Следовательно, все прочие методы незаконны и не могут применяться с точки зрения доказанной эффективности для жизни и здоровья людей.

В данном случае стандартом признается сама необходимость у больных с рассеянным склерозом получать указанные в нем препараты. В тоже время отсутствие необходимых лекарств ставит здоровье и жизнь пациентов под угрозу, что не может быть признано допустимым.

В соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. N 890 (с изменениями и дополнениями), больные рассеянным склерозом получают лекарственные средства бесплатно.

Согласно Перечню централизованно закупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных средств, предназначенных для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, утвержденному распоряжением Правительства Российской Федерации от 2 октября 2007 г. N 1328-р и Положению о централизованной закупке в 2008 и 2009 годах лекарственных средств, предназначенных для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, утвержденным Постановлением Правительства N 682 РФ от 17 октября 2007 г. для больных рассеянным склерозом федеральным центром закупаются Интерфероны бета-1a и бета-1b.

Приказом Минздравсоцразвития РФ № 162н от 04.04.2008 «О порядке ведения федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» (зарегистрировано в Минюсте РФ 28.04.2008 № 11599) утвержден порядок ведения регистра, форм заявок и отчетности, которые основаны на сведениях, предоставляемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В частности, установлено, что регистр ведется по сведениям, предоставляемым органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в целях учета граждан, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (далее - больные), при обеспечении лекарственными средствами, а также для эффективного планирования и расходования финансовых средств, направляемых на закупку лекарственных средств, предназначенных для лечения больных.

Учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации, муниципальные учреждения здравоохранения (при их отсутствии - медицинские организации, в которых в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, размещен муниципальный заказ), направляют соответственно в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в электронном виде и на бумажном носителе направление на включение в Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей по форме согласно приложению N 2 в случае впервые установленного диагноза не позднее трех дней с момента его обращения в учреждение здравоохранения, а по ранее выявленным больным - в сроки, установленные органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации для формирования и ведения Регистра направляют в Росздрав (ныне Минздравсоцразвития РФ) в электронном виде и на бумажных носителях сведения о больных по форме согласно приложениям N 6, N 7 и сведения о выписке и отпуске лекарственных средств по форме согласно приложениям N 8, N 9 с использованием кодов, предусмотренных приложением к установленному Порядку, не позднее пяти дней с момента поступления соответствующей информации.

Из сказанного можно сделать вывод о том, что и порядок закупок лекарственных средств, и сообщение сведений, необходимых для этого, и ведение регистра больных рассеянным склерозом на территории вашей области нарушаются.

На основании изложенного вы можете просить прокуратуру вашей области провести проверку изложенных в вашем заявлении сведений и дать представление на

имя Министра здравоохранения области В. с требованием об устранении нарушенных прав граждан. А в случае выявления признаков составов преступлений по ст. 125 и 293 УК РФ, можете просить возбудить уголовные дела в отношении виновных лиц, допустивших грубое нарушение прав граждан, поставившее их жизнь (ее качество и продолжительность) и здоровье под угрозу.

У нас в поликлинике врач выписывает рецепт только при наличии в льготной аптеке препарата. Списки препаратов выдаются врачу аптекой при их поступлении. Как правило, количество их скудно. В этом году мне лишь раз удалось бесплатно получить нужное лекарство. Приходится его покупать, а оно дорогое...

Порядок выписки рецептов в зависимости от наличия препарата в аптеках был установлен Приказом Минздравсоцразвития РФ №110, но он был отменен именно в этой части (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.08.2007 N 560) через месяц после решения Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, посвященный проблемам ДЛО, и в частности, поднятой вами.

К сожалению, врачи то ли не знают об этой отмене, то ли им велели о ней не знать. В России в огромной степени исчезла проблема отложенных рецептов, потому что их не стало, но это не значит, что люди получают лекарства. В этом смысле исчез прекрасный показатель достаточности лекарств – количество отложенных рецептов. Вот и получается, «нет рецептов–нет проблемы».

В аптеках висит объявление о том, что лекарства обмену и возврату не подлежат? Законно ли это?

Да, но с оговорками. Согласно ч.1 ст. 25 ФЗ РФ «О защите прав потребителей» Перечень товаров, не подлежащих обмену по основаниям, указанным в указанной статье, утверждается Правительством РФ. Согласно Постановлению Правительства РФ от 20.10. 1998 г. № 1222 лекарственные средства входят в перечень товаров, не подлежащих обмену и возврату. Отмечу, что и в указанной статье Закона, и в постановлении Правительства речь идет о товарах надлежащего качества.

Если у Вас возникли сомнения в качестве, то это может быть поводом, как для экспертизы товара, так и для обращения с претензией к продавцу (изготовителю), подачи иска в суд, обращения в прокуратуру и в территориальный орган Росздравнадзора. Кроме того, согласно ст. ст. 10, 12 названного закона, если вам не была предоставлена при покупке лекарства надлежащая информация, это может быть поводом для расторжения договора купли-продажи, претензии и иска. Здесь важно отметить, что указанная выше ч.1 ст. 25 ФЗ РФ «О защите прав потребителей» говорит только об обмене товара, не давая Правительству РФ права устанавливать перечень товаров, не подлежащих возврату, и в этой части можно говорить о том, что Правительство РФ не вправе формировать такой перечень, т.е. упомянутое выше Постановление Правительства РФ от 20.10. 1998 г. № 1222 в этой части может быть оспорено.

Таким образом, в некоторых ситуациях с законностью приведенного объявления в аптеках можно спорить.

Известно, что программа лекарственного обеспечения пережила немало потрясений. Какова сейчас ситуация?

Программа не работает. Из нее вышло около 80% участников, а значит она уже не выполняет свою основную функцию – обеспечение людей лекарствами.

Общественный совет при Росздравнадзоре считает, что единственный выход - отмена монетизации льгот в сфере лекарственного обеспечения. То есть денег вообще не давать - только лекарства. Признаться, я изначально не понимал смысла монетизации. Это выдуманная проблема, с которой теперь все безуспешно борются. В ней имелась изначальная системная ошибка: сам по себе выбор – деньги или товар (услуга) – делает эту систему плохо управляемой и прогнозируемой. Разброс ее устойчивости и стоимости связан с изменением сотен факторов от политических до бытовых.

Всегда надо быть готовым заплатить двойную цену - и товаром, и деньгами, - особенно, когда речь идет о жизненно важных товарах, к которым относятся лекарства, - ведь государство не может лишить диабетика инсулина, даже если он забрал какие-то деньги, - вот и весь ответ: и деньги, и инсулин. А если мы гарантируем людям доступ к лекарствам, зачем мы даем им деньги? В общем, государство само себя запутало с монетизацией.

Боюсь, правда, что с лекарственным страхованием будет не намного лучше. Никто ведь пока не знает, что это. Притом, что вообще-то существует бюджетное финансирование и его виды (внебюджетные фонды) и есть виды страхования, поскольку государство платит за того, кто заболел и нуждается в лекарствах. Кто именно заболеет и сколько их будет заранее неизвестно – в этом страховой риск. Реализуется и часто упоминаемый в медицинском страховании принцип «здоровый платит за больного».

Поэтому я не очень понимаю, чего ждать. Если тупой передачи системы лекарственного обеспечения под контроль страховых компаний, это не сделает систему страховой, потому что сами страховые компании никакого страхового риска на себе не несут, а лишь распределяют государственные деньги. Единственное, что можно предполагать – это то, что под понятием лекарственного страхования понимается система возмещения пациенту стоимости препарата, то есть покупает пациент лекарство сам, а государство возмещает ему его стоимость, - так сделано во многих странах мира. Однако, система эта очень сложна, а все, что сложно, в России очень плохо работает.

Я слышал о планах отпустить до 70% препаратов в стране строго по рецепту... Это правда?

Минздравсоцразвития некоторое время назад делал подобные заявления. Я думаю, это защитная реакция государства на агрессивность частного капитала и правила игры, которые они создавали вместе. Лицо фармбизнеса сегодня не выглядит как лицо сестры милосердия.

Разве агрессивность, с которой сейчас продают препараты, отражает заботу о людях? Почему мы не сопоставляем затраты фармфирмы с заботой о здоровье пациента, хотя она-то – фирма - потратила десятки лет труда и десятки миллионов долларов на исследования, чтобы нам помочь? Потому что задача аптекаря - продать, задача фармфирмы - продать. А о главном забывают. Главная задача, на самом деле, другая - вылечить пациента, в этом должна быть искренняя забота, за которую люди готовы платить дорого. Но при этом, чтобы им НЕ ВРЕДИЛИ!

А сейчас пациенты прекрасно понимают, что на них хотят всего лишь заработать, и отчасти поэтому идут ко всяким бабушкам и колдуньям, - уходят из медицины. Государство же в ответ на агрессивность фармфирм сообщает о намерении запрета продажи лекарств без рецептов, о намерении запретить работу медицинских представителей, которые уговаривают врачей выписать препарат именно их фирмы, устраивая в кабинете врача аукционы. Мол, раз вы торгуете лекарствами во вред здоровью населения - тогда вот вам! Но я думаю, что государство такими способами

ведет что-то вроде переговоров с фармкомпаниями, как и в случае с как бы запретом на вывоз биоматериалов. Производителей такими угрозами просто вынуждают уступить в чем-то другом. Конечно, безрецептурный отпуск полностью не запретят, хотя ужесточения, рано или поздно, будут.

Мнения разных врачей нередко расходятся по поводу применения тех или иных препаратов. В нынешнем хаосе мнений растет недоверие к фармацевтическим компаниям, которое снижает доверие к системе здравоохранения и к государству. Так что фармкомпаниям надо больше открывать свои лица. Сделать процедуры тендеров, правил, стандартов лечения более прозрачными. Тогда страх и недоверие во многом исчезнут. И медицина, наконец, обретет заботливое лицо, которого всем нам очень недостает.

Но боюсь, что это невозможно, потому что в основе многих нынешних проблем здравоохранения лежит объективный конфликт частного капитала с основным медицинским принципом «Не навреди!» Капитал не может не зарабатывать как можно больше на здоровье людей, иначе это сделает кто-то другой.

Если к этой агрессии, вызванной конкуренцией, добавить страх пациентов перед болезнью и асимметрию информации (пациент никогда не будет знать достаточно, чтобы принять единственно верное решение), то капитал становится по настоящему опасен на медицинском рынке. Он действительно требует со стороны общества защиты, фильтров между капиталом и потребителями. Но любая защита рано или поздно будет разъедена капиталом (коррупция) и ее придется менять, что дорого и не эффективно. Единственным решением пока я вижу огосударствление медицины.

У меня гепатит С. Могу ли я получить бесплатное лечение. Живу в регионе. В программе бесплатного лечения наш регион не участвует. Какие есть у меня шансы, на получение лечения?

Свое право надо иногда доказывать страховой компании, чиновникам, прокурору (для вынесения представления об устранении нарушенного права) или суду для обжалования решения об отказе в лечении (такой отказ лучше иметь в письменном виде, а для его получения написать соответствующее заявление, заявив о праве). В вашем случае правовая логика выглядит так:

Согласно «Стандарту медицинской помощи больным хроническим гепатитом В, хроническим гепатитом С», утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.11.2004 г. N 260, помимо обширных методов диагностики, стандарт содержит лечебные средства, а именно: противовирусные средства - интерферон-альфа, ламивудин, пэгинтерферон альфа2а, пэгинтерферон альфа2b, рибавирин; средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта; гепатопротекторы: урсодезоксихолевая кислота, фосфоглив.

Согласно ст. 37.1. Основ законодательства об охране здоровья граждан «Стандарты и порядок оказания медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (Минздравсоцразвития – прим. мое)».

Согласно ст. 6 Основ: «К полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан относятся:

установление медико-экономических стандартов в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи».

Таким образом, соответствие региональных программ федеральным нормам быть должно. По общему правилу, их объем не может быть меньше заявленного в

федеральной норме. Поэтому, учитывая и ряд других норм права (например, ст. 20 Основ...), ваша сентенция: «В программе бесплатного лечения наш регион не участвует», – мне не ясна. Этого просто не может быть или вас вводят в заблуждение, что бывает не так уже редко, чтобы не оплачивать дорогостоящее лечение, или ваш регион – не часть России.

Напоминаю также про ст. 41 Конституции РФ о бесплатности помощи в государственных и муниципальных учреждениях.

Итак, ответ: у вас есть право на бесплатную диагностику и лечение гепатита С.

