



**ОТЧЕТ ПО ЭКСПЕРТНЫМ ИНТЕРВЬЮ
ПО ПРОЕКТУ ВСП
«БЮРО МСЭ И ПАЦИЕНТСКОЕ СООБЩЕСТВО:
РАЗВИВАЕМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ»**

Москва, 2019



СОДЕРЖАНИЕ

	Стр
ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ	3
ВЫВОДЫ	4
РЕГИОНАЛЬНЫЕ БЮРО МСЭ: КОНТЕКСТ ПОЯВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННЫХ КОМИССИЙ	7
ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННЫХ КОМИССИЙ	12
ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГБ МСЭ И ОБЩЕСТВЕННЫХ КОМИССИЙ	16
ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ ОБЩЕСТВЕННЫХ КОМИССИЙ ПРИ ГБ МСЭ	20
ВОСТРЕБОВАННЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ	23
ПРИЛОЖЕНИЯ	
1. Приложение 1. Гид экспертных интервью	26
2. Приложение 2. Список экспертов интервью	27

ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящий отчет подготовлен по результатам социологического исследования в рамках проекта «Бюро медико-социальной экспертизы и пациентское сообщество – развиваем взаимодействие», реализуемого Всероссийским союзом пациентов с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов.

Организационную поддержку исследованию и проекту оказывает Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Методическую поддержку исследованию оказали сотрудники Центра гуманитарных технологий и исследований «Социальная Механика».

Первоначально целью исследования была оценка изменений в деятельности общественных комиссий при ГБ МСЭ по итогам реализации проекта. Однако в ходе проекта цель была скорректирована ввиду того, что проведенные по проекту семинары не дают быстрого эффекта для отслеживания изменений, но позволяют собрать «живую» информацию из регионов о существующих проблемах развития общественных комиссий при ГБ МСЭ.

Цель исследования – оценка состояния и актуальных задач развития общественных комиссий при ГБ МСЭ.

Метод исследования – экспертные интервью.

В рамках исследования было проведено 10 экспертных интервью. Эксперты имеют богатый опыт работы как в общественных организациях, так и в общественных советах при различных органах власти. В рамках Проекта эксперты участвовали в вебинарах как слушатели и проводили семинары для членов общественных комиссий при ГБ МСЭ, а также семинары с пациентами и их родственниками в близлежащих регионах (каждый эксперт работал в 4-5 регионах).

Данное исследование представляет собой обобщение и систематизацию наблюдений экспертов, основанных на их личном опыте работы в различных общественных советах при органах власти и на опыте взаимодействия с общественными комиссиями при ГБ МСЭ в рамках тех семинаров, которые они проводили по проекту. Исследование не претендует на формат прямых рекомендаций, однако может быть использовано региональными ОК при ГБ МСЭ при оценке собственной ситуации и актуальных задач, стоящих перед ними. Кроме того, ключевые моменты исследования могут быть использованы при формулировании ближайших задач ОК при ГБ МСЭ. Также исследование позволило авторам проекта определиться с дальнейшими задачами возможных будущих проектов развития общественного участия в сфере медико-социальной экспертизы.

Ввиду того, что на данный момент общественные структуры при органах власти называются по-разному, в исследовании используются аббревиатуры двух основных вариантов названий: общественный совет (ОС или совет/советы) и общественная комиссия (ОК).

ВЫВОДЫ

Открытость ГБ МСЭ общественным структурам и заинтересованность во взаимодействии с общественностью – общая отличительная особенность данного профильного органа власти на фоне других региональных ведомств.

В чем ГБ МСЭ ждут помощи от общественности?

- Дополнительная возможность разъяснительной работы с населением, повышение информированности.
- Изменение негативного образа ГБ МСЭ, восстановление репутации, повышение доверия населения.
- Продвижение законодательных инициатив.
- Работа с жалобами и их фильтрация.
- Снижение жалоб в контролирующие инстанции как эффект работы ОК.
- Дополнительная возможность получения обратной связи от пациентов и выявления латентных проблем через мониторинг удовлетворенности МСЭ.
- Взаимодействие с общественностью для любого органа власти – это дополнительный пункт в отчет о своей деятельности.

Причины недостаточной эффективности взаимодействия ГБ МСЭ и ОК:

- Низкая мотивация и пассивная потребительская позиция ОК.
- Подмена единой цели разрозненными частными интересами членов ОК.
- Отсутствие единомыслия у ОК и ГБ МСЭ и представления о единой цели защиты интересов пациентов.
- Непонимание необходимости ОК, ее целей у ГБ МСЭ.
- Отсутствие сплоченности, команды в ОК.
- Выгорание активных членов ОК.
- Низкий профессиональный уровень членов ОК.
- «Контролер» вместо «Партнера». Провокационный стиль общения.
- Неготовность ОК к конструктивному диалогу.

Разновидности ОК в регионах

- Формальные и реально действующие.
- «Потребители» (настроены брать информацию) и проактивные (настроены оказывать содействие работе ГБ МСЭ).
- «Продвинутые» (активные и грамотные), «дотошные ученики» (активные и стремящиеся к обучению) и пассивные.
- «Чиновничьи» и пациентские.
- Профессиональные и дилетанские (необязательно совпадают с парой выше).
- «Командные» (связанные единой целью) и разрозненные «лебедь-рак-щука» (с наличием активного ядра и без него).
- Работающие «в связке» с ГБ МСЭ (как партнеры, «работают как единый организм») и противопоставляющие себя власти («контролеры»).

Какие ОК эффективны?

Профессиональные, с командным подходом к работе и установкой на партнерские отношения с властью.

Достижения ОК в регионах

- Само создание общественной структуры при ГБ МСЭ – достижение.
- Пациентские организации вовлечены в процесс развития МСЭ в регионах.
- Общественники начали понимать, как работает МСЭ и доносить это до своих членов – растет информированность населения.
- Налаживается канал обмена информацией – регулярный канал – между МСЭ и общественностью.
- Совместная экспертиза НПА приводит к появлению новых НПА и региональных программ МСЭ и обеспечения ТСП в регионах.
- Круглые столы и конференции по проблемам МСЭ пациентов привлекают к темам МСЭ в регионах больше внимание.
- Запускается процесс формирования доверия МСЭ у населения.

Условия активной работы ОК и ОС

Внешние условия

- Открытая общественности позиция региональной власти.
- Заинтересованность руководства ГБ МСЭ.
- Наличие координационного центра – ОК при ФГБУ ФБ МСЭ.