Какова общая схема действий при отказе в оказании медицинской помощи?

1. Получить оформленную письменную жалобу пациента с указанием фактов, дат, данных пациента.
2. Попытаться получить описание причины отказа в письменном виде.
3. Выяснить со специалистами правомочность отказа.
4. Провести консультацию пациента о том, что необходимо сделать. Заручиться его согласием действовать – самостоятельно или совместно с вами.
5. Составить жалобу и обратиться с ней к руководству ЛПУ.
6. При отказе попытаться разрешить проблему за счет «телефонного права» - через личные контакты с руководителями. Описать проблему и последствия ее не разрешения «мирным путем».
7. При отказе обратиться письменно (соблюдая основные правила деловой переписки – см. тему «Как преодолеть недостаточность регионального финансирования льготных дорогостоящих лекарственных средств») по нарастающей:
 - Росздравнадзор и его совет.
 - Минздрав и его совет.
 - Уполномоченный по правам человека.
 - Губернатор, вице-губернатор, председатель думы, профильный депутат.
 - Федеральный Росздравнадзор и его совет.
 - Минздрав РФ, Президент РФ.
 - Прокуратура, следственный комитет субъекта РФ, суд.

Как бороться с заменой бесплатных медицинских услуг на платные?

1. Ознакомление с перечнем бесплатных услуг (323з-н) согласно ОМС.
2. Организация контроля силами пациентов, НКО, Советов, привлекаемых органов власти за соблюдением требований закона о запрете платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях.
 - 2.1. Организация процесса выявления нарушений: создание горячих линий, адресов, времени приема обращений, распространение информации о каналах приема обращений.
 - 2.2. Получение оформленной жалобы пациента.
 - 2.3. Попытка решения вопроса на неформальных контактах.
 - 2.4. Направление жалобы последовательно: в ЛПУ, в Росздравнадзор и совет, в Минздрав и Совет, в страховые компании, в налоговую, в прокуратуру, суд.
3. Инициирование проверок через минздрав, налоговую, прокуратуру.
4. Прохождение суда. Получение компенсации в суде затрат на платные услуги. Возложение (в судебном порядке) обязанности предоставить бесплатные услуги.
5. Для профилактики - организация рассмотрения в ОС вопросов: незаконной замены бесплатных услуг платными, укомплектованности ЛПУ.

Как защитить права групп пациентов на льготные лекарственные препараты?

На данный момент в РФ около трехсот тысяч пациентов, чьи здоровье и жизнь зависят от обеспечения их дорогостоящим лекарственными препаратами. Так как стоимость части лекарственных средств чрезвычайно высока (до 1,5 млн руб в год для одного пациента), государство взяло на себя обеспечение выявленных пациентов такими средствами.

Наиболее известные заболевания, требующие такого лечения это рассеянный склероз, муковисцидоз, гемофилия, болезнь Гоше, карликовый нанизм, хронический миелоидный лейкоз.

Пациенты с этим заболеваниями, а так же с рядом заболеваний, требующих дорогостоящего операционного вмешательства, обеспечиваются льготными лекарственными средствами за счет государства по специальной программе «7 нозологий».

Не получение пациентами этих препаратов грозит им быстрой и необратимой глубокой инвалидизацией и гибелью.

Тем не менее часть пациентов не получает столь нужным им препараты, несмотря на то, что имеет на это право. Основная причина – неумение региональных специалистов и органов власти составлять заявки на лекарственные средства с учетом статистики вновь выявляемых пациентов, а так же не готовность региональных органов власти обеспечивать вновь выявленных пациентов вплоть до запроса и получения лекарств за счет федерального бюджета из средств бюджета регионального.

Результатом такой экономии (а проще – нежелания в должной мере заботиться о сохранении здоровья пациентов) становятся серьезные социальные потери государства и общества: пациенты инвалидизируются, дезинтегрируются из общества, перестают обеспечивать себя и свои семьи, семьи распадаются, государство, потеряв активных членов, начинает расходоваться на содержание тяжелых инвалидов.

Для избежания таких ситуаций нужна активная работа НКО в правовом-организационном поле.

Далее приведена схема - как защищать права пациентов на дорогостоящие льготные лекарственные препараты. Для наибольшей наглядности схема подготовлена на примере защиты пациентов, страдающих от хронического миелоидного лейкоза (ХМЛ). Для защиты прав пациентов других нозологий необходимо применять аналогичную последовательность действий.

Сегодня в России более шести тысяч больных с диагнозом хронический миелоидный лейкоз получают лечение в рамках программы финансирования лекарственной помощи для редких и дорогостоящих заболеваний «7 нозологий».

Однако доступный в рамках программы «7 нозологий» препарат (препарат первой линии) неэффективен у 20-30% пациентов. Для такой категории пациентов показаны препараты второй линии, которые до настоящего времени, не включены в федеральные программы.

Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2011 г. № 1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» – программа «7 нозологий» - определяет перечень редких заболеваний и дорогостоящих препаратов для их лечения, закупка которых производится за счет средств федерального бюджета.

Пунктом «ж» части 1 статьи 72 Конституции Российской Федерации установлено, что социальная защита отнесена к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Установление конкретных способов и объемов такой защиты, отнесено к компетенции законодателя.

Пунктом 24 части 2 статьи 26.3 Федерального закона от 06.10.1999 года №184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, относится решение вопросов социальной поддержки и социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот, социальной поддержки ветеранов труда и др., в том числе за счет предоставления субвенций местным бюджетам и т.д.

Частью 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации предусмотрено право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета страховых взносов и других поступлений.

На основании п.8 ст.6.1 Федерального закона от 17.07.1999 года №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» инвалиды имеют право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в том числе на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами.

Статьей 13 Федерального закона от 24.11.1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. А органы государственной власти субъектов в соответствии с федеральной программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. При этом орган государственной власти субъекта РФ вправе за счет доходов бюджета субъекта, бюджетов муниципальных образований и бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования определять в территориальной программе дополнительные условия и объемы оказания медицинской помощи.

Медицинская помощь на территории РФ оказывается за счет бюджетных ассигнований всех бюджетов бюджетной системы.

Согласно п.п.2,3 статьи 16 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья отнесены разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения, разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования.

На основании п.1, п.5 статьи 37 этого же Закона, медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской

помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

На основании п.3 статьи 80 этого же Закона, при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;

2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;

Согласно п.2 приказа Минздравсоцразвития №704 от 14 ноября 2007 года, стандарт медицинской помощи больным с миелолейкозом и другими гемобластомами носит рекомендательный характер.

Врач при определении способа лечения пациента не может быть ограничен каким-либо перечнем лекарственных препаратов, в противном случае это приведет к нарушению прав граждан на охрану здоровья, гарантированное ст.41 Конституции РФ.

В соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 года № 890, больные онкологическими заболеваниями имеют право на бесплатное обеспечение всеми лекарственными препаратами.

Согласно п.4 Постановления Правительства РФ от 30 июня 1994 г № 890 «Об утверждении перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи» органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации предписано своевременно обеспечивать оплату лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых в установленном порядке населению по рецептам врачей бесплатно или со скидкой.

Отсутствие какого-либо лекарственного средства в перечне не препятствует его назначению по показаниям профильным пациентам и включению в стандарты оказания медицинской помощи на основании консолидированного мнения медицинского профессионального сообщества, базирующегося на клинических протоколах и методических рекомендациях.

Закупка лекарственных средств для государственных и муниципальных нужд осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21.07.2005 № 94 ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для

государственных и муниципальных нужд» с соблюдением требований Федерального закона от 26.07.2006 года № 135-ФЗ «О защите конкуренции».

Нормативные правовые акты, регулирующие государственные закупки лекарственных средств не содержат ограничений в части размещения заказа на закупку лекарственных средств для государственных и муниципальных нужд в зависимости от того включено или нет данное лекарственное средство в Перечень.

Кроме того, в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. N 1074, за счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с «перечнем» групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных «перечнем» жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденным Правительством Российской Федерации

При этом ст. 4.1 Федерального закона «О государственной социальной помощи» определено, что с 1 января 2008 г. органам государственной власти субъектов Российской Федерации переданы для осуществления следующие полномочия Российской Федерации в области оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг: организация размещения заказов на поставки лекарственных средств, изделий медицинского назначения, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов; заключение по итогам размещения государственных заказов на поставки лекарственных средств соответствующих государственных контрактов; организация обеспечения населения лекарственными средствами, закупленными по государственным контрактам.

В ряде регионов закупки препаратов второй линии для лечения ХМЛ осуществляются из местного бюджета, и пациенты получают показанную терапию. Но в некоторых регионах больным, которым рекомендованы данные препараты, отказывают в жизненно необходимом лечении. Пациенты вынуждены отстаивать свои права на лечение.

Государство гарантирует безусловное предоставление лекарственных средств при лечении ХМЛ. Основанием для получения лекарственного препарата является рекомендация врача-гематолога в амбулаторной карте или выписном эпикризе из стационара.

Нехватка средств в региональном бюджете не может служить оправданием отказа в предоставлении необходимых лекарств, выписанных врачом.

Лечащий врач-гематолог по месту жительства имеет право самостоятельно рекомендовать препарат Иматиниб. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, в которые входят и препараты второй линии, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (КЭК). Направление медицинской документации пациента, нуждающегося в препарате, в вышестоящие организации федерального уровня для назначения препарата не обязательно.

Обращение в вышестоящие медицинские учреждения оправдано в том случае, если 1) врач местного уровня не уверен в диагнозе и тактике лечения 2) пациент намерен получить дополнительное заключение по своему заболеванию

Вышестоящее медицинское учреждение может оспорить решение врача-гематолога. Заключение может быть сделано заочно на основании медицинской документации.

Ведущие российские учреждения федерального уровня, предоставляющие заключение по ХМЛ:

- Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАМН (Москва),
- Гематологический научный центр РАМН (Москва),
- Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии (С-Петербург),
- Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова (С-Петербург).

На местном уровне вопрос о предоставлении препаратов второй линии для лечения ХМЛ первично решает Министерство здравоохранения региона.

1 Этап. Обращение на имя Министра здравоохранения региона

Если местный Минздравсоцразвития отказывает предоставить лекарства, по инициативе пациентов и пациентской организации в решение вопроса поэтапно вовлекаются властные структуры местного и федерального уровня. Основным инструментом влияния – 1) письменные обращения, на которые по закону ответ должен быть получен не позже чем в течение 1 месяца 2) запись на прием к ответственным лицам. Ниже перечислены инстанции, в которые в текущей ситуации, наиболее часто и результативно направляются обращения пациентов с ХМЛ по поводу лекарственного обеспечения препаратами второй линии.

2 Этап. Одновременное обращение с приложением предыдущей переписки

- Министерство здравоохранения РФ
- Губернатору области
- В Территориальное управление Росздравнадзора
- В федеральную службу Росздравнадзора

3 Этап. Одновременное обращение с приложением предыдущей переписки

- Уполномоченному представителю Президента в округе
- Уполномоченному по правам человека в регионе
- Областную Государственную Думу/Законодательное собрание

4 этап. Одновременное обращение с приложением предыдущей переписки

- Прокурору области,
- В специализированный отдел Прокуратуры субъекта РФ по здравоохранению
- Премьер-министру РФ
- Президенту РФ

Как обеспечить пациентов препаратами второй линии?

Краткая схема для НКО.

1. Если есть жалоба пациента – НКО может ему помогать. Нет жалобы – нет помощи. Пациент действует сам.
2. Врач сообщает о переходе на 2-ю линию.
3. Изучить перечень препаратов 2-й линии.
4. Определить уровень выделения льготы – региональный или федеральный.
5. Изучить региональные особенности выделения аналогичных препаратов.
6. Получение заключения специалиста и/или врачебной комиссии.
7. Направление запроса в компетентное подразделение минздрава региона.
8. ДА: получение препарата.
9. НЕТ:

- 9.1. обращение в общественную организацию.
- 9.2. обращение к главному специалисту по теме.
- 9.3. обращение в благотворительную организацию и фармкомпанию.
- 9.4. обращение в Росздравнадзор.
- 9.5. обращение в Минздрав.
- 9.6. обращение к губернатору, вице-губернаторам, председателю думы, депутатам, уполномоченному по правам человека, федеральные Росздравнадзор, Минздрав.
- 9.7. При отказе: обращение в прокуратуру, суд.
- 9.8. Прохождение суда, получение исполнительного листа.
(в целом действовать по алгоритму сходному с темой «Как преодолеть недостаточность регионального финансирования льготных дорогостоящих лекарственных средств»).
10. Организация закупки препарата (контроль).