Внутренние условия

- Лидерская позиция Председателя по распределению работы в ОК.
- Умение председателя ОК выстроить отношения в коллективе.
- Умение председателя ОК найти контакт с руководителем учреждения.
- Умение договариваться.
- Наличие общего целеполагания и целеустремления в ОК.
- Работа в команде и заинтересованность членов ОК в общих целях.
- Соизмеримый уровень компетентности руководства ГБ МСЭ и членов ОК.

Первоочередные задачи ОК при ГБ МСЭ

- Работа над НПА.
- Просветительская работа среди общественности.
- Создание эффективного канала сбора жалоб.
- Участие в общественном контроле через соответствующие структуры.
- Формирование паблисити ГБ МСЭ.

Что должны делать сами ОК?

- Самоопределение членов ОК.
- Создание команды. Ротация, избавление от балласта.
- Целеполагание. Планирование деятельности ОК.
- Самообучение.
- Взаимодействие с другими регионами. Обмен опытом.

Проект ВСП – новый импульс к деятельности ОК:

- Запущен процесс обучения, методического консультирования.
- Запущен процесс целеполагания и планирования деятельности (эксперты помогли разрабатывать темы заседаний).
- Повышается профессионализм членов ОК.
- Приходит понимание целей ОК.
- Запущен процесс обмена информацией и опытом между регионами.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ БЮРО МСЭ: КОНТЕКСТ ПОЯВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННЫХ КОМИССИЙ

В 2017 г. появление ОК при ГБ МСЭ происходило в условиях актуализации определенных проблем развития этого ведомства.

Региональные ГБ МСЭ «в заложниках» объективных обстоятельств:

- **«В заложниках формализации»**
Бюро МСЭ как и любой другой орган власти – это жесткая формализованная структура. Бюро не в силах влиять на процедуры и правила, ограничено рамками закона.
- **«В заложниках законодательства»**
Законодательство не поспевает за меняющейся ситуацией на местах и не отвечает реальным потребностям.
- **«В заложниках неотлаженной процедуры сбора документации для МСЭ»**
Часто причина мытарств пациента – некачественно заполненная медицинская документация, которая попадает в бюро, но заполняется медучреждением. У бюро МСЭ нет прямой обязанности отправлять пациента на дообследование (по факту, это свобода волеизъявления конкретного специалиста, принимающего решение по больному). Здесь, безусловно, заложен потенциал коррупционной составляющей (когда решение по пациенту зависит от произвола специалистов).

МСЭ часто становится камнем преткновения, «виновником».

«Из бюро МСЭ делают монстра... все проблемы валят на бюро, а они сами находятся в заложниках существующей системы».

Бюро МСЭ остается «крайним», весь гнев пациентов изливается на него.

Готовность ГБ МСЭ к взаимодействию с общественностью

Открытость ГБ МСЭ общественным структурам и заинтересованность во взаимодействии – общая отличительная особенность данного профильного органа власти на фоне других региональных ведомств. Это единодушное мнение экспертов. Все эксперты отмечали заинтересованность руководства региональных ГБ МСЭ в организованных в рамках проекта семинарах и готовность идти навстречу.

Характер отношений с ОК зависит от позиции руководителя профильного ведомства. *«Когда общаешься с ними, сразу видно, когда руководитель МСЭ заинтересован в работе ОС, а когда ему все равно».* Однако общее мнение экспертов: региональные органы МСЭ сегодня в большинстве открыты и заинтересованы в совместной работе.

Отношения ГБ МСЭ и ОК при них выглядят более демократичными на фоне другого профильного ведомства – региональных органов управления здравоохранением (взаимодействие ОС с региональными «минздравами» чаще более регламентировано «сверху», в то время как в сфере МСЭ чаще нет жесткого доминирования профильного органа власти).

Бюро МСЭ – бенефиты-выгоды от взаимодействия с общественностью

Потенциально сегодня руководство многих ГБ МСЭ заинтересовано в работе с ОК ввиду высокой потребности в союзнике и помощи в налаживании взаимодействия с пациентами и в решении спорных ситуаций.

В чем ГБ МСЭ ждут помощи от общественности?

1. Дополнительная возможность разъяснительной работы с населением, повышение информированности.

Разъяснительная работа с населением – первоочередная задача ГБ МСЭ сегодня.

- *«Нужен «выход в народ»... нужны люди, которые могут донести эту информацию доступно и правильно (грамотно)».*

Правовые школы пациентов – актуальная задача сегодня. ОК лучше всех могут осуществлять эту задачу. ОК может нести правильное понимание нормативно-правовой базы населению: по НПА, по порядку МСЭ, по региональному перечню ТСР.

- *«Люди больше верят не чиновникам и работникам учреждений, а «своим».*
- *«Важно заменить службу ОБС («одна бабка сказала») компетентной информацией».*

2. Изменение негативного образа ГБ МСЭ, восстановление репутации, повышение доверия населения.

У ГБ МСЭ есть насущная потребность в привлечении общественности к формированию положительного образа ввиду устойчивого враждебного отношения пациентов.

Для пациентов ГБ МСЭ продолжает оставаться «черным ящиком». У людей сильны стереотипы, что *«инвалидность можно купить только за деньги и по блату, и там одна коррупция»*. Низкая грамотность пациентского сообщества и недопонимание укрепляют существующие мифы и негатив по отношению к ГБ МСЭ. ГБ МСЭ в этой ситуации оказывается «стрелочником» и заложником стереотипов.

Бюро МСЭ заинтересованы, чтобы их работа была более открытой и прозрачной для пациентов. Чтобы пациенты не боялись и не были настроены подозрительно. Если ГБ МСЭ будут выступать «рука об руку» с лидерами пациентских организаций, это повысит доверие к ним у рядовых пациентов.

ОК для ГБ МСЭ – не только канал донесения информации до пациентов, но и способ формирования публичности (известность + лояльность) – формирования доверия к службе медико-социальной экспертизы у населения.

3. Продвижение законодательных инициатив.

ГБ МСЭ напрямую не может выступить с инициативами изменения в региональных НПА (по региональному перечню ТСП или по расширению регионального бюджета на ТСП) – и тут эту роль им важно переложить на соратника-общественность в лице ОК (ОК может писать письма-запросы в другие органы власти и проч.).