Как получить услуги центров реабилитации или как содействовать их созданию?

1. Найти специалистов в теме. Выяснить каковы регламенты в сфере. Провести общественный мониторинг по данному вопросу (сбор информации о количестве инвалидов, нуждающихся в реабилитации, видах реабилитации, эффективности реабилитации, проблемах возникающих из-за отсутствия реабилитации). Спроектировать создание центра совместно со специалистами в двух вариантах – без выделения дополнительных средств и с выделением. Описать проблему и проект решения в виде официального письма с приложениями.
2. Обращение в органы исполнительной и законодательной власти (письма, личные встречи, общественный совет) с описанием проблемы и предложением способов ее решения.
3. Действия по выделению региональных средств и созданию центра без выделения средств (путем реорганизации) аналогично теме «Как преодолеть недостаточность регионального финансирования льготных дорогостоящих лекарственных средств?».

Как привлечь ресурсы в социально ориентированные НКО для помощи пациентам?

1. Основной ресурс – люди. Необходимо создать команду единомышленников: 3-5 человек основных, 10-15 активистов.
2. Необходимо организовать работу команды. Понять, кто из активистов чего хочет. Кто какие ресурсы может вложить. Каковы цели вашей организации. Как их достичь? Чего организации не хватает.
3. Людские ресурсы – см тему «Как организовать добровольцев».
4. Организационные ресурсы. Необходимо создать юр лицо НКО. Тогда вы сразу получите официальный статус, возможности получения средств, участия в мероприятиях и структурах. Без юр лица, полноценная работа невозможна. Создайте представительство организации – визитку в интернет, зарегистрируйтесь на 50-100 профильных сайтах каталогах, заведите телефон, емейл. Участвуйте в форумах, социальных сетях. Сделайте визитку, сделайте историю организации. Распространяйте информацию среди пациентов (см. тему «Как организовать добровольцев»), среди врачей – специалистов по теме, среди ЛПУ (стенды, визитки, буклеты).
5. Статусные, имиджевые, социальные ресурсы. Создайте НКО. Войдите в структуры НКО, в союзы, ассоциации, в общественно-государственные

- структуры – советы, палаты, комиссии. Заявите о себе. Познакомьтесь с экспертами, специалистами, руководителями, депутатами, коллегами, СМИ. Вовлекайте их свои мероприятия. Делайте их своими экспертам. Проводите мероприятия на их площадках, участвуйте в их мероприятиях. Выдавайте им благодарности, поздравляйте их с праздниками.
6. Материальные ресурсы: грантовые средства (федеральные благотворительные фонды, министерства, ОПРФ, региональные фонды, министерства, муниципалитеты), спонсорские средства (фармкомпания, частные спонсоры, коммерческие структуры), ресурсы волонтеров, пациентов. Ресурсы государственных организаций – помещения, рабочие места. Ресурсы от коммерческих структур могут быть самыми различными: помещения, бесплатный счет в банке, помощь бухгалтера, подарки к новому году, списанная орг техника, средства реабилитации и тд. и тп.
 7. Важно - для привлечения ресурсов вы должны выглядеть как Организация. Организация известная, представляющая важную проблему и большое число людей.

Как организовать работу Общественного совета с внешней средой для наилучшего представления мнений пациентов и защиты их прав?

1. Подготовка информационной базы.
 - 1.1. Создание контактных данных: телефона, адреса, рабочего места, приемного времени, e-мэйл адреса. Создание логотипа, бланка. Изготовление визиток и буклетов совета. Изготовление информационных стендов совета. Запрос удостоверений членов совета. Создание базы e-мэйл рассылки членам совета.
 - 1.2. Создание интернет-представительства: страницы на сайте органа власти, собственной страницы, регистрация в максимальном числе форумов и каталогов.
 - 1.3. Выделение ответственных за информационную работу. Договоренности с членами совета об информационном обмене, использовании в работе с внешней средой бренда совета (чтобы эксперты подписывались членами совета, распространяли информацию о нем и тп.).
 - 1.4. Создание базы данных рассылки СМИ: подготовка таблицы с 100-300 e-мэйл адресами всех видов региональных СМИ и новостных интернет сайтов. Подготовка базы данных e-мэйл рассылки других внешних партнеров: учреждений, врачей, НКО, советов, общественной палаты, Уполномоченного по правам человека, отделов администрации по работе со СМИ, министерств, депутатов, руководителей, фарм и страховых компаний и тп.
2. Текущая работа.
 - 2.1. Соблюдение регламента проведения заседаний – подготовка стенограмм, резолюций, протоколов. Размещение информации в интернет. Подготовка и рассылка по базам данных информационных сообщений (технология подготовки пресс-релизов – в интернете, в ООИБРС). Запрос возможностей публикации материалов совета в сборниках органа власти, правительства.
3. Взаимодействие совета с внешними партнерами целевое.
 - 3.1. С Советом при министерстве здравоохранения: приглашение представителей на свои заседания и мероприятия, совместные заседания и мероприятия, предложение совету рассмотреть темы. Совету при министерстве здравоохранения можно перебросить тему, которую не может решать Росздравнадзор. Через совет при МЗ можно инициировать проверку и принять в ней участие.

- 3.2. Общественные палаты, все виды общественных советов: приглашение представителей на свои заседания и мероприятия, совместные заседания и мероприятия, предложение рассмотреть темы.
- 3.3. СМИ: приглашение на заседания, рассылка материалов, знакомства с профильными журналистами (анализ СМИ, мероприятия) и развитие личных контактов, предоставление им информации по запросу, информирование о ЧП. Проведение специальных пресс-мероприятий (пресс-туры, обеды, проверки и тп.). Работа с блоггерами (поиск, обращение к ним, снабжение их эксклюзивом). Важно стать экспертом, к которому обращаются СМИ.
- 3.4. Органы исполнительной и законодательной власти: запросы, приглашение на заседания, анализ их НПА, неформальные контакты для решения общих вопросов, участие в их мероприятиях.
- 3.5. НКО: сбор информации, приглашение на советы, распространении через них информации, проведение совместных мероприятий всех видов, использование обращений от них в качестве поводов для работы, создание общественных коалиций, создание общих заявлений.
- 3.6. Пациенты: двунаправленный контакт. Сбор жалоб, проблем – распространение информации о наличии совета, о результатах его работы (рассылки).
- 3.7. Публичные люди, эксперты, специалисты: приглашение в качестве экспертов (см тему «Как организовать добровольцев»).

Как организовать судебный процесс в защиту прав пациентов?

Рассмотрим ситуацию на опыте Всероссийского общества онко гематологии «Содействие» (ВООГ «Содействие»), защищающей права пациентов, страдающих от хронического миелоидного лейкоза (ХМЛ).

Типовой для них ситуацией судебной защиты прав пациентов является борьба за обеспечение пациентов дорогостоящими лекарственными средствами из региональных бюджетов, а так же препаратов из так называемой «второй линии» - препаратов, предоставление которых не гарантировано прямо федеральным законодательством.

Согласно исследованиям, проведенным ВСП в 2014-2015 гг., примерно 20-30% судебных исков пациентов сегодня в России удовлетворяются. То есть подача исков является весьма эффективной технологией.

Опыт ВООГ «Содействие» является весьма успешным и заслуживает распространения. Далее приводим рекомендации экспертов организации.

На основании п. 6 ст. 53 Гражданского процессуального кодекса РФ полномочия представителя в процессе могут быть определены устным заявлением доверителя непосредственно в судебном заседании с занесением в протокол. Т.е., пациент, права которого вы пришли защищать в суде, во время начала судебного процесса, имеет право в устной форме заявить о том, что он ходатайствует перед судом, что его интересы в суде будет представлять Сидоров Иван Петрович. В этом случае нотариальная доверенность не требуется. Суд может в этом случае обязать пациента написать письменное заявление непосредственно в ходе заседания.

Кроме этого, обращаю внимание на то, что в суде необходимо *доказать* отсутствие обеспечения препаратами. Согласно ст. 56 ГПК РФ *«каждая сторона должна доказать те обстоятельства, на которые она ссылается как на основания своих требований и возражений»*. Процесс носит состязательный характер и доказать свою правоту это *обязанность*, причем доказывать необходимо опираясь не только на нормативно-правовые акты, но и обратить внимание суда на физическое и медицинское состояние истца (пациента).

Обязательно готовьтесь, изучите основные приказы и постановления, сделайте себе «заготовки» из тех пунктов, которые могут вам понадобиться, изучите решения судов из других регионов. В обязательном порядке изучите местное законодательство по вопросу обеспечения лекарственными препаратами:

- 1) Положение о Министерстве (Комитете) здравоохранения региона в части касающейся обеспечения лекарственными препаратами.
- 2) Территориальную программу госгарантий на текущий и прошедший год.
- 3) Территориальные программы социально значимых заболеваний, онкологии и др.

После того, как станет известно, что прокуратура получила жалобу, необходимо связаться с прокурором, которому была передана жалоба на рассмотрение. Представляйтесь, указывая полное наименование организации, предложите свою помощь и сообщите ему, что у вас уже имеются на руках решения судов по аналогичным вопросам в других регионах и предложите их для ознакомления. Оставьте свои координаты для дальнейших контактов.

Перед заседанием постарайтесь связаться с прокурором, лучше если это будет личная встреча, ознакомьтесь с иском, проговорите проблемные вопросы. Может возникнуть необходимость объяснить прокурору свою позицию или разъяснить ему какой-либо вопрос.

В судебном процессе:

1. Необходимо кратко изложить ситуацию:

- когда, кем и какой препарат назначен. В названии препарата необходимо указать его Международное непатентованное наименование (МНН) и торговое наименование. В нашей ситуации необходима ссылка на Международное непатентованное наименование (МНН) Нилотиниб или Дазатиниб.
- Необходимо ссылка на рекомендацию, каким лечебным учреждением она выдана. В случае, если имеется отказ в обеспечении с формулировкой «корректирование лечения», необходимо сослаться на подведомственность лечебного заведения и приоритет назначения лечения ведущими специалистами. Кроме того, необходимо в обязательном случае заострить внимание на том, что препарат назначен по жизненным показаниям.
- По какой причине назначен лекарственный препарат: непереносимость, резистентность и т.д. Обратите внимание суда на нетипичное течение болезни и невозможность дальнейшего приема препарата.
- Указать суточную дозировку, а также необходимая месячная и годовая потребность. Необходимо учитывать, на какой срок (28 или 30 дней) хватает упаковки и из этого исходить при расчете годовой потребности.
- Куда и когда пациент обращался по вопросу обеспечения и какие получены ответы из организаций, куда он обращался.

2. Чтобы судье было легче разобраться в вопросе по существу, кратко расскажите о самой болезни, о тяжести заболевания. Обязательно заострите внимание на непрерывности лечения, сделав акцент на то, что хотя лечение и дорогостоящее (назовите стоимость месячного курса), пациенты чувствуют себя настолько хорошо, что многие добровольно отказываются от инвалидности. Дополнительной помощью могут послужить материалы по ХМЛ авторитетных медицинских центров или ведущих специалистов.

3. Обосновать назначение препарата и необходимость в продолжение лечения можно на основании выписки из истории болезни, медицинской карте, консультаций и т.д. Здесь необходимо подчеркнуть, что на основании стандарта

лечения, который носит рекомендательный характер, и то, что специалистами-гематологами назначена терапия именно этим препаратом по жизненным и медицинским показаниям.

На основании п. 1 ст. 13 Федерального закона РФ №61-ФЗ от 12.04.2010 года «Об обращении лекарственных средств» лекарственные препараты вводятся в гражданский оборот на территории Российской Федерации, если они зарегистрированы соответствующим уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Данные лекарственные препараты включены в Государственный реестр лекарственных средств.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 N 110(ред. от 20.01.2011)»О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания», п. 1.4. «Инструкции о порядке назначения лекарственных средств»

При оказании амбулаторной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, *в случаях типичного течения болезни* назначение лекарственных препаратов осуществляется исходя из тяжести и характера заболевания, согласно утвержденным в установленном порядке стандартам медицинской помощи и в соответствии с перечнем лекарственных препаратов, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 сентября 2006 г. N 665 «Об утверждении перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» (зарегистрирован Минюстом России 27 сентября 2006 г. N 8322).