4. Работа с жалобами и их фильтрация.

ОК выносит актуальные жалобы на заседания и доносит до ГБ МСЭ. Контролировать каждого врача главный эксперт ГБ МСЭ не может – звонки на врачей доводятся до ОК, именно ОК занимается разбором жалоб, фильтруя те, что не имеют основания для рассмотрения. Для ГБ МСЭ эта работа с жалобами – большое подспорье.

5. Снижение жалоб в контролирующие инстанции как эффект работы ОК.

По мере работы школ пациентов и в ситуации разбора жалоб на заседаниях ОК при ГБ МСЭ в конечном итоге снижается количество обращений пациентов в контролирующие инстанции (прокуратуру и проч.).

6. Дополнительная возможность получения обратной связи от пациентов и выявления латентных проблем через мониторинг удовлетворенности МСЭ.

ОК может стать каналом сбора информации о латентных проблемах – *«чтоб знать, где тонко, и где может рвануть»*.

Силами ОК можно проводить мониторинг удовлетворенности медико-социальной реабилитацией. Опыт такого мониторинга, проведенного при поддержке ГБ МСЭ, уже есть (Санкт-Петербург, Тюмень). Вопросы мониторинга выходят за рамки проводимой независимой оценки качества услуг – через такой мониторинг можно выявить «проседающие» моменты и обоснованность жалоб пациентов (например, через сравнение типичности жалоб в разных отделениях ГБ МСЭ).

7. Взаимодействие с общественностью для любого органа власти – это дополнительный пункт в отчет о своей деятельности.

Причины закрытости органов власти общественным структурам

В ряде регионов сохраняется закрытость ГБ МСЭ или авторитарный стиль управления ОК. Причины сложившейся ситуации – как в позиции ведомства, так и в особенностях тех общественных структур, которые претендуют в регионе на участие в общественном контроле:

- Общая причина – непонимание итоговой задачи ОК как представителями ГБ МСЭ, так и членами самой ОК.

Непонимание итоговых задач ОК при ГБ МСЭ органами власти – распространенная ситуация: *«не все МСЭ сегодня понимают, для чего нужна ОК – вышло Положение, они создали команду – «нам сказали, мы сделали» - а параллельно рассказывают, что по одному и тому же пациенту постоянно вызывают в Прокуратуру – а то, что здесь можно подключить ОС, не понимают».*

ОК не понимают, что они могут делать для ГБ МСЭ. Отсутствие понимания своей итоговой задачи и выстраивания деятельности под нее укрепляет пассивную позицию слушателя.

- Внутренние причины – намерение сохранить абсолютный контроль в своей зоне ответственности ввиду разных обстоятельств:

- Объективные причины невозможности решить ряд проблем (их можно решать только на федеральном уровне или они упираются в кадровые вопросы или платные услуги) – профильный орган власти стремится сделать все, чтобы такие проблемы не проявлялись, т.к. они потенциально ведут к эскалации конфликта... Именно поэтому иногда профильный орган власти заинтересован в создании «карманной» ОК, с включением в нее формальных управляемых общественных НКО.

- Высокая формализация и бюрократизм профильного органа власти – применительно к ГБ МСЭ проблема называлась в единичных случаях.

- Внешние причины – органы власти сохраняют закрытыми свои границы ввиду неготовности ОС или ОК к конструктивному диалогу:

- Низкая мотивация и пассивная позиция ОК.

- Низкий профессиональный уровень членов ОК.

- Отсутствие командного стиля работы в ОК и подмена единой цели разрозненными частными интересами членов ОК.

- Отсутствие единомыслия у ОК и ГБ МСЭ и представления о единой цели защиты интересов пациентов.

- Провокационный стиль общения в ОК ввиду искажения представления о своих задачах и стремления к роли «проверяющего контролера».

Необходимость «брать на ручки» еще одну структуру, осуществлять за нее планирование заседаний и деятельности. ГБ МСЭ вынужден дополнительно выполнять функции «поводыря».

Нежелание пускать на свою территорию – на свою зону ответственности – разношерстное пациентское сообщество с разрозненными интересами типично для мегаполисов с высоким градусом активности пестрой массы НКО.

Бюро МСЭ нуждаются в *партнерстве* для решения возникающих проблем, в *поддержке* со стороны общественности, а не противодействии.

Любой орган власти от общественности ждет «*конструктивизма*»: от советов ожидают профессионального диалога и партнерского взаимодействия.

Наличие заинтересованности органов власти в общественном совете или комиссии определяется тем, насколько эта структура активна и работоспособна, насколько она претендует на роль равноправного (компетентного), адекватного и заинтересованного в общей цели партнера.

Условие заинтересованности ГБ МСЭ во взаимодействии с ОК – готовность к профессиональному конструктивному диалогу самой ОК.

ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННЫХ КОМИССИЙ

Проблемы ОК при ГБ МСЭ не имеют узкого профиля, свойственны региональным общественным советам и комиссиям при любом органе власти.

Проблемы взаимодействия упираются в неспособность региональных ОК войти в диалог с властью на профессиональной основе и на основе высокого качества коммуникаций с внутренней мотивацией решать общие вопросы, а не свои личные.

Проблемы целеполагания

- Непонимание целей и задач ОК.
 - *«Нет слаженности, нет общего понимания своих общих задач».*
- Потребительская позиция и подмена общих целей и задач ОК личными интересами членов ОК.

Корыстная составляющая участия в работе ОК: зачастую в ОК приходят для решения своих собственных проблем и изначально имеют низкую заинтересованность в какой-либо общей работе

- *«Зачастую члены ОС ходят на заседания, чтобы иметь прямой выход на лиц, принимающих решения по инвалидности – решать свои личные проблемы, используя канал выхода на руководство».*
- *«ОС часто используется как площадка для знакомства и обмена полезными контактами: посидел как статист на заседании ОС, чтобы потом позвонить и продвинуть свой вопрос Иван Ивановичу».*
- *«Нам бы какой-нибудь сертификат о прохождении семинара – и дайте еще моим заместителям».*
- *«А нам платить будут» - такая установка и сейчас присутствует в ОС».*
- Ведомая позиция ОК как «карманной» организации при власти
 - Часто создание общественного совета идет по инициативе власти и приглашенные НКО занимают в совете пассивную роль объектов инициатив руководителей ведомства: *«слушают и подписывают».*
 - Иногда советы при органах власти реформируются под конкретную задачу и перестают выполнять свои основные функции: *«У нас в регионе один ОС стал площадкой реализации Президентского гранта – задача защиты прав пациентов ушла из профиля Совета».*
- «Контролер» вместо «Партнера».

НКО в ОС и ОК часто приходят с позицией *«Я теперь общественник – я тут буду всех строить».* В некоторых регионах сильна позиция «мы еще воюем», существующая в силу разных причин: жесткой позиции региональной власти или исторических условий.

Сверхактивные молодые пациентские НКО часто «перегибают» - давят на власть.

- *«Открывать дверь с ноги «ну-ка покажите, что у вас, где и как» - это уже перебор для членов ОС».*

У органов власти в ответ на любые общественные инициативы возникают стереотипы: *«еще одни проверяющие пришли».* Эти установки важно менять.

Там где руководство убеждено, что пациенты в общественный совет приходят только требовать, что они не способны на диалог, руководство воспринимает ОС ил ОК как обузу для власти.

Задача ОК – не навредить бюро, а помочь и улучшить работу – для блага пациентов. ОК – не проверяющие, а переговорная площадка для нахождения лучших путей во благо пациентам. И бюро, и ОК работают для пациентов. Их общая задача: найти моменты взаимодействия, чтобы помочь пациенту: информировать его и находить пути решения сложностей МСЭ. Эту цель важно доносить.

Отсутствие команды ОК

- Разрозненность интересов и отсутствие мотивации к командной работе в ОК.
 - Часто пациентские НКО интересуют только узкие проблемы своего профиля заболевания. Подмена системных вопросов адресными потребностями и проблемами.
 - *«Активны родители детей-инвалидов в пределах потребностей своего профиля, на большее сил не хватает».*
 - *«ВОИ интересуется только трудоустройство... Чернобыльцы заточены на санаторно-курортное лечение...»*
 - *«Часто такие организации после обсуждения своих вопросов уходят с заседания (так было и на семинаре)»*
- «Лишние люди» в ОК. Профанация активности
 - *«Есть те, которые всегда молчат. И среди пациентских НКО».*
 - *«Общественные организации неагентского профиля... Красный крест... не имеет прямой задачи и заинтересованности в защите прав пациентов».*
 - Абсолютная невключенность главврачей (*«нигде не видела, чтоб главврачи были активны на заседаниях»*).
 - *«Часто на заседаниях НКО заслушивают доклады чиновников – их работа сводится к фразе «Принято к сведению» - такой Совет мертвый».*
 - ОК как клуб по интересам: иногда ОК имеет характер клуба по интересам: *«они просто «душки»: собрались, душевно поговорили – а решения вопросов нет».*
 - Преобладание старшей возрастной группы в ОК формирует определенный фон совета. *«Они воспитаны иначе: им сказали – как сделано, так и сделано... У них позиция «Раньше было еще хуже»*
- Нехватка активных членов, выгорание активных.
 - *«Два-три лидера часто устают волочь на себе все... опускаются руки».*
 - *«Раскачайте их, пожалуйста»* - фраза руководителя ГБ МСЭ в одном из регионов при встрече эксперта проекта.

- Отсутствие сплоченности в ОК.

Командных игроков в советах единицы. Либо это ядро активистов, либо собрание индивидуальностей со своими личными интересами, которые абстрактно воспринимают задачи ОС и результаты, которые должен показывать ОС. Системных решений в таких ОС нет, только частные случаи помощи отдельным гражданам.

- *«За системой можно человека не увидеть, а можно и наоборот, увлечься отдельными проблемами, не видя системных».*

- Отсутствие понимания и веры в реальные возможности ОК

- *«У них нет веры в то, что они могут чего-то добиться».*
- *Мотивации на пустом месте нет. Когда бьются, бьются – а результата нет – мотивация быстро пропадает.*

Низкий коммуникативный уровень членов ОК

- Отсутствие конструктивного партнерского диалога внутри ОК

У лидеров есть вероятность непринятия других лидеров (чтобы не создавать себе конкуренцию). В ОК тоже есть конкуренция. *«Если есть враждебное противостояние – есть риск, что ОК превратится в свалку».*

- Неспособность ОК создать диалог, вести конструктивный диалог с властью.

Власти нуждаются в партнере-оппоненте грамотном и конструктивном. Не путать с позицией соглашательства! Без крика прийти к общему знаменателю. С пониманием, что далеко не каждый вопрос может быть решен в пользу только одной стороны, и лучше решить вопрос частично сегодня, дав дорогу для решения других вопросов, чем вставать в позу непримиримой оппозиции.

Низкий профессиональный уровень членов ОК

- Низкая правовая грамотность членов ОК. Порой мотивация членов ОК высокая, но не хватает профессионализма.
- Разный уровень профессионализма либо внутри ОК (когда в него входят представители власти и НКО) либо совета и профильного органа власти. В обоих случаях эта ситуация является серьезной помехой для общения «на равных».
- Отсутствие юристов для грамотного продвижения законопроектов.
- Отсутствие журналистов, формирующих публицити.

Информационный вакуум

- Дефицит информации любого плана и «варение в собственном соку»: из других регионов + отсутствие грамотных комментариев к законам. *«Людей важно информационно поддерживать и с ними нужно говорить – получать от них обратную связь, встречаться».*

Советы всегда нуждаются во вливаниях извне – важно не вариться в собственном котелке (не все это понимают).

Не до конца оформленная правовая основа деятельности ОК при ГБ МСЭ

- Разночтения и разное понимание законов. Как соотносятся закон о защите персональных данных с необходимостью допустить ОК к просмотру видеозаписи при оценке жалобы – органы власти не понимают, как позволить ОК вторгаться в эту нишу.
 - o *«У нас до сих пор не понимают, насколько допускать ОК к работе в МСЭ».*

Все вышеуказанные обстоятельства формируют настороженное отношение и неготовность ГБ МСЭ делать ОК своим равноправным партнером на поле решения спорных вопросов.