Стандарт лечения хронического миелолейкоза (ХМЛ), утвержденный Приказом Минздравсоцразвития №704 от 14 ноября 2007 г., согласно п.2, носит рекомендательный характер. Схема лечения, согласно стандарта лечения, оказалась неэффективной и требуется терапия препаратом Нилотиниб/Дазатиниб, что подтверждается рекомендациями специалистов.

На основании п.1, п.5 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. *Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.*

Врач при определении способа лечения пациента не может быть ограничен каким-либо перечнем лекарственных препаратов, в противном случае это приведет к нарушению прав граждан на охрану здоровья, гарантированное ст.41 Конституции РФ.

Приложением №1 Постановления Правительства РФ от 30.07.1994 года № 890 определено, что лица, имеющие онкологическое заболевание, обеспечиваются всеми лекарственными средствами бесплатно.

Приведите ссылки из местного законодательства по вопросу обеспечения лекарственными препаратами:

- 1) Положение о Министерстве (Комитете) здравоохранения региона.
- 2) Территориальную программу госгарантий на текущий и прошедший год.

3) Территориальные программы по социально-значимым заболеваниям.

4. Необходимо доказать наличие перерывов в приеме препарата (если имеет место прекращение обеспечения во время приема лек.средств) на основании записей в лечебной документации (мед.книжках, справках и др.), на основании дат выписки рецептов и фактического получения препарата. Если осуществлялся прием препарата с перерывами, то необходимо посчитать по дням сколько дней был перерыв в приеме, с какого по какое число не принимался препарат и каковы были причины.

5. Последствия перерывов и неприема препаратов (акселерация, мутация, бластный криз, смерть)

6. Предоставьте судье решения судов по аналогичным вопросам из других регионов.

3. ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ДЛЯ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ

3.1. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКЕ ИНВАЛИДОВ

Как поддержать в инвалиде жажду жизни

Инвалид в семье – это серьезное жизненное испытание и большая ответственность для близких людей. Помимо обеспечения должного ухода, нужно постоянно демонстрировать принятие человека таким, какой он есть, проявлять заботу, а также поддерживать в нем жажду жизни.

Люди с ограниченными возможностями остро нуждаются в общении, понимании, а также в простых человеческих эмоциях, без которых их жизнь теряет смысл. Именно поэтому для того чтобы поддержать в них желание жить близкие люди или сиделка должны проводить большую часть времени рядом с инвалидом, даря свое тепло и заботу.

1. Признавайте его равным. Самое худшее для инвалида – это напоминание ему о его физических недостатках. Этим вы подчеркиваете разницу, лежащую между ним и здоровым человеком. Близкие люди должны делать вид, что все в порядке, перестать жалостливо смотреть на инвалида и постоянно вступать с ним в контакт.

2. Не ограждайте инвалида невидимой стеной от своей семьи и остального мира. Это делает его еще более одиноким. Родственники человека с тем или иным недугом не должны замыкаться в себе, стесняться приглашать в дом гостей и отказываться от чужой помощи.

3. Не обвиняйте его в случившемся, даже если в инвалидности виноват он сам. Тем самым, вместо того чтобы вернуть человеку жажду жизни вы заставите его жить прошлым, закроете все двери в будущее. Кроме того, в такие моменты инвалид чувствует себя никчемным и мешающим всем вокруг.

4. Следите за его внешним видом и гигиеной. Инвалид практически все свое время проводит в стенах дома, где он надежно скрыт от посторонних глаз. Однако это не должно стать поводом не покупать для него красивую и модную одежду, а также отказываться от услуг парикмахера. Это поможет осознать человеку с ограниченными возможностями, что у него есть будущее, перспективы и надежда на новую счастливую жизнь.

5. Предоставьте ему возможность выбора. В жизни больного человека гораздо меньше свободы, в отличие от здоровых людей. Это же касается и свободы выбора. Он живет по определенному распорядку и со временем к нему привыкает. Люди, окружающие инвалида должны предоставлять ему возможность выбирать, например оттенок обоев, фасон рубашки или модель обуви.

6. Освойте все тонкости реабилитации. Зачастую близкие люди до конца не понимают, какая реабилитация необходима человеку с тем или иным недугом и начинают процесс, опираясь на собственные представления о болезни. Однако вместо пользы такая реабилитация может лишь усугубить состояние больного. Поэтому очень важно всем, кто осуществляет уход за инвалидом разбираться во всех нюансах реабилитации и посещать специальные лекции.

7. Используйте его возможности. Не доверять выполнение каких-либо дел, которые в состоянии выполнить инвалид – самая распространенная ошибка здоровых людей. Этим вы даете ему понять, что он не является равноправным членом общества. Если больной человек в состоянии самостоятельно выполнить что-либо не стоит помогать ему в этом. Напротив, подчеркните, что вы в курсе, что с этим он может справиться. Это не только поможет оторваться ему от телевизора, но и развить его мелкую моторику.

8. Старайтесь не жалеть. Человек с ограниченными возможностями никогда не будет жить полноценной жизнью, если люди из его близкого окружения не смиряются с таким положением дел и не научатся относиться к этому спокойно. Ваши слезы и причитания только дополнительно расстраивают больного человека. Чтобы научиться жить со своим недугом инвалиду требуется мужество. И лучшая помощь близких людей в этом случае – не жалость, а искренняя вера в его силы. Поэтому спрячьте свой жалостливый вид и постарайтесь поднять ему настроение.

Жизнь инвалида – это тяжелое испытание, как для него самого, так и для его близких людей. Только заботливое отношение, искренняя поддержка и внимание могут подарить ему желание жить, независимо от сложившихся обстоятельств.

Пять стадий возвращения инвалида к жизни

Стадия первая. Психологический шок и отрицание

В первые часы и даже дни пострадавший испытывает состояние шока, когда он не может осознать до конца, что случилось. В это время человек может казаться совершенно спокойным и сдержанным. После шока может наступить паника и человека охватывает всеобъемлющий страх и ужас. Строятся самые мрачные перспективы на будущее. Но всё равно ещё трудно поверить, что это происходит на самом деле.

Особенность психики такова, что соприкоснувшись с такими негативными эмоциями, она стремится защититься и подавить их. С этого момента и возникает отрицание своей травмы. «Этого не может быть!», «Это всё не со мной!», «Почему я?». Человек теряет интерес ко всему, что происходит вокруг него, хочет вернуть время назад, чтобы всё исправить, не желает принимать действительность. Характерным состоянием является скованность, напряжённость, ощущение нереальности происходящего. Человек как бы «замирает» в этой ситуации, чтобы не сталкиваться с болезненной действительностью.

Кратковременное состояние отрицания – естественная защитная реакция, однако если человек слишком долго остается в этом состоянии, то, во-первых, он на самом деле испытывает сильный хронический стресс, во-вторых, теряет драгоценное время для борьбы за своё здоровье. Поэтому близким людям важно помочь пострадавшему человеку как можно быстрее осознать и принять факт травмы.

Задача этого периода – пережить сложные чувства, сопровождающие человека при осознании произошедшего. Основная помощь в этот период заключается в эмоциональной поддержке. Важно быть рядом, выслушивать все переживания, не пытаясь отвлечь человека от негативных чувств и мыслей. Чтобы облегчить его состояние необходимо выговориться, проплакаться, пережить все чувства. Только тогда наступит облегчение и появится возможность перейти на следующую стадию.

Стадия вторая. Агрессия

Когда человек пережил состояние шока после случившегося и наконец осознал, что с ним произошло, он переходит на следующую стадию переживания своей травмы – агрессивную. Тут появляется состояние непереносимой душевной боли, которая переходит в злость и агрессию на несправедливость судьбы, на возможных виновников произошедшего, на друзей, на врачей, на ухаживающий медицинский персонал. Часты случаи аутоагрессии, то есть обвинение себя в случившемся. Возможны попытки травмирования себя и суицида.

В наибольшей степени страдают от агрессивных вспышек близкие родственники и те люди, которые ухаживают за пациентом. Именно они, желая как лучше, задевают человека за живое, лишняя раз напоминая ему о его беспомощности, постоянно предлагая помочь и что-то делать за него. Всё это

приводит к утрате тёплых отношений с близкими. Именно в этот период родным кажется, что у человека «что-то не то» с психикой, что он сходит с ума.

Наиболее распространённая ошибка на стадии агрессии – несдержанность самих родственников и проявление агрессии в ответ. Когда родные обижаются, обвиняют пострадавшего в неблагодарности.

Важно понимать, что негодование, озлобленность, обида, желание отомстить на этом этапе вполне естественны. Такая реакция обычно бывает, если человек чувствует свою беспомощность, и эти чувства следует уважать, чтобы горе было пережито. И задачей данного этапа является проживание этих чувств. Нужно не гасить агрессию, а принимать и с пониманием относиться к ней как к необходимому этапу переживания.

Стадия третья. Стадия торгов или компромисса

На этом этапе человек ещё не до конца осознаёт суть своей травмы. Во многом это происходит из-за дефицита информации об особенностях повреждения и лечения. Человека всячески пытаются уберечь от негативных эмоций и не посвящают в тонкости лечебного процесса и возможных последствий.

В этом подходе есть рациональный смысл, однако есть и другая сторона, не совсем правильная. Пациент недооценивает те усилия, которые необходимо прикладывать для восстановления. Появляется так называемое «магическое» мышление, и человеку приходит в голову мысль, что все еще можно исправить, если сильно попросить Бога / Вселенную, и все вернется на круги своя. Начинаются попытки заключить сделку – с высшими силами и с самим собой.

Принцип здесь такой: «Если я буду хорошо себя вести, я быстро поправлюсь». Человек обращается к Богу и читает так называемые «молитвы-сделки»: «Господи, если Ты исправишь положение, я обещаю...».

В этот период человек и его родственники могут обращаться к различным шарлатанским методам лечения, сомнительным техникам нетрадиционной медицины, экстрасенсам и т.п. Это желание найти волшебное решение, т.е. быстрый и лёгкий способ «излечиться». Естественно, появляется масса тревог и сомнений в своих действиях: «Может, мы обратились не к тому врачу, его (ее) положили не в ту больницу?»; «Может, его (ее) нужно было положить в больницу раньше?»; «Если бы только я сделал то-то и то-то, этого бы не случилось», «Правду ли говорят мне врачи (и медсестры)?».

Не обманывайте себя, травма никуда не исчезнет ни магическим, ни чудо-лекарственным, ни каким-либо другим способом. Только упорная и, возможно, длительная работа над собой самого пострадавшего, добросовестное выполнение рекомендаций специалистов и, конечно же, вера в успех помогут преодолеть травму.

Близким людям в этот период не стоит убеждать человека в том, что шаманы и знахари ему не помогут. Лучше больше говорить с ним об успехах, которые происходят в его восстановлении, радоваться малейшему прогрессу и вселять в человека уверенность в своих силах и веру в успешное восстановление.

Стадия четвертая. Депрессия

Когда человек уже немного свыкся со своим горем и «выпустил пар», когда реальность, наконец, осознаётся, начинается четвёртый этап – депрессивный. Он характеризуется «уходом в себя», ощущением отчуждения и изоляции. Появляются неразрешённые вопросы о планах на будущее, о создании семьи, о возможности дальнейшего трудоустройства и т.д. Не находя ответов на эти трудные вопросы, человек теряет интерес к тому, что происходит вокруг, опускает руки и замыкается в себе, перестаёт общаться с близкими.

Эта стадия наиболее трудна и для пострадавшего и для родственников. Именно в ней могут надолго «застревать» люди. Депрессия приводит к потере энергии и чувству безнадежности. Этот период очень опасен, так как пациент теряет мотивацию к лечению, будучи уверенным в том, что всё это бесполезно. Далее может последовать негативная установка по отношению к реабилитации и отказ от занятий.

В первую очередь нужно осознать, что депрессия – это временный период. Со временем человек сможет посмотреть на свою жизнь совсем по-другому. А пока этого не произошло, важно уважать его чувства и не преуменьшать их значимость.

Очень большое заблуждение состоит в том, что, не желая заострять внимание человека на неприятных эмоциях, родные пытаются всячески избегать тем о его тяжелых переживаниях. В результате человек замыкается в себе и остаётся один на один с тягостными мыслями, тем самым усугубляя депрессивное состояние. Если человек хочет поговорить о своих чувствах, то его надо выслушать, пытаться понять, что и как он переживает. Говоря о своих переживаниях, человек чувствует, что он не один, что кто-то понимает, как ему сейчас тяжело. Это как анекдот, повторенный несколько раз, перестаёт быть смешным: тягостные чувства, если о них говорить, перестают быть настолько болезненными и страшными, утрачивают свою остроту.

А дальше важно помочь человеку внести какой-то новый смысл в свою жизнь, подчинив ему каждодневные действия. Предлагайте человеку заняться чем-то новым, учитывая физические ограничения на данный период времени.

Стадия депрессии является естественным этапом проживания травмы. Однако важно быть внимательным к состоянию человека в это время, так как эта реакция может ухудшиться и перейти в патологическую депрессию. Когда появляются мысли о самоубийстве и человек начинает обдумывать, где и как он может его совершить, нужно срочно обратиться за помощью к специалисту (психологу, психотерапевту, психиатру). В случаях тяжёлой депрессии может понадобиться лечение антидепрессантами, которые может назначить только врач.

Стадия пятая. Принятие, переоценка

Если человек проходит нормально все четыре стадии, итогом будет этап принятия своего состояния. Все острые переживания притупляются, и на смену им приходит эмоциональное равновесие. Начинается новый период, когда человек учится самостоятельно жить в своем новом состоянии.

Принять и смириться – это не одно и то же. Принять – означает понять, что жизнь не сводится к наличию травмы. Можно принять свою травму. Человек не перестаёт быть той самой личностью со своими позитивными целями в жизни, которые могут быть реализованы, стоит только захотеть.

Часто только после тяжелых испытаний человек понимает, на что раньше он тратил своё драгоценное время и энергию. Он осознает, что действительно ценно и важно, и отказывается от излишнего и ненужного.

К сожалению, не каждый пациент достигает этой финальной стадии принятия заболевания. Очень часто люди подолгу «застревают» на какой-нибудь из стадий, если нет должной поддержки со стороны близких и врачей, или могут возвращаться на предыдущие этапы, если появляются новые психологические трудности, связанные с физическим состоянием.

В этот период очень важно продолжать обсуждать с человеком все его переживания, а также помогать в построении планов на будущее. Будущее легче принять, если оно будет хоть как-то прогнозируемо и контролируемо. Пусть будет вокруг больше друзей, близких искренних людей, интересных идей и миссий, ради которых стоит жить и быть счастливыми!

3.2. ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ В ПЕРЕДВИЖЕНИИ

Общая характеристика упражнений

Если преобладает спастика (напряжение и стянутость в ногах), то прежде всего ее нужно снять соответствующими упражнениями, направленными на растяжение и расслабление. Нужно выбирать такие упражнения, которые поддерживали бы взаимодействующие мышцы. Например, упражнения на ловкость и равновесие следует чередовать с упражнениями на расслабление для предотвращения усиления спастичности. Когда ведущими симптомами являются нарушения координации (тремор, нарушение равновесия), выбирают такие упражнения в положении сидя или стоя, которые поддерживают ловкость и равновесие. Необходимо также включать паузы для снятия скованности мышц плеч и затылка.

Ритмические движения следует выполнять в умеренном темпе, а отдельные движения даже медленно.

Частота занятий

Оптимальными по эффективности являются короткие занятия по 10 мин., например возле кровати или стола, возможно несколько раз в день.

Дополнительно в течение всего дня следует выполнять упражнения на расслабление. Регулярность в проведении тренировок, запланированных на определенное время, очень важна, но каждый раз упражнения следует соотносить с самочувствием в данный момент. При плохом самочувствии следует исключать трудные упражнения, чаще выполнять упражнения на расслабление.

Только занятия в меру имеют шанс на успех. Здесь оправдывает себя тактика «маленьких шагов». При этом действительное увеличение общей подвижности больного рассеянным склерозом возможно исключительно за счет чередования движения, расслабления и растяжения.

I. Достижение состояния покоя и расслабления

Эти упражнения выполняются для того, чтобы расслабить напряженные ноги, расслабить спину, выровнять нагрузку различных мышечных групп и ощутить тяжесть своего тела, используя для этого сознательное расслабление. Упражнения нужно выполнять в тех случаях, когда тело требует отдыха, а также после активных занятий, после долгого сидения или стояния. Имеет смысл выполнять упражнения на расслабление в постели, перед засыпанием. Как минимум, один раз в день следует делать релаксационную 20-минутную паузу.

В каждой позиции следует выбрать и разучить 1-2 удобных положения покоя. Наиболее важными являются положение туловища, ног, головы, шеи и таза. Положение рук можно определять индивидуально.

Расслабление означает, что тяжесть тела нужно прочувствовать осознанно. Если поначалу этого достичь нелегко, можно применить канонические способы аутогенной тренировки: «Моя правая рука теплее левой..., моя правая нога теплая..., я ощущаю тяжесть в правой половине тела...» и т.д. Фиксируют свое внимание на ощущениях, повторяя мысленно по несколько раз фразы самовнушения. Далее, чередуют свои ощущения, меняя стороны и пытаюсь делать разнообразными их по качеству. Таким образом легче достичь релаксации. При длительных занятиях упражнения на расслабление и отдых нужно чередовать, разучивая для этого новые позиции.

Если очень долго сохранять тело в положении покоя, напряжение в ногах снова может усиливаться. Поэтому положения покоя должны быть разнообразными, важно

чередовать их. В качестве вспомогательного позиционного предмета может быть использован обернутый одеялом табурет, ящик и пр.

При всех упражнениях на покой и расслабление важно чтобы положение тела было удобным, вес тела был равномерно распределен и оно не соприкасалось бы с угловатыми предметами. Важно избегать вытянутых ног, а в положении лежа – контакта стоп с поверхностями, колени не должны соприкасаться, и спина не должна быть переразогнутой.

Положение на спине

Упр. 1

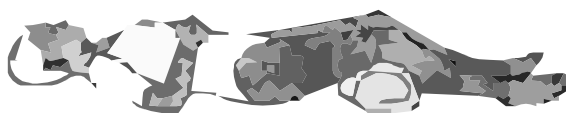


рис. к упр.1

Под коленные суставы подложена подушка или одеяло, свернутое в валик. Колени находятся на некотором расстоянии друг от друга.

Упр. 2



рис. к упр.2

Голени поддерживаются устойчивой плотной подставкой (ящик или табурет, обернутый одеялом).

Обратить внимание на то, чтобы колени и ступни не соприкасались, как и таз лежали бы ровно и были в расслабленном состоянии.

Упр. 3

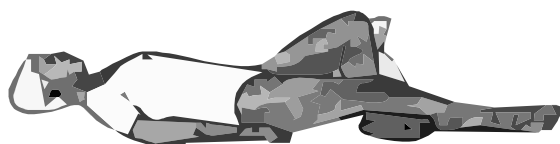


рис. к упр.3

Левая ступня лежит под правым коленом, левое колено удобно опирается на плотную, толстую подушку. Правое колено чуть согнуто и развернуто.

Положение чередовать для правой и левой ног.

Положение спиной вверх

Упр. 4



рис. к упр.4

Левое колено согнуто и отведено влево. Большая плотная подушка поддерживает левое бедро, живот и грудную клетку. Правая рука удобно лежит на подстилке позади тела. Небольшую подушку можно положить под голову и плечо.

Обратить внимание на то, чтобы положение головы и левой руки было удобным, правое колено было согнуто, а подушка полностью заполняла бы

пространство между животом, грудной клеткой и подстилкой. Колени не должны давить друг на друга, под головой лежит маленькая подушка.

Чередовать левое и правое положение.

Положение на боку

Упр. 5

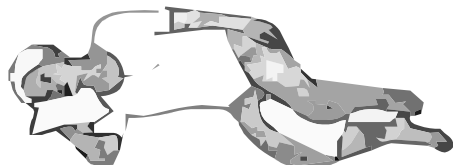


рис. к упр.5

Мягкая подушка лежит между коленями и бедрами. Верхняя ступня лежит на подстилке позади нижней. При этом коленные и тазобедренные суставы согнуты настолько, чтобы ноги лежали в расслабленном состоянии. Между коленями лежит толстая часть подушки.

Упр. 6

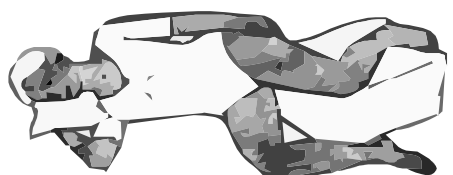


рис. к упр.6

Нижняя нога согнута в коленном и тазобедренных суставах. Верхняя нога лежит на подставке, немного позади нижней ноги. Голень, ступня и часть бедра верхней ноги поддерживаются подставкой, на которой они лежат. Важно, чтобы ни колено, ни ступня не сползли вниз. Спина круглая.

Менять правую и левую стороны.

Положение сидя

Упр. 7

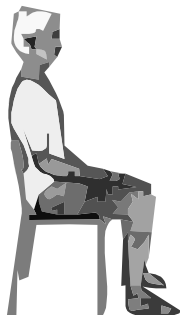


рис. к упр.7

Сесть на стул. Прямой спиной опереться на спинку так, чтобы грудная клетка не была сжата, а ступни ног полностью стояли на полу. При необходимости можно использовать подставку под ноги. Колени должны находиться на некотором расстоянии друг от друга, возможно для этого положить подушку между ними. Бедра лежат удобно, стопа перпендикулярна по отношению к голени. Стопы, однако, с силой не давят на пол.

Положение сидя в кресле

Упр. 8



рис. к упр 8

Принципиально важно:

- сидеть «глубоко», когда таз максимально приближен к спинке,
- опираться всей спиной,
- сиденье и его спинка должны быть твердыми,
- опора на всю стопу,
- колени не соприкасаются, возможно даже при помощи подушки.

1. Полностью откинуться назад так, чтобы не только спина, но и таз почувствовали спинку кресла. Подставку для ног поставить так высоко, чтобы бедра лежали на сиденье не полностью.

2. Исходное положение то же. Прогнуть спину, руки висят позади спинки и тем самым помогают максимально прогнуться.
 3. Время от времени подниматься на подлокотниках, чтобы на короткое время снимать нагрузку с таза, как в упр. 46.
- Весьма важным моментом является возможно более частая смена позиций.

II. Упражнения на растяжение

Упражнения на растяжение помогают расслабить судорожно сокращающиеся, напряженные мышцы бедер, голеней, стоп и верхних конечностей, а также увеличить подвижность. Они служат подготовкой к активным занятиям, но могут также применяться для разнообразия или для того, чтобы расслабиться после напряжения.

Положения надо принимать медленно, в предлагаемой очередности, мягким, постоянным давлением помогать там, где ощущается напряжение, как натяжение. Нельзя допускать боли!

Следует ненадолго остаться в этом положении, подавить напряжение, а затем расслабиться. Снова попытаться растянуться, используя мягкое и постоянное давление. Выполняемое упражнение не должно отличаться от позиций, представленных на рисунках.

Особенно важно то, что каждая судорога и растяжение «до боли» повышают мышечное напряжение и оказывают тормозящее влияние на эффективность занятий. Если при растяжении возникают невольное сокращение, судороги или подергивание мышц, то растяжение нужно прекратить и принять удобное положение покоя.



рис. к упр.9

Мышцы бедра

Упр. 9

Левая нога согнута и лежит поверх правого колена, правая рука держит голень левой ноги. Спинка стула поддерживает прямую спину, левая рука свободно висит позади спинки стула и тем самым помогает прямо держать спину. Стремиться в этом положении притягивать левую голень ближе к телу.

Следует следить за тем, чтобы правое колено не шло внутрь, правая нога не скользила вперед и не давила на пятку, а спина была прямой. Менять левую и правую ноги.

Упр. 10



рис. к упр.10

Ступни ног полностью лежат на полу, колени и стопы расположены на расстоянии 30 см друг от друга. Пятки находятся на одном перпендикуляре под коленями.

Прямая спина наклонена вперед, грудная клетка опирается на край стола, покрытый подушкой. Для уменьшения нагрузки следует поддерживать голову руками. При этом важно, чтобы таз находился на стуле вблизи его спинки, ступни не давили на пол, таз был наклонен вперед, а голова являлась бы продолжением спины.

Упр. 11

Растяжение внутренних мышц бедра.



рис. к упр.11

Сесть полностью внутрь кресла, притянуть левую ступню и положить ее на кресло возле левого колена так, чтобы она полностью лежала. Обе ягодицы должны быть равномерно нагружены, правая ступня полностью стоит на полу, перпендикулярно к голени. Левое колено удобно опирается на подлокотник кресла. Если это невозможно, следует положить под левое колено *подушку*.