Условие для повышения открытости ГБ МСЭ – рост профессионализма советов и связывание общими целями (пока там будут лебедь-рак-щука, будут пассивные и «проверяльщики» – ГБ МСЭ будет к ним закрыто... *«Когда они находят общие цели и интересы – ОС начинает сдвигаться с мертвой точки».*

УСЛОВИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГБ МСЭ И ОБЩЕСТВЕННЫХ КОМИССИЙ

У каждого региона своя ситуация и свой подход к созданию общественных комиссий. Два года назад каждый регион подходил к распоряжению создать ОС в меру своего видения. Единого знаменателя, который исходил бы от федерального бюро, в 2017 г. не было. В 2019 г. перевод региональных сайтов ГБ МСЭ на единую платформу сопровождался общей тенденцией унификации в статусе общественных структур – на сайтах большинства ГБ МСЭ сегодня фигурирует название «Общественная комиссия».

Отношение к смене статуса на местах разное. Есть регионы, которые настаивают на сохранении формы «Общественный совет». Причина: в формате ОК видится меньше возможностей влиять на ситуацию. Кроме того, со слов экспертов, ОК не имеет полномочий осуществлять общественный контроль.

Согласно Положению об ОК, члены ГБ МСЭ сегодня выведены из состава ОК. Отношение к этому неоднозначно:

- ГБ МСЭ в некоторых регионах настороженно относятся к пункту Положения, обязывающему вывести чиновников из состава ОК. Причины – опасение, что не будут приглашать, и нежелание утратить сферу влияния.
- Многие ОК заинтересованы в сохранении присутствия ГБ МСЭ на заседаниях ОК.

Причины заинтересованности ОК в участии ГБ МСЭ:

- Высокая открытость ГБ МСЭ и его заинтересованность в ОК отличается от формальности и доминантности позиции других профильных органов власти (например, некоторых региональных «минздравов») – есть заинтересованность в советах и готовность идти навстречу.
- Высокая нуждаемость ОК в профессиональном взаимодействии на заседаниях ОК для оперативного решения вопросов. Члены ОК не знают всех тонкостей «кухни» МСЭ и нуждаются в плотном контакте с представителями ГБ МСЭ для разъяснений и принятия решений по спорным ситуациям.
- Потребность в формальной помощи: ведение протоколов и наполнение страницы на сайте ГБ МСЭ. По факту, сотрудники учреждения часто берут на себя протокольные функции в ОК, являются секретарями на заседаниях.

Кто должен доминировать?

Любой общественный совет, конечно, должен прислушиваться к мнению профильного органа власти, но важно быть главным на своей площадке.

Как участвовать ГБ МСЭ в работе ОК?

Участие не= членство. Если органы власти не состоят в ОК, они могут дистанцироваться от решения ОК и высказать свое – *иногда* иное(!) – к нему отношение, т.е. реагировать со стороны на решения ОК.

Разновидности ОК в регионах

- Формальные и реально действующие.
- «Потребители» (настроены брать информацию) и проактивные (настроены оказывать содействие работе МСЭ).
- «Продвинутые» (активные и грамотные), «дотошные ученики» (активные и стремящиеся к обучению) и пассивные.
- «Чиновничьи» и пациентские.
- Профессиональные и дилетанские (необязательно совпадают с парой выше).
- «Командные» (связанные единой целью) и разрозненные «лебедь-рак-щука» (с наличием активного ядра и без него).
- Работающие «в связке» с ГБ МСЭ (как партнеры, *«работают как единый организм»*) и противопоставляющие себя власти («контролеры»).

Какие ОК эффективны? Профессиональные, с командным подходом к работе и установкой на партнерские отношения с властью. Это обязательные условия.

Обязательно ли «чиновничий» совет формален?

Общественные советы или комиссии, состоящие из представителей власти, часто формальны, созданы для удобства и выполняют волю власти – это расхожее мнение, клише. Однако у экспертов был опыт знакомства с ОК при ГБ МСЭ, состоящей преимущественно из представителей власти (настоящих и бывших) – и эта ОК высоко активна и имеет хорошие достижения в регионе. Эта ОК, по сути, представляет собой не общественный совет, а «коллегию» при Бюро МСЭ. При этом, в ней есть реальная объединенность членов Комиссии общей целью (решение проблем МСЭ), высокий профессионализм, знание ситуации изнутри, большой опыт и знание управленческих путей решения вопросов. Все эти моменты по факту делают данную ОК гораздо более эффективной на фоне целого ряда пациентских советов.

Условия активной работы ОК

Внешние условия:

- Общий фон в регионе – открытая общественности позиция региональной власти.
Ряд регионов – сейчас их немного – отличает крайне жесткая авторитарная позиция руководства региона в т.ч. к общественным инициативам (*«это не ваше дело, кто вы такие, куда лезете, на каком основании»*).
Как следствия закрытой позиции властей в таких регионах отмечаются:
 - низкая активность общественных НКО, низкая явка на межрегиональные мероприятия «для галочки»;
 - самый высокий уровень обращения в прокуратуру с жалобами пациентов (*«часто там получают лекарства через прокуратуру – уже это о многом говорит»*).
- Заинтересованность руководства ГБ МСЭ.
Открытость и заинтересованность профильного органа власти – одно из основных условий. *«Советы активны там, где у руководителей горят глаза и им есть, чем похвастаться»*.
Позиция руководителя задает тон. Среди участников семинаров был регион, где руководитель ГБ МСЭ не выказал никакого интереса и его не интересовала обратная связь от эксперта после семинара. Наряду с этим был другой регион, где руководитель ГБ МСЭ не только сам принимал участие, но и инициировал приглашение «соседей» – и в этом регионе семинар вырос до масштабов межрегионального Форума полного дня с записью программы на местном телевидении с представителям ГБ МСЭ и общественностью.
- Наличие федеральной общественной структуры при ФГБУ ФБ МСЭ, которая призвана осуществлять координационные и направляющие функции – потенциальное условие повышения активности ОК в регионах.

Внутренние условия:

- Лидерская позиция Председателя по распределению работы в ОК.
«Какой председатель, такова и Комиссия (Совет)». Если председатель долго «тащит все на себе» – велик риск выгорания.
- Умение председателя ОК найти контакт с руководителем учреждения.
МСЭ должно понять, что ОК – не враг, а союзник. Не обуза и идет на диалог. Это возможно, в первую очередь, через Председателя.
- Умение Председателя ОК выстроить отношения в коллективе.
Если активный лидер подавляет (других членов или в целом, настроен бунтарски), это может повлиять негативно на ОК и ее взаимоотношения с ГБ МСЭ.
Задача найти баланс между лидерами в ОК, создать команду внутри ОК, чтобы это были не разрозненные интересы, а движение в одном направлении. Грамотный лидер может объединять и позволять другим иметь свой голос, но погашать конфликтность дипломатично и продуктивно.