Усложнение.

Таз и прямую спину наклонить вперед и остаться в таком положении некоторое время, затем возвратиться в исходное положение. Обратите внимание на то, чтобы правое колено не давило внутрь и левая ступня не скользила, а положение левого колена не вызывало неудобств.

Упр. 12



рис. к упр.12

Сесть полностью внутрь кресла, согнув ноги в коленях, притянуть одну к другой и положить на кресло обе ступни.

Обе ягодицы нагружены равномерно, прямая спина полностью опирается на спинку кресла. Руками медленно разводить колени. Если возможно, коленями опереться о подлокотники кресла, либо воспользоваться для этого подушками.

Усложнение.

Время от времени, поддерживая ноги руками, наклоняться прямой спиной и тазом вперед, остаться в таком положении некоторое время, затем возвратиться в исходное положение.

В коленях не должно быть ощущения неудобства.

Упр. 13

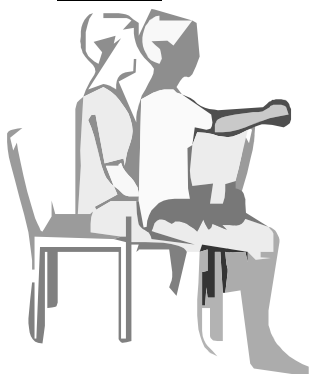


рис. к упр.13

Сидя на стуле, вплотную к нему поставить перед собой второй стул с не очень широкой спинкой, соскользнуть на этот стул настолько далеко вперед, чтобы спинка стула не оказывала неприятного давления на бедра.

Голени и пятки расположены на одной вертикали под коленями, таз нагружен равномерно, спина прямая. Угол наклона таза не меняется.

Поясничные мышцы и мышцы задней поверхности бедер

Упр. 14

Стопы плоско стоят на полу, колени, ступни расположены на расстоянии 50 см друг от друга, пятки находятся на одном перпендикуляре с голенями. Верхнюю часть туловища наклонить вперед и вниз, при этом руки свободно висят между колен. Затем, откинуться назад: руками упереться в бедра и этим снова поднять прямую спину.

Усложнение.

Коленями медленно сдавить плечи, обратить внимание на то, чтобы ступни не соскальзывали, а это положение не было бы неудобным для спины.

Упр. 15

Колени расположены на расстоянии 5 см друг от друга, тыльные поверхности стоп плоско лежат на полу. В случае неудобства подложить под них полотенце или сложенный платок.

Живот и грудная клетка лежат на бедрах. Если это положение неудобно, между животом и бедрами следует положить толстую подушку так, чтобы грудная клетка удобно на ней лежала. Локти сбоку упираются в подстилку, лицо лежит на ладонях.

Усложнение:

Глубоко дышать, следя за тем, чтобы спина была круглой, стопы не съезжали бы внутрь, а грудная клетка и голова оставались в прежнем положении.

Растяжение мышц ног и спины

Упр. 16

Положение на спине. Колени подтянуты к животу так, чтобы таз был в воздухе. Скрещенные под коленями руки фиксируют ноги на животе. Голова и лопатки находятся на подушке.

III. Упражнения на расслабление

Эти упражнения помогут устранить состояние скованности, поддержать ослабевшие мышцы, разработать суставы, улучшить кровообращение. Они проводятся для того, чтобы расслабить судорожно сокращенные, перенапряженные мышцы и подготовить их к тренировке ловкости, равновесия и силы.

Упражнения на расслабление должны включаться между другими упражнениями, а также проводиться время от времени в течение всего дня, перед началом занятий, как разминка и после них для снятия напряжения. Они полезны также после длительного сидения.

Движения надо выполнять медленно, чувствуя, что это происходит легко и свободно, почти автоматически. Для расслабления следует покачивать, вращать, встряхивать ноги.

При остановке движения следует прерваться до исчезновения напряжения в ногах. Затем можно начать снова в спокойном темпе. Движения должны быть в ритме ходьбы, туда-сюда, раз в секунду.

Движения не должны выполняться с силой, в ногах не должны появляться судороги, очень хорошо, если движения происходят «автоматически».

Расслабление мускулатуры ног

Упр. 17 «Качание коленей»

Положение на спине. Ступни поставить на подушку так, чтобы ноги без труда оставались в этом положении. Колени и ступни расположены на расстоянии 30 см друг от друга.

Движение.

Одновременно раздвигать колени друг от друга и друг к другу на максимальное расстояние 30 см один раз в секунду. Колени двигаются спокойно и равномерно, ступни ног остаются неподвижными, таз не двигается, движения проводятся плавно, давление пяток на пол не усиливается.

Упр. 18 «Сваленное дерево»

Положение на спине. Обе ноги лежат на большом, крепком валике или на толстой подушке. Пятки лежат на кровати и не давят на нее. Ступни и колени расположены на небольшом расстоянии друг от друга. Таз неподвижен.

Движение.

Оба колена, как и вся нога, одновременно и равномерно разворачиваются наружу. Движение повторяется в обратную сторону, ноги разводятся ритмично и расслабленно, приблизительно 1 раз в секунду. Представлять себе, что каждая нога, как полено, катится наружу. Движения очень плавные.

Упр. 19 «Лягушка»

Положение сидя, оперевшись на скамью ладонями, расположенными по сторонам и немного позади ягодиц. Стопы плоско стоят на полу. Колени и стопы находятся приблизительно в 30 см друг от друга.

Движение.

Оба колена двигаются одновременно и равномерно друг от друга и друг к другу. Ступни остаются на месте.

Движения выполняются без усилия, ритмично и расслабленно с частотой 1 раз в секунду.

Колени покачивать ритмично, как лягушка, с амплитудой до 20 см до тех пор, пока движения не станут свободными и легкими.

Для облегчения можно помогать себе руками. При этом стопы не должны давить на пол, движение кнаружи должно быть подчеркнуто. Пятки свободно лежат на подстилке, таз остается неподвижным.

Упр. 20 «Качели»

Положение сидя, как и в упр. 19. Ноги свободно висят, колени находятся на небольшом расстоянии друг от друга, вес на ягодицы и бедра с двух сторон распределен равномерно. Все бедро, до колена лежит на опоре.

Движение.

Качать обе голени в противоположные стороны, движение пяток назад подчеркнуто. Вперед голень возвращается расслабленной.

Упражнение выполняется без усилия, в ритме ходьбы один раз в секунду, ступни висят расслабленно, ноги «бегут автоматически». Расстояние, которое пятка преодолевает от перпендикуляра назад, такое же, как и вперед.

Облегчается упражнение тем, что кончики пальцев ног тянутся вперед.

Обратить внимание на то, что более подвижная нога приспособляется к менее подвижной и амплитуда движений ног равномерна с двух сторон, а таз остается неподвижным.

Упр. 21 «Размах колокола»

Положение сидя, как и в упражнении 19. Ноги висят свободно. Колени находятся на небольшом расстоянии друг от друга. Нагрузка на обе ягодицы распределена равномерно. Бедра полностью опираются на горизонтальную поверхность.

IV. Упражнения на ловкость

Ловкость - это способность выполнять мелкие и точные движения. Упражнения на ловкость помогают поддержать функциональную способность, нарушенную спастикой, выровнять одностороннее использование мускулатуры, расслабить напряженные ноги.

Предлагаемые упражнения для ловкости ног могут выполняться повсюду в течение дня. При длительном сидении они устраняют недостаток движения и выравнивают одностороннюю нагрузку.

Сначала выполняются движения медленно, с возможно меньшей силой. Ощущение движения и площади контакта облегчают выполнение точных движений и поддерживают работу слабеющих мышц.

Ритм движений возрастает постепенно, возрастает точность и быстрота движений. Следует заниматься 4-5 секунд в быстром темпе, затем пауза, повторять по возможности. Упражнения следует чередовать с упражнениями на расслабление.

Все упражнения на ловкость будут эффективны, если:

- не прикладывается сила,
- движения выполняются точно,
- темп возрастает до тех пор, пока движения остаются плавными.

Улучшение движения и обучение контролю за движением ног

Упр. 22 а,б «Игра пяток»

Лежа на спине. Ноги согнуты в коленях. Стопы установлены на ширине ладони (а).

Движение (б).

Левая нога остается на месте (если она устает, следует сменить положение ног). Давление правой стопы уменьшить, при этом незначительно поднять ее вверх. С пятками играть: на небольшое расстояние провести пунктирную линию от тела вперед, затем подтягивать назад.

При движении вперед, как бы по пунктиру, пятка касается подстилки очень легко.

Облегчение.

Правая нога, не отрываясь от подстилки, скользит по ней на небольшое расстояние вперед, затем постепенно подтягивается назад.

Усложнение.

Выполняя упражнение, левую ногу тянуть на живот и удерживать в таком положении без помощи рук. Правой ногой быстрее двигать по пунктирной линии.

Эти упражнения эффективны, если только колени не падают ни наружу, ни внутрь. Левая нога не соскальзывает, спина при этом не сгибается. Чередовать левую и правую ноги.

Упр. 23 «Пчела»

Площадка для сидения ровная и твердая, сидение не выше, чем расстояние от колен до пола. Сидеть на передней половине стула, ступни стоят плоско, перпендикулярно под коленями. Таз не опрокинут ни вперед, ни назад. Сидячие

кости нагружены вертикально. Грудная клетка на одной вертикали с тазом, спина прямая, голова над грудной клеткой, подбородок поднят, шея – продолжение спины, руки висят свободно.

Движение.

Правая нога немного оторвана от пола, правой пяткой легко касаться пола, носок не касается. Следует касаться пяткой линии или круга, как пчела перелетает от одного цветка к другому до тех пор, пока движения остаются легкими. Вес остается равномерно распределен на ягодицах.

Облегчение.

Спина откинута на спинку стула. Всей левой стопой во время касания давить на пол.

Усложнение.

Выполнять движения быстрее и точнее, меняя регулярный и нерегулярный ритмы. Эти упражнения целесообразны:

- если не скользит левая пятка,
- пятка лишь легко касается пола,
- таз не двигается.

Упр. 24 «Отбивание такта»

Упражнение выполняется для поддержания подвижности ног.

Сидя на стуле. Ступня правой ноги выдвинута вперед. Левая ступня остается плоско стоять на полу.

Движение.

Давление правой пятки на пол усиливается, при этом носок ступни поднимается высоко вверх, пальцы стопы вытянуты, давление пятки на пол сохраняется, а ступня падает. Ритмично высоко поднять носок и снова оставить его падать, как при отбивании ритма. Не пальцами, а стопой ритмично слегка дотрагиваться до пола приблизительно 2 раза в секунду.

Облегчение.

Выбрать глубокий стул и поставить ступню чуть дальше вперед, движения выполнять медленно.

Усложнение.

Ступня стоит под коленом, движения выполнять быстрее, меняя регулярный и нерегулярный ритмы.

Важно чтобы ступни не скользили, носок правой ноги при падении не скользил вниз, левая стопа продолжала плоско стоять на полу, а движения были плавными.

Сменить ноги.

Упр. 25 «Литавры»

Движения.

Положение сидя, как в упр. 23.

Правая нога чуть приподнята от пола и отставлена в сторону на 30 см так, что колено и ступня одновременно идут наружу. Правая нога (колено и ступня) снова приставлена к левой.

Левая нога остается на месте, ступня плоско стоит на полу, колено на одной вертикали над ступней. Правую ногу снова отставить в сторону таким образом, чтобы это напоминало игру на литаврах.

Облегчение.

Сесть внутрь стула и опереться спиной на его спинку. При усилении давления левой стопы на пол выполнить движение в сторону и обратно.

Усложнение.

Выполнять движения быстрее и с большим размахом без уменьшения нагрузки на область правой седалищной кости.

Обратить внимание на то, чтобы ступня и колено одновременно ставились наружу, правый носок не давил на пол, левая ступня плоско стояла бы на полу, а таз не двигался.

V. Упражнения на равновесие

Равновесием называется возможность сохранять положение тела без необходимости поддержки, как например спинка стула или ручка.

Сидеть прямо – простое и действенное упражнение, которое можно выполнять всегда и везде.

Упр. 26 «Свободное сидение»

Площадка для сидения ровная и твердая, высота не выше, чем расстояние от колен до пола. Сидеть на передней половине стула, ступни стоят плоско, перпендикулярно под коленями. Таз не опрокинут ни вперед, ни назад. Седалищные кости нагружены вертикально. Грудная клетка на одной вертикали с тазом, спина прямая, голова над грудной клеткой, подбородок поднят, шея является продолжением спины, руки висят свободно.

Упр. 27 а,б «Гребля»

Для сохранения равновесия при сидении и для тренировки мускулатуры торса.

Колени и ступни стоят на незначительном расстоянии друг от друга, пятки на одной вертикали с коленями, стопы плоско стоят на полу, спина прямая. Палку или прут держать на ширине плеч (а).

Движение.

Сдвигать прут горизонтально вперед, прямая спина от таза тоже движется вперед, во время этого давление стоп на пол усиливается, а давление таза на стул ослабевает.

Двигаться вперед настолько далеко, чтобы таз не отрывался от стула.

Прут горизонтально тянуть назад, прямая спина вместе с тазом двигаются назад настолько далеко, чтобы ступни не отрывались от пола (б).

Упражнение выполняется вперед – назад приблизительно за 6 секунд.

Облегчение.

Движения проводятся на меньшее расстояние и в более медленном темпе.

Усложнение.

Увеличение расстояния и темпа.

Соблюдать условия выполнения, когда таз двигается вперед и назад вместе со спиной, спина остается прямой, ступни не скользят, а пятки остаются на полу.

Упр. 28 а,б «Ткацкий станок»

Сидя на скамье. Колени расположены на незначительном расстоянии друг от друга. Широко захватить руками палку или прут (а).

Движение.

Двигать палку горизонтально отводить вправо, как можно дальше, при этом усиливается давление правой седалищной кости, а нагрузка на левую ногу уменьшается. Левое бедро и левая ягодица чуть отрываются от подстилки. Обе ступни идут как противовес налево. Палка всегда остается в горизонтальном положении. Линия глаз – горизонтально (б).

Равномерно двигать палку влево и вправо, как ткацкий станок, приблизительно три секунды на движение.

Облегчение.

Уменьшить расстояние, на которое двигается палка.

Усложнение.

Двигать палку в сторону на такое расстояние, чтобы бедро и ягодицы противоположной стороны полностью отрывались от подставки и удерживались на весу без поддержки.

Палка должна удерживаться в горизонтальном положении, колени не давят друг на друга и не выпрямляются, спина остается прямой.

Упр. 29 «Шимпанзе»

Для поддержки равновесия при вставании.

Прежнее исходное положение, когда голени строго перпендикулярны бедрам, голени образуют острый угол с бедром таким образом, чтобы пятки не отрывались от пола. Колени, ступни отстоят на 20 см друг от друга (а).

Движение.

Прямая спина вместе с тазом наклоняются вперед, при этом давление стоп усиливается. Встать со стула, не выпрямляя спину и не разгибая до конца колени. Несколько секунд оставаться стоять в таком положении и, если возможно, покачивать свободно руками (б). Медленно опустить таз на сиденье. Спина остается наклоненной до тех пор, пока ягодицы не коснутся стула. Снова принять позу шимпанзе.

Облегчение.

Использовать стул с более высоким сидением и по возможности удерживаться при помощи рук.

Усложнение.

Использовать стул с более низким сиденьем и много раз медленно повторять движение.

Упражнение выполняется правильно, если основное давление ощущается под пятками, колени остаются разведенными врозь, руки и ноги остаются расслабленными.

Упр. 30 «Оставаться в вертикальном положении»

Упражнение можно выполнять босиком или в повседневной обуви обувь с хорошей (поддержкой ступни, с каблуком от 2 до 4 см и мягкой резиновой подошвой).

Ступни отстоят друг от друга на ширину двух ладоней, равномерно давят на пол всей плоскостью ступни. Колени не совсем распрямлены, отстоят на некотором расстоянии друг от друга и смотрят вперед, руки расслабленно висят вдоль туловища, плечи не поднимаются вверх и не двигаются вперед. Ступни на 20 -30 см удалены от стационарно стоящей мебели (стены). Движение. Туловище и голову держать строго вертикально и идти назад, пока задняя поверхность бедра не опрется в мебель (стену). Руки остаются вдоль тела. Не усаживаться!

При этом усиливается давление пяток на пол. Колени оставить чуть-чуть согнутыми, пальцы ног не нагружены.

Обратно: по возможности сохраняя туловище в вертикальном положении, двигаться вперед без помощи рук.

Облегчение.

Ступни поставить чуть ближе к мебели (стене), на ширине ягодиц.

Усложнение.

Выполнить упражнение в положении на одной ноге. (Упр. 35). Ненагруженная ступня остается на полу без давления. Во время выполнения упражнения следить,

чтобы колени не были согнуты. Таз, грудная клетка, голова и прямая спина остаются в строго вертикальном положении. Колени не распрямляются.

Упр. 31 «Свободное положение»

Для поддержки равновесия при стоянии и исходное положение для упражнений.

Упражнение можно выполнять босиком или в повседневной обуви (обувь с хорошей поддержкой ступни, с каблуком от 2 до 4 см и мягкой резиновой подошвой).

Ступни отстоят друг от друга на ширину двух ладоней, равномерно давят на пол всей плоскостью ступни. Колени не совсем распрямлены, отстоят на некотором расстоянии друг от друга и смотрят вперед, руки расслабленно висят вдоль туловища, плечи не поднимаются вверх и не двигаются вперед. Определенное время оставаться в свободном положении и спокойно дышать, например в течение 20 сек. или 1 мин. Это индивидуальное «определенное время» должно сохраняться при длительных тренировках.

Облегчение.

При неуверенности встать между спинками стульев или возле стола, или можно прислониться к стене.

Усложнение.

Оставаться в свободном положении более длительное время, осматриваясь вокруг. Упражнение выполнять, если давление пяток на пол остается постоянным и пальцы ног не сгибаются, а колени не давят друг на друга.

Упр. 32 а,б «Развешивание белья»

Обучение удержанию равновесия на обеих ногах.

Исх. положение - см. упр. 6., однако ступни поставить чуть шире.

Движение.

Как при взятии белья из бельевой корзины, легко согнуться в коленях, отведя таз назад. Прямая спина наклоняется вперед. Колени остаются врозь, стопы плоско стоят на полу. Нагрузка на пятки остается постоянной (а).

Снова подняться, как будто развешивая белье. Колени не напряжены, не поворачиваются внутрь и не давят друг на друга. Давление пяток остается постоянным (б).

Движение медленно повторить 5-6 раз.

Облегчение.

Стоять между двумя стульями, наклоняться не глубоко (корзина с бельем стоит на стуле) и высоко не «развешивать».

Усложнение.

По возможности выше поднимать руки, бельевая корзина стоит на полу, возможно даже в стороне.

Важно, чтобы стопы были равномерно нагружены, колени свободно пружинили, плечи не поднимались высоко.

Упр. 33 «Удар крыла»

Обучение удержанию равновесия на обеих ногах и расслабление плечевого пояса.

Исх. положение, как при «свободном положении» (упр. 6).

Движение.

Одновременно и расслабленно качать обе руки вперед - назад (размах около 40 см). Давление стоп на пол всегда остается равномерно распределенным. Колени чуть пружинят. Для равновесия можно двигать таз вперед и назад.

Облегчение.

Для уверенности встать возле стола или перед стулом.

Усложнение.

При меньшем размахе быстрее и сильнее двигать вытянутыми руками вперед и назад. Максимальный размах рук 20 см два раза в секунду. Локти остаются прямыми. Быстрый удар крыла проводить 3-4 секунды, затем сменить расслабленным, медленным качанием рук. Давление пяток на пол должно оставаться постоянным, колени не выпрямлены и не идут внутрь, плечи не поднимаются высоко, положение головы, туловища и ног строго вертикально.

Упр. 34 Die Majorette

Обучение удержанию равновесия на обеих ногах и расслабление плечевого пояса. Исходное положение, как при «свободном положении» (упр.6).

Движение.

Как при ходьбе, поочередно качать руками вперед и назад, расслабленно туда-сюда, в спокойном темпе, приблизительно 1 раз в секунду. Размах рук вперед и назад одинаков. В коленях следует чуть пружинить. Давление стоп на пол остается равномерно распределенным на обе ноги.

Облегчение.

Для уверенности стоять возле стола и если необходимо, слегка касаться его кончиками пальцев один раз впереди, один - сзади.

Усложнение.

Быстрый темп: при меньшем размахе быстрее и сильнее двигать вытянутыми руками туда-сюда. Локти остаются выпрямленными (максимальный размах 20 см). При этом таз можно поворачивать. Быстрые движения рук выполнять в течение 3-4 секунд, затем сменить медленными, расслабленными покачиваниями рук.

Давление стоп на пол должно оставаться равномерно распределенным, колени не должны соприкасаться и давить друг на друга. Не поднимать высоко колени. Положение головы, туловища и ног строго вертикальное.

Упр. 35 Стояние на одной ноге.

Для тренировки сохранения равновесия на одной ноге. Исходное положение как при свободном стоянии (упр.6)

Движение.

Давление правой стопы на пол усилено. Туловище и правая нога остаются в строго вертикальном положении, левая нога чуть согнута в колене. Левая ступня остается на полу без давления. Вес остается на правой ноге, правое колено не совсем выпрямлено, правая стопа равномерно давит на пол. Руки свободно опущены вдоль туловища.

Некоторое время стоять в этом положении, осознанно чувствуя давление правой стопы на пол, обеспечивая этим отсутствие давления под левой стопой.

Облегчение.

При неуверенности стоять перед стеной, слегка придерживаясь.

Усложнение.

Находиться в положении на одной ноге, одновременно покачивая расслабленными руками вперед и назад, как при «ударе крыла» (упр. 8).

Упражнение эффективно, если правое колено не выпрямляется и не идет внутрь, туловище и правая нога сохраняют строго вертикальное положение, давление пяток на пол остается постоянным.

Упр. 36 «Церемониальный марш»

Для тренировки контролируемого движения ног.

Исходное положение см. упр.6.

Движение.

Давление правой стопы на пол усиливается. Туловище и правая нога находятся в строго вертикальном положении. При этом вес с левой ноги снимается. Левая ступня ставится на первую ступеньку без давления и снова ставится назад.

Давление правой стопы остается все время одинаковым. В это время левая ступня ставится на первую ступень, а затем снова назад. Движение производится ритмично, как при церемониальном марше, можно качать правой рукой сочетанно с левой ногой.

Облегчение.

Двигать только правой рукой, темп умеренный, левой придерживаться за перила.

Усложнение.

Свободное положение без помощи рук при движении. Левая нога ставится одновременно на одну ступеньку.

Упражнение эффективно, если колено не отклоняется кзади, правая стопа плотно прижата к полу, прямая спина остается на одной вертикали с правой ногой.

Упр. 37 «Аист»

Для тренировки равновесия на ноге.

Исходное положение: см. упр. 6.

Давление правой стопы на пол усилено, при этом нагрузка на левую ногу снижается. Левая ступня ставится на табуретку или стул и остается в этом положении. Вес остается на правой ноге, правое колено распрямляется не полностью. Правая стопа давит равномерно на пол.

Движение.

В этом положении расслабленные руки попеременно качать, как в упр. 34 некоторое время, около 30 секунд.

Облегчение.

Рукой слегка держаться за спинку стула, другую руку качать одну.

Усложнение.

Левую ногу согнуть и как проснувшийся аист держать ее в воздухе в этом положении. Правое колено не идет ни назад, ни внутрь, прямая спина вертикальна по отношению к полу.

Упр. 38 «Идти прислонившись»

Для поддержки равновесия во время стояния и растяжения мышц бедер.

Стоять у стены, ноги стоят почти вместе, и удалены от стены на некоторое индивидуальное расстояние. Давление стоп на пол сильнее всего под пятками. Таз отходит от стены, лопатки остаются у стены, руки висят расслаблено, голова не касается стены.

Движение.

Таз чуть-чуть двигается направо, при этом усиливается давление правой стопы на пол, с левой ступни нагрузка снимается. Таз попеременно двигать направо и налево, как при ходьбе.

Облегчение.

Обе распрямленные руки давят на стену.

Усложнение.

Обе руки скрещены на груди. Ненагруженная нога слегка отрывается от пола, как при ходьбе. Упражнение будет результативным, если колено нагруженной ноги чуть согнуто, у нагруженной ноги давление пятки усиленно ощущается, голова, грудная клетка и прямая спина находятся на одной вертикали.