- Умение договариваться.
ОК и ОС, в первую очередь, это переговорная площадка. Умение договариваться – с членами команды, с властью – определяет успешность этих общественных структур.
- Наличие общего целеполагания и целеустремления в ОК.
Объединенность общей целью и понимание, ради чего нужна ОК при ГБ МСЭ и общая деятельность – важное условие успешности ее деятельности.
- Работа в команде. Заинтересованность всех членов ОК в командной работе и общих целях.
Если ОК существует только за счет лидеров, а остальные – балласт, лидерам этого ОК будет тяжелее.
Поднять уровень пассивных и их заинтересованность – это может поднять уровень активности ОК.
Ситуация наличия в ОК «пассивного балласта» – повод для пересмотра состава Комиссии. И избавления от членов ОК с пассивной иждивенческой позицией. Лучше меньше состав, но качественнее по активности, без лишних незаинтересованных.
- Соизмеримый уровень компетентности руководства профильного органа власти и членов ОК (иначе руководство выбирает доминантный характер управления или взаимодействия с ОК *«и быстро затыкает рот общественникам, поднимающим голову, – таким образом можно «свернуть» любую поднимаемую общественностью проблему»*).

ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ ОБЩЕСТВЕННЫХ КОМИССИЙ ПРИ ГБ МСЭ

Первоочередные задачи ОК

- Работа над НПА – налаживание работы по мобильному изменению законодательства там, где оно некорректно и нарушает права пациентов – выявление нестыковок в законодательстве и донесение их до соответствующих инстанций.
- Просветительская работа среди общественности (для этого важно присутствие журналистов в ОК).
- Создание эффективного канала сбора жалоб – через электронную почту или «горячую линию» общественной приемной ОК – раз в неделю эксперт, член ОК на связи.
Горячая линия ГБ МСЭ на сайте призвана отвечать на другие вопросы: по порядку МСЭ. Жалобы пациенты там не озвучивают – с жалобами можно обращаться в ОК.
- Участие в общественном контроле через структуры, уполномоченные заниматься им – в отдельных регионах ОК участвуют в выездных заседаниях-проверках Общественной палаты, Народного фронта для выявления проблем МСЭ.
- Формирование паблисити ГБ МСЭ как «организации с человеческим лицом». Проведение школ пациентов совместно со специалистами ГБ МСЭ способствует этому.

Что должны делать сами ОК?

Задачи ОК при ГБ МСЭ – начать настоящую работу (общее понимание экспертов):

- Самоопределение членов ОК. Глубокой личное понимание собственной мотивации у членов ОК («для чего они там»).
- Создание команды заинтересованных в совместной деятельности членов ОК, активно работающих вместе – «чтоб «один за всех и все за одного». Председатель должен прислушиваться к членам ОК.
- Целеполагание. Каждому ОК составить список вопросов. Выехать в регионы и посмотреть, что там творится. Инструменты все есть – надо начинать работать.
- Планирование деятельности ОК на ближайшее время и на перспективу и оценка результативности. «Начать с цели, плана и цифр (что и когда)».
- Самообучение. Постоянный процесс погружения – изучения ситуации по рассматриваемым вопросам («не просто прослушали доклад, а вникали»). Иначе член ОК не может нести эту информацию дальше.

Актуальные потребности ОК при ГБ МСЭ

Потребность в обучении и поддержке извне

Обучение – основное, в чем нуждаются ОК при ГБ МСЭ сегодня.

- Потребность в просвещении со стороны ГБ МСЭ (устройство системы, тонкости и «подводные камни» МСЭ).
- Потребность в целеполагании и планировании деятельности извне.
- Потребность в курировании ОК со стороны внешних экспертов-координаторов – *«чтобы они чувствовали, что с ними не просто пообщались и бросили»*.
 - Повышение правовой грамотности и разъяснительная работа по законодательству (из чего состоят права пациентов, что не выполняется из прописанного в законодательстве – понимание структуры, как все работает и как эффективнее защищать права пациентов);
 - Консультационная поддержка.
 - Методическая помощь (разработка методичек по работе ОК).
 - Периодическое включение в жизнь региона внешнего эксперта со статусом.

Потребность в централизации деятельности региональных ОК

Потребность в доведении проблем в реализации НПА на местах до федеральных законодательных органов (*«если новый НПА по факту нарушает права людей– доводить эту информацию от ОК до Минтруда эффективнее централизованно... тут можно взаимодействовать с регионами по сбору этой обратной связи – через ежегодные скайп-конференции, к примеру, или как-то еще»*).

- Задача федерального координирующего «центра» – получать информацию с мест, обратную связь от регионов.
- Каналом сбора обратной связи может быть и ВСП через региональных координаторов.

Пересмотр системы оценки эффективности деятельности ОК при ГБ МСЭ

- Критерии оценки работы ОК – не только количественные параметры, но качественные. Например, отсутствие жалоб, имеющих содержание нарушения. Когда на жалобы есть соответствие отказа и закона – здесь жалоба не имеет содержание нарушения (когда жалуются на то, что не дали, потому что закон такой). Отсутствие в ОК жалоб содержательных, требующих проверок, – еще один возможный критерий эффективности работы ОК и ГБ МСЭ (предложение ОК Ставрополя).

Что важно не упустить при работе с региональными ОК при ГБ МСЭ?

- Работа совместно с руководством ГБ МСЭ – руководство ГБ МСЭ и ОК тоже должны быть «в одной связке», руководство должно быть заинтересовано в сотрудничестве, видеть в нем выгоды. Тогда есть шанс решать «труднопродвигаемые» вопросы.
- Ротация членов ОК – возможность появления новых членов и избавление от пассивных.
- Включение всех региональных ОК в совместную работу – в межрегиональных проектах всегда есть риск работы только с активными (с кем работать интересно). Важно подключать всех.
- Обмен лучшими практиками через экспертов, которые накопили опыт (ВСП) – опыт успешных ОК (отдельные регионы добились включения дополнительных видов ТСР в региональный перечень – важно разослать и тиражировать этот опыт по всем ОК при ГБ МСЭ).

ВОСТРЕБОВАННЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ

Что можно делать для ОК при ГБ МСЭ?

- Целеполагание централизованно, «сверху». Не всегда ОК на местах видят цель. Цель важно определить сверху + показать промежуточные этапы ее достижения. Показать, что члены ОК не просто так собираются «для галочки», а это действительно необходимо людям-пациентам.
- Установка требований к деятельности ОК, плана деятельности и постановка конкретных задач и сроков.
 - *«Советы нужно дисциплинировать. Если люди сами себе не могут придумать работу, им нужно дать задания, чтобы они начали их выполнять – и выполнять правильно (дать критерии «правильности» и помочь с определением путей действий)».*
 - Централизованное определение топа проблем/задач деятельности на год – и «отработка» эти задач всеми регионами и течение года. И это будет оперативная и качественная обратная связь от регионов для ФГБУ ФБ МСЭ. Успешные модели решения проблем активных ОК можно тиражировать в другие регионы.
- Результативность (эффективность) работы ОК – разработка единых критериев для оценки (не только цель, но и результат важно помочь сформировать сверху).
- Обучение членов ОК – коммуникативные навыки делового общения, командообразование, специфика общественной работы.
 - *«Нужно учить общественной работе – тут тоже есть свои особенности».*
- Обучение председателей ОК – индивидуальный коучинг, семинары для лидеров ОК.
 - *«Лидер-дипломат крайне необходим – таких нужно обучать».*
 - Создание института лидеров-дипломатов – задача ОК.
- Координация работы ОК через систему независимых кураторов по округам, которая бы работала с ОК на постоянной основе. Возложить решение каких-то региональных задач на них.

Выгоды системы независимого курирования:

- Использование стороннего взгляда внешнего эксперта для оценки ситуации.

Некоторые региональные проблемы эксперт может изучить, не выходя из дома (сделать срез проблемы – опрос, экспертное мнение – инструментов много) – если куратор выявляет какие-то проблемы в регионах, он может с помощью ОК в регионе начать прорабатывать решение этих проблем.
- Использование статуса внешнего эксперта для стимулирования решений.

Внешний эксперт от крупной общероссийской организации имеет статус и «вес» в чужом регионе – ему легче «заходить» в органы власти (*«власти теоретически проще пойти навстречу внешнему человеку: неизвестно, кто он и куда дальше поедет, кому расскажет...»*). Часто такие внешние эксперты могут лучше решать проблемы (их слушают как внешних людей).
- Активизация ОК извне, «способ встряхнуть советы».

- Рейтингование ОК по эффективности деятельности – открытое и доступное – способ активизации работы в регионах и повышения эффективности ОК при ГБ МСЭ.

Дистанционные формы работы имеют большие ограничения:

- Нет адресной работы. Только личный контакт дать возможность делать срезы проблем организации.
- Не посетив организацию, не понять ее. *«Не погрузившись в ситуацию, не встретившись с руководителями учреждений и членами ОК, мы будем иметь «синтетическую картинку», и никакой скайп не поможет понять ситуацию и включиться в нее».*
- Эффективность дистанционно не выработать.

Условия эффективности дистанционных форм работы:

- Наличие внутренней мотивации у членов ОК. Есть мотивация – есть интерес к вебинару и включенность в него, качественное восприятие информации. В противном случае велик риск низкой активности посещения вебинаров и их продуктивности.
- Предварительные очные встречи с внешними экспертами или кураторами. Только после личного контакта возможно создание мотивации у членов ОК к дальнейшему взаимодействию.
- Совместное присутствие на вебинарах членов ОК с последующим обсуждением – такой формат определяет активное включение в вебинар.
- Продолжение обсуждения тем вебинаров через рубрику «Вопрос-Ответ». Вебинар не должен заканчиваться после выключения кнопки. По его завершении важно «отрабатывание вебинара дальше» – возможность задать вопрос позже и получить на него ответ.
- Регулярность дистанционных форм работы – превращение их в распространенную практику и в живое общение (ежемесячные встречи).

Важные аспекты организации работы с ОК при ГБ МСЭ внешними экспертами

- Форматы востребованы разные. Должно быть все в совокупности.
- Прямой плотный контакт с региональными ОК.
На данном этапе становления ОК, если мы хотим достичь эффективности, от прямого плотного контакта не уйти.
- Живые выезды в регионы экспертов помогают лучше понять ситуацию на местах.
- Тренинги для тренеров перед выездами тренеров.
- Коучинг председателей и лидеров ОК – собирать вместе на 2-3 дня с погружением в тему, с освоением техник.
- Обмен опытом через поездки регионов друг к другу («я по этому проекту проехала по 5 регионам как эксперт с семинарами и сама набралась опыта»).
- Обмен опытом в реальном времени – через межрегиональные оффлайн встречи – конференции, где региональные ОК обмениваются опытом.
- Единая площадка для обмена информацией – сайт. Единый портал, где будут выкладываться новости ОК и опыт, куда можно зайти и посмотреть, как в других регионах... общая рассылка в региональные ОК для ознакомления...
- Сборники после больших программ и проектов. С большим количеством обсуждавшихся вопросов-ответов – общая рассылка в регионы.
- Продолжение сбора вопросов после старта проекта. Продолжение развития программы уже после ее старта (т.к. не все вопросы можно учесть сразу). Цикл вебинаров, которые формируются в процессе их проведения (из вопросов на вебинарах могут родиться новые темы для вебинаров).

ОС и ОК при органах власти в современном мире – это профессиональное сообщество: лидеры НКО – это профессионалы, которые не с проверкой приходят, а с намерением договориться и найти компромиссные решения, чтобы пациенту стало лучше, в конечном итоге. Поэтому важно уходить от детского максимализма и выстраивать эту работу на профессиональном уровне.