VI. Силовые упражнения

Представленные силовые упражнения помогают тренировать определенные группы мышц, которые часто ослабевают при рассеянном склерозе.

Если сохранение равновесия затруднено, наблюдаются непроизвольные движения и тремор, то включать силовые упражнения в ежедневную программу тренировок нельзя. Нужно усиленно тренировать равновесие, ловкость и выполнять упражнения на расслабление, чтобы улучшить поврежденные процессы согласованности мускулатуры.

При сильном спастическом судорожном состоянии мускулатуры упражнения нужно выполнять с осторожностью, особенно, если при этом усиливается перенапряжение.

- Нужно соблюдать условия выполнения силовых упражнений.

- Как правило, нужно избегать традиционных силовых упражнений, таких, как поднятие тяжестей и упражнений на сопротивление.

Силовые упражнения проводить не чаще, чем дважды в день, короткими сериями, всегда чередуя их с упражнениями на расслабление и ловкость.

В плохие дни силовые упражнения можно оставить совсем. Вместо этого нужно попытаться принять положение покоя или растяжение.

Силовые упражнения при рассеянном склерозе эффективны, если нет претензии на силовые резервы, делаются частые паузы для расслабления, дается достаточное время для отдыха.

Построение тренировки

1. Разучивание

Упражнение выполнять медленно, так долго, чтобы можно было контролировать движения, точно соблюдать условия, делать паузы, глубоко дышать.

2. Чередование

Чередовать с компенсирующими движениями (упражнения на растяжение и ловкость, по возможности те же, что и выполнялись ранее).

Например:

- после «Моста» чередование со «Сваленным деревом» или «Игрой пяток»

- после «Колыбели» чередование с «Шатанием колен « или «

- после «Единоборства» чередование с «Лягушкой»

или «Отбиванием такта»

3. Серия упражнений

Тренировка силы проводится упражнениями, которые выбираются так, чтобы были задействованы одни и те же позиции, но с разными целевыми установками. Серия упражнений выполняется некоторое время и усиливается, если имеются большие силовые резервы. Не следует браться за большое количество упражнений, лучше выполнить меньшее их количество, но более тщательно.

Упр. 39 а,б «Клапан»

Для усиления боковой мускулатуры бедра.

Лечь на правый бок, ноги согнуты в коленях и параллельны туловищу. Спина прямая, левая рука опирается на подстилку перед животом (а).

Движение (б).

Левая нога поднимается, как клапан. Колено и ступня одновременно поднимаются вверх. Некоторое время левую ногу держать на весу, затем положить ее и снова повторить. Левую ногу можно класть один раз впереди, один раз позади правой ноги.

Выполнять упражнение справа и слева.

Облегчение.

Левая рука давит на подстилку, поднимается только левое колено.

Усложнение.

Поднимать обе ноги.

Упражнение эффективно, если:

- спина остается прямой,
- левое колено не выпрямляется,
- оба колена одновременно отрываются от подстилки.

Упр. 40 «Колыбель»

Для усиления мускулатуры живота и бедер.

Положение на спине. Ноги согнуты в коленях, стопы лежат на подстилке, колени не соприкасаются. Кисти лежат под головой (а).

Движение.

Оба колена, не соприкасаясь, двигаются одновременно медленно направо до тех пор, пока не начнет изгибаться спина. Затем – движение налево, туда и обратно, как колыбель. Локтями можно поочередно усиленно давить на подстилку, но спина должна при этом оставаться прямой, а крестец не должен отрываться от подстилки.

Облегчение.

Руки раскинуты в стороны, опираются на подстилку.

Усложнение.

Руки вытянуты вдоль туловища или подняты скрещенными вверх, как показано на рисунке (б).

При выполнении упражнения важно следить, чтобы крестец оставался на подстилке, спина оставалась бы прямой, ступни не скользили бы и не давили усиленно на пол.

Упр. 41 «Мост»

Для усиления мускулатуры бедер и ягодиц.

Положение на спине, руки за головой. Обе ноги положить на крепкую, высокую подушку или подставку, голени скрещены. Левая нога лежит сверху правой. Колени смотрят наружу.

Из этой позиции левая нога тянется вверх к животу, и остается на весу все время выполнения упражнения.

Движение.

Левое колено поднимается, при этом приподнимается таз. На пару секунд зафиксировать это положение – т.е. «держать мост». Таз опустить, левая нога остается на весу. Движение повторить. Выполнять упражнение слева и справа.

Облегчение.

Прямые руки лежат вдоль туловища и могут помогать при поднимании таза.

Усложнение.

Руки лежат на подстилке вытянутыми над головой, кисти скрещены. Правая голень лежит на маленькой подушке.

Упр. 42 а,б,в «Озерная роза»

Для усиления мускулатуры живота.

Обе ноги притянуты к животу, ступни на весу. Оба колена так тянутся к животу, чтобы поясница сильно давила на подстилку, а таз чуть приподнимался.

Движение.

Колени медленно идут назад, как лепестки цветка, который открывается, но только тогда, пока сохраняется сильное давление поясницы на подстилку (а,б).

Облегчение.

«Озерная роза» открывается только одним лепестком. Другая нога остается на животе.

Усложнение.

Лепестки удлиняются: ступни во время движения медленно идут в направлении потолка, полностью распрямляясь (в).

Таз во время движения должен чуть приподниматься.

Упр. 43 а,б «Трясущаяся чаша»

Для укрепления мускулатуры живота.

Положение лежа на спине, сзади под коленными суставами лежит валик.

Вариант 1. Обе прямые руки направлены к потолку, ладони сложены так, как если бы они держали чашку. Двигать их вперед и назад по направлению к голове и к ногам, с амплитудой 10 см. Двигать руками так быстро, как возможно, в течение 4 секунд (а).

Вариант 2. Выпрямленные руки быстро двигать направо и налево, туда-сюда с амплитудой примерно 20 см, как при полировке. Двигать руками так быстро, как возможно, в течение 4 сек. (б).

Движения должны быть быстрыми, короткими и точными, локти прямые, ноги не выпрямляются.

Упр. 44 а,б «Тряска метлы»

Для укрепления мускулатуры торса.

Положение сидя. Ступни стоят твердо на полу, колени и стопы на ширине плеч. Палка взята на уровне шире плеч вытянутыми вперед руками.

Вариант «а». На высоте пупка палку в руках коротко и быстро трясти вперед и назад (амплитуда 10 см), так быстро, насколько возможно, в течение 4 секунд.

Вариант «б». На уровне пупка палку в руках коротко и быстро трясти налево и направо в течение 4 секунд. Обратить внимание на то, чтобы локти были прямыми, плечи высоко не поднимались, ступни не скользили, дыхание не задерживалось.

Упр. 45. «Единоборство»

Для укрепления мускулатуры торса и рук.

Положение сидя у «Шведской стенки» или у специальной перекладины.

Движение.

1. Охватить крепко перекладину и, как в единоборстве, сильно давить вниз, спина при этом не должна становиться округлой и нельзя упираться вперед. Давление ослабить, затем повторить упражнение.

Упр. 46 «Поддержка руками»

Для усиления мускулатуры плечевого пояса и расслабления мышц затылка.

Положение свободного сидения (см. упр. 26).

Оба кулака опираются возле тела (на сложенную ткань), большой палец вперед, локти назад (а).

Движение.

Кулаки давят крепко на подстилку, при этом плечи не должны подниматься, а локти не должны распрямляться.

Давление ягодиц на сиденье уменьшается, а голова движется немного кверху. Зафиксироваться на короткое время в верхнем положении, дышать спокойно. Уменьшить давление рук (б).

Важно, чтобы давление стоп на пол оставалось постоянным, ноги не выпрямлялись, плечи не поднимались, а голова не наклонялась вперед.

3.3. РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ: ПАЛЬЧИКОВЫЙ ТРЕНИНГ

Целью этих занятий является:

- восстановление способности дифференцированию кисти руки;
- развитие двигательной памяти и координации движений;
- восстановление движений, в которых участвуют мелкие мышцы;
- развитие выносливости и быстроты.

Комплексы упражнений для начального игрового тренинга:

Комплекс 1 (упражнения выполняются в положении сидя за столом):

Упр.1 Сжать кисть в кулак, большой палец сверху прижимает 4 остальных. То же, но 4 пальца прижимают большой палец сверху (по 10-15 раз).

Упр.2 Круговые движения каждым пальцем в отдельности (по 8 раз).

Упр.3 Сгибание пальцев в ногтевых и средних фалангах (20-25 движений)

Упр.4 Разведение и сведение пальцев (10-16 раз)

Упр.5 Поочерёдное поднимание каждого пальца (по 5 раз)

Упр.6 Поднимание каждого пальца и движения им вправо и влево

Упр.7 Приближение к концевой фаланге большого пальца каждого фаланги остальных пальцев.

Упр.8 Последовательное сгибание пальцев в ногтевых, средних суставах. Выпрямление скольжением ладонной поверхности кисти (15-20 движений).

Упр.9 Пальцы разведены врозь. Начиная с мизинца, последовательно согнуть все пальцы в кулак. Так же последовательно разогнуть пальцы, начиная с большого. Затем согнуть, начиная с мизинца (10-12 движений).

Упр.10 Пальцы сжаты в кулак. Разогнуть и снова согнуть каждый палец отдельно (10-12 движений).

Упр.11 Большой палец приведён к ладони. Одновременно согнуть 4 пальца и отвести большой (14-18 раз).

Упр.12 Пальцы разведены и опираются о стол. Статические напряжения мышц кисти (5-7 раз).

Упр.13 Большой и указательный палец опираются о стол. Упражнение «шпагат» (по 3 раза).

Упр.14 Кисть ладонью вверх. Захват большим пальцем поочерёдно каждого пальца при одновременном разведении других.

Комплекс 2 (руки опираются на локти, кисти соединены).

Упр.1 Пальцы правой руки склоняют назад пальцы левой и наоборот (5-7 раз).

Упр.2 Переплести пальцы, прижать друг к другу. Разъединить их, оказывая сопротивление (5-7 раз).

Упр.3 Пальцы разведены и сопоставлены друг с другом. Статическое напряжение мышц (4-6 раз).

Упр.4 «Щелчки» (по 3 раза каждым пальцем).

Упр.5 Пальцы переплетены. Повороты кистями ладоней от себя и к себе (6-8 раз).

Упр.6 Слегка развести пальцы правой кисти. Концы пальцев левой кисти положить на ногтевые фаланги пальцев правой кисти.

Разгибать пальцы правой, энергично сопротивляясь левой (6 раз)

Упр.7 Большой палец левой кисти держать вертикально вверх. Зацепиться за него указательным пальцем правой руки и энергично сгибать его, преодолевая сопротивление (4-6 раз).

Комплекс № 3 (с короткими палочками)

Упр.1 Катание палочки в поднятой кисти при опоре на локоть:

А) между 2 пальцами;

Б) между большим пальцем и 4 остальными;

В) между ладонями обеих кистей (2-3 мин.).

Упр.2 Захватить максимальное количество палочек одной кистью и выкладывать их по одной на стол (2 мин.).

Упр.3 Упражнения на захват различных предметов: кубиков, мозаики, пирамиды, шариков (3-5 мин.).

Комплекс № 4 (с малым мячом)

Упр.1 Сжатие мяча кистью (10-22 раза).

Упр.2 Подбросить мяч и поймать его (8-10 раз)

Упр.3 Сжатие мяча 2-мя пальцами (один из них всегда большой)

Упр.4 Выпустить мяч из рук и поймать его хватом сверху(8-10 раз)

Упр.5 Бросить мяч одной рукой из-за спины и поймать другой (10-12 раз)

Упр.6 Удары мяча в пол тыльной поверхностью кисти (20-30 уд.).

Упражнения, включённые в комплексы, представляют собой сочетания естественных для человека движений, разделены на составные элементы. Упражнения на сопротивление способствуют укреплению мышц кисти, повышают их эластичность. Пассивные упражнения используются для предупреждения тугоподвижности суставов. Они стимулируют активные движения, благодаря рефлекторному влиянию афферентной импульсации, возникающей в кожных покровах, мышцах, суставах. Изометрические напряжения мышц без движений в суставах является очень важным средством профилактики атрофии мышц и как средство восстановления мышц при парезах. Упражнения на расслабление мышц создают благоприятные условия для кровоснабжения и отдыха мышц после их напряжения.