ГИД ЭКСПЕРТНЫХ ИНТЕРВЬЮ

1. Для начала пару слов себе: кто Вы и откуда? Входите ли в состав ОК при ГБ МСЭ? В ОС при других ведомствах? Ваш опыт работы в общественных советах (как долго, как менялся, где набирались опыта) – очень коротко.
2. Скажите, пожалуйста, в чем Вы принимали участие в рамках этого проекта? Семинары? Вебинары? Консультации? Какие регионы Вы посетили?
3. Расскажите, как проходила ваша работа в регионах? С кем взаимодействовали, как была организована и проходила работа?
4. С какими проблемами Вы столкнулись, работая в регионах?
5. В каких регионах работать было легче? В каких тяжелее? С чем Вы это связываете?
6. Где – в каких регионах – ОК более активны, а где пассивны? С чем Вы это связываете?
7. Где ГБ МСЭ более открыты и идут на контакт с общественностью, а где закрыты и формализованы? С чем Вы это связываете?
8. На Ваш взгляд, в чем больше всего нуждаются сегодня региональные общественные советы?
9. Какая поддержка может быть полезна общественным комиссиям в регионах? От местного бюро МСЭ, от ФГБУ ФБ МСЭ, от ВСП...
10. Какие форматы работы будут более рациональны для членов ОК и будут более полезны для развития ОК в регионах, как Вы считаете (дистанционные, вебинары, веб-конференции, другое)?
11. В целом, на Ваш взгляд, что нужно для повышения открытости бюро МСЭ для пациентов и для повышения их активности во взаимодействии с общественностью?
12. Если говорить о развитии взаимодействия между бюро МСЭ и пациентским сообществом, какие задачи остаются пока нерешенными? Что нужно для их решения?
13. Каковы, на Ваш взгляд, первоочередные задачи ОК при региональных бюро МСЭ?

СПИСОК ЭКСПЕРТОВ ИНТЕРВЬЮ

1. Цикорин Игорь Викторович, Москва. Вице-президент Общероссийской Общественной Организации инвалидов — больных рассеянным склерозом (ОООИБРС). Президент ОООИБРС Московской области. Председатель ОС по защите прав пациентов при Департаменте здравоохранения г. Москва, член ОС при Министерстве здравоохранения Московской области, в прошлом член Общественной палаты Московской области, в прошлом член ОС при Росавиации.
 Эксперт проекта ВСП-МСЭ, регионы: Москва, Московская область, Ярославская область, республика Марий-Эл.
2. Кичигина Наталья Федоровна, Ростов-на-Дону. Первый вице-президент ОООИБРС, президент ОООИБРС по Южному и Северо-Кавказскому ф.о., член правления Ростовского общества РС. Член ОС при Министерстве здравоохранения области, ОС при ТО Росздравнадзора.
 Эксперт проекта ВСП-МСЭ, регионы: Ростовская область, Ставропольский край, Краснодарский край.
3. Лебедева Марина Геннадьевна, Новосибирск. Председатель Новосибирского отделения Новосибирского регионального отделения межрегиональной общественной организации нефрологических трансплантированных пациентов (МООНП) НЕФРО-ЛИГА. Член ОС при ТО Росздравнадзора с 2008 г. Член ОС при Министерстве здравоохранения с 2012 г. Член сначала Рабочей группы, потом ОК при ГБ МСЭ с 2008 г. (Рабочая группа была создана по инициативе нынешнего руководителя ГБ МСЭ – активного, заинтересованного во взаимодействии с общественностью).
 Эксперт проекта ВСП-МСЭ, регионы: Новосибирская область, Омская область, Томская область, Алтайский край, Кемеровская область.
4. Загрядский Максим Андреевич, Липецк. Президент Липецкой региональной организации Всероссийского общества гемофилии, сопредседатель Липецкого филиала ВСП. Член ОС при ТО Росздравнадзора, в прошлом член ОС при Минздраве; инициатор создания комиссий по отдельным вопросам здравоохранения при Департаменте здравоохранения, при вице-губернаторе, организатор круглых столов в области, член Координационного совета при ФОМС (прямой доступ к информации по региональным проблемам здравоохранения и к ключевым фигурам), член Консультационного совета при ТО Роспотребнадзора, член ТПП РФ, член Комитета по здравоохранению, председатель ОС по независимой оценке качества оказания медицинских услуг при Министерстве здравоохранения области.
 Эксперт проекта ВСП-МСЭ, регионы: Липецкая область, Воронежская область, Калужская область, Брянск область, Тула область.
5. Глухова Марина Николаевна, Иркутск. Вице-президент Всероссийской организации «Содействие» по онкогематологии, куратор «Содействия» по Сибири и Дальнему Востоку, региональный представитель организации в Иркутской области. Член ОК при Министерстве здравоохранения и ТО Росздравнадзора области. С октября 2019 г. Председатель ОС при ТО Росздравнадзора.
 Эксперт проекта ВСП-МСЭ, регионы: Иркутская область, Республика Бурятия, Забайкальский край, Амурская область.

6. Валюх Марина Васильевна, Санкт-Петербург. Президент Санкт-Петербургской общественной организации инвалидов-больных рассеянным склерозом «Опора-М» (СПБРООИБРС «Опора-М»). Магистр общественного здравоохранения. Член ОС при Комитете здравоохранения Санкт-Петербурга, ОС при ТО Росздравнадзора, ОК при ГБ МСЭ.
Эксперт проекта ВСП-МСЭ, регионы: Санкт-Петербург, Ленинградская область, Архангельская область, Мурманская область, Республика Карелия.
7. Серков Валерий Трофимович, Тюмень. Президент Тюменской региональной организации Всероссийского общества гемофилии. Член ОС при ГБ МСЭ, ОС при ТО Росздравнадзора, ОС по независимой оценке качества медицинских услуг.
Эксперт проекта ВСП-МСЭ, регионы: Тюменская область, Свердловская область.
8. Исаева Ирина Вячеславовна, Саратов. Зам. председателя межрегиональной общественной организации помощи больным муковисцидозом. Руководитель региональной организации помощи больным муковисцидозом. Член ОК при ГБ МСЭ, ОС при Министерстве здравоохранения, при Министерстве социального развития, при областной Думе. Зам. Председателя ОС по защите прав пациентов при областной Общественной палате.
Эксперт проекта ВСП-МСЭ, регионы: Саратовская область, Нижегородская область, Волгоградская область, Республики Калмыкия.
9. Намитова Светлана Анатольевна, Пермь. Региональный представитель ВООГ «Содействие» в Пермском крае. Член Общественной комиссии ФКУ «ГБ МСЭ по Пермскому краю».
Эксперт проекта ВСП-МСЭ, регионы: Пермский край, Удмуртская Республика, Кировская область.
10. Сергеева Светлана Юрьевна, Самара. Руководитель проектов Центра гуманитарных технологий и исследований «Социальная механика».
Эксперт проекта ВСП-МСЭ, регионы: Республика Башкирстан, Калининградская область, Республика Татарстан, Самарская область, Камчатский край, Чеченская Республика, Ульяновская область.

